

1 ej. 806

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



**GENERALIDADES DE CORONAS INDIVIDUALES
EN DIENTES ANTERIORES**

TESIS PROFESIONAL

**Que Para Obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA
P r e s e n t a**

LAURA LILIA PEREZ PALACIOS.

México, D. F.

15190

1979



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

I N D I C E

INTRODUCCION

TEMA I DEFINICION.....	1
TEMA II REQUISITOS PARA SU ELABORACION.....	2
TEMA III INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES.....	3
TEMA IV VENTAJAS Y DESVENTAJAS.....	3
TEMA V HISTORIA CLINICA.....	4
TEMA VI ESTUDIO RADIOGRAFICO.....	6
TEMA VII MODELOS DE ESTUDIO.....	8
TEMA VIII PLAN DE TRATAMIENTO.....	10
TEMA IX TIPOS Y PREPARACION DE RETENEDORES.....	12
TEMA X PREPARACION DE PROVISIONALES.....	25
TEMA XI RETRACCION GINGIVAL.....	27
TEMA XII CLASIFICACION DE MATERIALES.....	28

TEMA XIII TOMA DE IMPRESIONES.....35

TEMA XIV RELACIONES OCLUSALES.....37

TEMA XV PRUEBA DE METALES.....41

TEMA XVI CEMENTACION.....42

CONCLUSION

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

A medida que el tiempo evoluciona se ha comprobado que se tienen mayores exigencias y responsabilidades.

Es por esto que ésta tesis tiene el propósito de dar un enfoque, con conceptos, conocimientos y técnicas de los retenedores. Para una mejor restauración individual.

Tratamos de realizar una reconciliación en términos generales de lo que cada uno de los autores que consultamos, expresa en sus textos, según su investigación y experiencia. Para un mejor resultado.

DEFINICION DE PROTESIS

Deriva del vocablo griego que significa, en lugar de.

Prótesis fija: Rama de la odontología encargada del estudio de los aparatos destinados a la substitución o restauración de un número limitado de piezas dentarias perdidas o parcialmente destruidos.

Por lo tanto los dientes perdidos se reemplazarán por medio de dos tipos de aparatos dentales, los puentes fijos y puentes removibles.

Nosotras nos referiremos únicamente a restauraciones individuales en piezas anteriores.

Como es sabido los dientes se pierden por diversas causas como son: caries dentaria, enfermedad periodontal, lesiones traumáticas. Los dientes afectados deben ser restaurados tan pronto como sea posible para evitar mayores complicaciones a la cavidad oral.

REQUISITOS PARA ELABORAR LAS RESTAURACIONES

Los requisitos dependen, tanto de los materiales, como del diseño.

Existen requisitos físicos y biológicos.

Los requisitos físicos son las propiedades que se exigen a los materiales el cuál debe ser suficientemente fuerte para que resista las fuerzas de la oclusión, debe tener dureza para evitar el desgaste debe tener contorno anatómico correcto y color conveniente.

Requisitos biológicos son las propiedades en el diseño, los materiales no deben ser irritantes para los tejidos orales, se debe guardar armonía con los antagonistas, las superficies axiales deben planearse de modo que faciliten la limpieza.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

- 1.-Edad apropiada (25-50 años)
- 2.-Estructura dental sana
- 3.-Higiene dental buena
- 4.-Crestas alveolares en buenas condiciones
- 5.-Oclusión favorable
- 6.-Tejido periodontal favorable
- 7.-Pacientes cuyas ocupaciones requieren de firmeza en sus prótesis
- 8.-Como plan de tratamiento periodontal en que se requieren férulas de tipo fijo.
- 9.-Salud general del paciente buena

VENTAJAS:

- a) No existe la necesidad de sacarlo para su limpieza
- b) Nos da mayor estética
- c) Transmite las fuerzas de soporte, estimulando los tejidos de soporte

DESVENTAJAS:

- a) Alto costo

HISTORIA CLINICA

La elaboración de una historia clínica adecuada es probablemente el aspecto más descuidado del examen dental, aún cuando constituye una fuente valiosa de información que puede afectar en forma directa el éxito del tratamiento. La información proporcionada por una historia clínica adecuada a menudo brinda los datos complementarios que llevan a una decisión prudente acerca del tipo de prótesis que el paciente puede usar con tranquilidad, comodidad y bienestar. Por conveniencia, puede dividirse en historia clínica e historia dental.

HISTORIA CLINICA

FICHA DE IDENTIFICACION

- 1.-Nombre
- 2.-Dirección
- 3.-Teléfono
- 4.-Edad
- 5.-Ocupación
- 6.-Estado civil

INTERESANTES PREVALENTES PATOLOGICOS

- 1.-Aparato circulatorio
- 2.-Aparato digestivo
- 3.-Aparato respiratorio
- 4.-Aparato urinario
- 5.-Sistema nervioso

HISTORIA DENTAL

I.-Higiene dental

2.-Dientes obturados

3.-Dientes con caries

4.-Propensión a la caries

5.-Dientes girovertidos

6.-Dientes con prótesis

7.- Antecedentes protésicos

8.-Movilidad

9.-Oclusión

10.-Articulación temporomandibular

II.-Examen y diagnóstico de dientes con tratamiento de oclusos

I2.-Examen y diagnóstico de los modelos de estudio

I3.-Estudio radiográfico

I4.-Plan de tratamiento.

ESTUDIO RADIOGRAFICO

No puede considerarse que un examen dental sea completo sin tomar radiografías adecuadas. En la mayor parte de estos pacientes pueden abundar, restos radiculares, tratamiento de conductos defectuosos, quistes, absceso y otras anomalías.

Deben emplearse por lo menos 16 radiografías, incluyendo dos placas de alata de mordida para los diagnósticos.

Estos datos que pueden obtenerse de una interpretación adecuada de las radiografías dentales es uno de los elementos más importantes del examen dental. Además se descubren caries incipiente, presencia de dientes impactados, etc.

También es importante mencionar los procesos patológicos que se puedan encontrar. Las radiografías proporcionan al examinador valiosos datos en relación con las características y posible resistencia de las piezas que se restauran.

Se tendrá especial cuidado en examinar cualquier radiopacidad o radiolucencia que no pueda identificarse dentro del límite normal y no pueda iniciarse la elaboración del tratamiento.

TECNICA DE ANGULO INCLINADO DE BISECTRIZ

O

DE CONO CORTO

Dirige el rayo central perpendicularmente a una línea imaginaria que bisecta al ángulo formado por el eje longitudinal del diente y el plano de la placa radiográfica.

TECNICA DEL CONO LARGO O ANGULO RECTO

El rayo se dirige perpendicularmente al eje longitudinal del diente.

MODELOS DE ESTUDIO

Los modelos de estudio o de diagnóstico proporcionan datos que no pueden obtenerse por otros medios y son de valor inestimable en la formulación de juicios importantes en la prescripción de la prótesis y en la elaboración del plan de tratamiento. Los modelos de estudio tienen diversas finalidades que es muy difícil llevar a cabo una prótesis parcial sin emplearlos.

Las aplicaciones más importantes de los modelos de estudio son las siguientes:

- a) Como auxiliares en el diseño y elaboración de la prótesis para valorar con exactitud el contorno de diversas estructuras, así como la relación que guardan entre sí.
- b) Como reproducción tridimensional para distinguir las superficies bucales que exigen modificación para mejorar el diseño.
- c) Como complemento de las instrucciones que se dan al técnico del laboratorio los modelos de estudio ilustran en forma objetiva la prótesis que se ha prescrito.

El diseño de ésta debe trazarse sobre el modelo de estudio y enviarse al laboratorio junto con el modelo de trabajo sin marcar. Deben hacerse todos los trazos sobre el modelo de estudio nunca sobre el trabajo, ya que este puede alterarse. En esta forma, el modelo de estudio constituye un registro del diseño prescrito que puede substituir la falta de comunicación directa entre el técnico y el dentista.

Es útil también para establecer la obligación tanto del dentista para proyectar y prescribir el diseño como del técnico para seguir con exactitud y precisión las instrucciones para elaboración de la prótesis.

Los modelos de estudio constituyen un registro preciso y duradero para usarlos posteriormente en caso de que el paciente decida posponer temporalmente el tratamiento. Pueden emplearse para mostrar a este el tratamiento planeado y son extraordinariamente útiles para ilustrar y aclarar las instrucciones al cirujano bucal cuando se va a intervenir quirúrgicamente como parte del tratamiento preliminar. El modelo de estudio tiene gran valor para reconocer y representar la necesidad y los resultados de los procedimientos planeados para clínica y laboratorio.

Por ejemplo: los dientes anteriores pueden eliminarse y substituirse con dientes artificiales en el modelo para tener una idea aproximada para anticiparse a los posibles problemas y a la estética lograda, antes de decidir la extracción de los dientes anteriores con el propósito de mejorar el aspecto del enfermo. Otra aplicación de los modelos de estudio, es la educación del paciente. La persona que lleva una prótesis parcial debe conservar su boca en un estado extremo de higiene, de caries recorrente en las bordes de las restauraciones y de irritación gingival. Los modelos de estudio pueden ser útiles asimismo para enseñar la técnica de cepillado adecuada y el uso de seda dental, así como para ayudar al paciente a observar la dificultad en la limpieza de superficies dentales de difícil acceso. Por último, el modelo de estudio debe emplearse para construir un portainpresiónes individual en el caso de que por una u otra razón se dificulte la toma de impresión acostumbrada.

PLAN DE TRATAMIENTO

La construcción de un retenedor es una parte solamente de un plan de tratamiento completo que abarque toda la boca y contribuya a la salud general del paciente.

Un plan de tratamiento amplio solamente se puede establecer después de elaborar una historia clínica médica y dental completa y de revisar los datos de la exploración general de la boca, empleando todos los métodos y técnicas que demande el caso particular.

El plan de tratamiento resultante puede caer en una o varias de las siguientes clases: cirugía bucal, periodoncia, odontología conservadora ortodoncia, prótesis de coronas y puentes y prótesis de dentaduras parciales o completas.

La construcción de una restauración se incluye como parte al final del plan de tratamiento después de hacer las intervenciones quirúrgicas, periodontales y operatorias que sean necesarias. La órtesis precede casi siempre a la construcción de una dentadura parcial o completa, aunque en algunos casos se tiene que hacer simultáneamente. En ciertas ocasiones, cuando hay que hacer coronas jacket anteriores o cualquier otro tipo de prótesis se tendrán que hacer primero que nada los fines quirúrgicos y de odontología operatoria que requiera el tratamiento, incluyendo los tallados oclusales que puedan ser necesarios.

Un deslizamiento hacia adelante hasta dos milímetros donde la relación oclínica hasta la oclusión oclínica se puede considerar normal cuando no hay patología periodontal en dientes flojos.

Los aspectos del plan de tratamiento y decisiones adicionales en general y específicos para la construcción de un retenedor reuniremos los conceptos diseminados a lo largo de esta guía.

TIPOS Y PREPARACION DE RETENEDORES

Existen actualmente varios tipos de retenedores, que mencionaremos en seguida:

- 1.-La corona tres cuartos anterior
- 2.-Corona pinledge
- 3.-Corona total de porcelana
- 4.-Corona con muñón y esviza
- 5.-Corona de oro con frente estético (corona Veneer)
- 6.-Preparación de coronas parciales en dientes anteriores con retención de rieleras
- 7.-Dientes con tratamiento de conductos

CORONA 3/4 ANTERIOR

La corona 3/4 anterior es aquella que cubre tres cuartos partes de la corona clínica de un diente, abarca el borde incisal, cara distal, cara mesial y cara lingual.

Este tipo de restauración es indicada en dientes individuales o como retenedor de un puente.

Esta corona, en algunas ocasiones se prepara en dientes excentos de caries ya que se obtiene una buena retención con un mínimo de desgaste en el tejido dentario. Y con esto menor en la exposición de la dentina.

Contraindicaciones;

En coronas muy cortas, a menos que se tenga retén adicional por medio de pins.

Diseño de la preparación;

1.-Reducción del borde incisal con piedra de diamante cilíndrica de paredes inclinadas, haciendo un bicel de 45' aproximadamente con el eje mayor del diente.

2.-Desgaste de la cara lingual se hace desde el borde incisal hasta la cresta del cingulo con fresa fusiforme, el espacio libre de los dientes antagonistas, se comprueba.

3.-La zona del cingulo se desgasta con fresa cilíndrica de diamante de paredes inclinadas hasta sobrepasar ligeramente el borde libre de la encía.

4.-Las superficies proximales se desgastan con la misma fresa.

5.-Con fresa de figura de carburo se hacen las ranuras proximales, queda la retención y el patrón de inserción de la prótesis, en sentido paralelo al eje longitudinal del diente, estas dos ranuras se unen por medio de una ranura incisal que se hace con fresa de cono invertido de carburo en la unión del tercio medio con tercio incisal de la corona.

6.-Se terminan y se pulen las áreas y margenes desgastador con discos de lija y fresas para pulir.

CORONA PINLEDGE

Este tipo de retenedores se usa en caninos e incisivos superiores e inferiores, ofrece una estética excelente ya que el metal no queda a la vista por vestibular al igual que la corona tres cuartos exige un mínimo de desgaste en su preparación, su retención esta dada por tres pins que se perforan en la cara lingual, esta preparación se extiende hasta las superficies proximales de la pieza para situar los margenes en áreas insusceptibles y varía según el caso.

Esta preparación esta indicada en dientes anteriores superiores e inferiores que estén libres de caries y de obturaciones.

Diseño de la preparación:

Esta es una preparación muy difícil, por lo tanto, es necesario tener mucho cuidado en la cantidad de tejido dentario por desgastar, la cuñal debe de ser mínima, pues un exceso de desgaste variaría las posibilidades de éxito del retenedor.

- 1.-Desgaste de la superficie lingual con una fresa uniforme, aproximadamente 3mm., se controla el espacio libre con cera calibrada, en relación con el antagonista.
- 2.-Se desgastan las caras proximales y áreas del cingulo con fresa de diamante de punta de lápiz, respetando la pieza contigua, desgastando la menor posible para dar lugar a los pins que se perforarán en esa área.

- 3.-Las crestas incisales se hace con una fresa de diamante cilíndrica, aproximadamente 2mm por debajo del borde incisal, hasta obtener un escalón de 1mm de ancho. En dientes estrechos en sentido vestibulo-lingual, la cresta se hace más hacia cervical de la pieza, para que de la anchura de 1mm.
- 4.-Se hace la cresta cervical con la misma fresa en la parte más prominente del cingulo.
- 5.-Las eminencias para la perforación de los vinas, se hacen con una fresa cilíndrica, se penetra esta misma fresa hasta la mitad de su longitud y se ensancha el área semicircular que se ha excavado.
- 6.-Se pule la preparación y se pulen los ángulos.

CORONA TOTAL DE PORCELANA

La corona total de porcelana recibe también el nombre de corona funda (jacket crown), son restauraciones totalmente de porcelana, que cubre la totalidad de la corona clínica.

Esta restauración está indicada en dientes anteriores tanto en superiores como inferiores

Esta contraindicada en dientes posteriores y en dientes con corona clínica muy costa.

Diseño de la preparación.

La preparación de este tipo de corona es muy similar al de una corona Veneer, solo tiene una diferencia que en el hombro vestibular se extiende hasta la cara lingual de la pieza o sea redondeandola por completo.

La corona de resina acrílica, en su preparación sería el mismo diseño.

CORONA CON MUÑÓN Y ESPIGA

Este tipo de retenedores, se utilizan principalmente en dientes anteriores, que hayan perdido gran parte de la totalidad de la corona o la totalidad de la corona, y que hayan tenido un tratamiento endodóntico.

Esta restauración esta contraindicada en dientes que tengan sus raíces enanas, ya que la longitud de la espiga debe de ser, por lo menos, del tamaño de la corona, también esta contraindicada en dientes con la raíz demasiado curva, porque el conducto debe ser recto.

Diseño de la preparación.

Una vez hecho el tratamiento de endodoncia,

- 1.-Se eliminan los restos de la corona hasta sobrepasar la encía, la cual nos dará el contorno de la preparación.
- 2.-Se talla el conducto con una fresa cilíndrica, dando forma oval para evitar la rotación de la espiga.
- 3.-Se bisela la entrada del conducto y se sule la preparación

CORONA DE ORO CON FRENTE ESTETICO

(CORONA VENEZ)

Es una corona completa de oro solado con su porción vestibular de material estético, que puede ser porcelana o de resina acrílica con totalidades semejantes a la de los dientes naturales contiguos.

Esta restauración está indicada en todos los dientes anteriores por sus características estéticas, con frecuencia se utiliza en premolares y molares solo cuando el paciente tiene especial interés en que no se le vea metal en su boca.

Diseño de la cavidad.

1.-Desgaste del borde incisal con fresa en forma de rueda, se desgasta en sentido mesio-distal o viceversa, hasta que la corona pierda una quinta parte de la corona.

El corte debe quedar con una angulación de 45° hacia lingual.

2.-Se desgasta la cara vestibular de la pieza con una fresa de diamante cilíndrica de paredes inclinadas, manteniendo su eje en sentido paralelo al eje mayor del diente.

El desgaste de esta cara deberá detenerse al ras de la oncia e imitando el contorno de la terminación gingival.

Esta desaparecerá en las caras proximales donde se debe operar teniendo cuidado en no lesionar el tejido gingival y al diente vecino.

3.-El desgaste de las caras proximales, se hace con una fresa de diamante larga y estrecha, teniendo cuidado en no lesionar al diente vecino, este corte debe terminar próximo a la oncia llegando hasta la superficie lingual.

4.-Se hace el desgaste de la cara lingual con una punta de diamante fusiforme, hasta rebajar 5mm o tanto como el diente antagonista.

El área del cingulo se desgasta con una fresa de diamante en forma de punta de lápiz, colocada paralelamente al eje mayor del diente, haciendo la terminación gingival en bicel, ligeramente por debajo de la encía.

5.-Se pule la preparación y se redondean sus ángulos con fresa de cilíndrica de carburo sin estrías, discos de diamante y lija, de acuerdo a la cantidad de material que haya que eliminar.

6.-Se define el hombro en vestibular, con una fresa de oto lengua hasta .5 a I. o por debajo de encía con un espesor de 0.8 a I.0mm por debajo.

**PREPARACION DE CORONAS PARCIALES EN DIENTES
ANTERIORES CON RETENCION DE RIELERAS**

La retención de rieleras se usa cuando el diente tiene poca caries en dientes pilares o como corona parcial.

Se pueden hacer dos o tres rieleras según sea el caso. Se hacen dos rieleras proximales cuando el borde incisal es muy delgado.

Preparación.

Se bisela el borde incisal desde el margen vestibular 45° con respecto al eje longitudinal del diente, con esto se consigue un borde incisal fuerte y el diente queda de suficiente espesor en el borde vestibular para evitar que se transparente el oro en la zona incisal del diente, esto se hace con una fresa de diamante troncocónica larga.

Se desvanece la cara lingual con una fresa de barril o de pan de azúcar con la fresa paralela a la línea de inserción del diente igual se hace en las caras proximales.

La rielera incisal se hace en la unión de los tercios medio y lingual del bisel incisal. Su dirección se establece de acuerdo con la línea de inserción de la prótesis, esto se hace con una fresa de carburo cilíndrica, la rielera debe terminar en la parte cervical del diente.

La terminación gingival se hace por debajo del margen gingival en forma de bisel, y se hace con una fresa larga tronocónica de diamante.

Se alisan los ángulos y se biselan.

**INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES
EN DIENTES CON POSTE METALICO**

Indicaciones;

- 1.-En dientes desvitalizados
- 2.-Cuando la corona clínica está muy destruida
- 3.-Reemplaza las coronas de incisivos,caninos,premolares
y molares.
- 4.-Como anclaje de una prótesis
- 5.-Como restaurador individual

Contraindicaciones;

- I.-Cuando la raíz no se presta para recibir un poste
metálico.

DIENTES CON TRATAMIENTO DE CONDUCTOS

En dientes con tratamiento de conductos que su corona clínica está muy destruida debido a caries, fracturas o traumas de la oclusión, se pondría un poste o un retenedor intracoronal o espiga metálica. Quedando una corona colada con muñón y poste metálico. Si todavía hay restos de la corona natural conviene conservarlos y se trata como si fuera tejido dentinario cuando se hace la preparación para el muñón. Si en la corona clínica la encía cubre restos del diente, lo primero es eliminar todo el tejido hipertrofiado con bisturí.

PREPARACION PARA DIENTES CON POSTE METALICO

Ya terminado y obturado el conducto o conductos, se prosigue con la preparación para el poste metálico.

La fresa larga troncoconica de diamante, la comparamos con el conducto en nuestra radiografía, de tal modo que al introducir la fresa en el conducto, quede obturado solamente una tercera parte de la raíz. Es aconsejable hacerlo de un solo intento para evitar pasarse o deformar la superficie interna del conducto.

Indicaciones y contraindicaciones en dientes con poste metálico

Indicaciones

- 1.-En dientes devitalizados
- 2.-Cuando la corona clínica esta muy destruida.
- 3.-Reemplaza las coronas de incisivos, caninos, premolares y molares.
- 4.-Como anclaje de una prótesis
- 5.-Como restaurador individual

Contraindicaciones

I.-Cuando la raíz no se presta para recibir un poste metálico

**TOMA DE IMPRESION PARA DIENTES CON TRATAMIENTO
DE CONDUCTOS**

Esta impresión puede tomarse con el material de elección del odontólogo, pero la técnica más sencilla es con el silicón de cuerno pesado por su fácil manipulación. Se prepara el silicón de cuerno pesado ya brevemente secado el conducto o conductos, se presiona en la preparación con el fin de que impresione todo el conducto o conductos al ras de la encía. Con el mismo material se puede construir en este mismo momento un muñón con la anatomía respectiva a ese diente. Ya polimerizado se retira de la boca y se vacía.

PREPARACION DE PROVISIONALES

Para la proteccion y seguridad que deben de tener las piezas desgastadas, en el transcurso de la elaboracion de la prótesis permanente es necesario elaborarlos en un período de tiempo.

Ya que no cumplen ampliamente con los requisitos de una prótesis definitiva.

Podríamos mencionar algunos métodos para su elaboracion.

Primeramente se tomará la impresion, en donde se realizará la restauracion, se obtienen los modelos de yeso, sobre ellos se harán las preparaciones que convengan.

Deberán ser más gruesas para que puedan penetrar con facilidad, y no haya alguna fractura de las piezas pilares, también en las zonas desdentadas deben de ser cubiertas para su mayor proteccion.

Los provisionales se podrán hacer con acrílico rápido directamente en los modelos de yeso o bien se realizará al obtener el patrón de cera. Se enfriará para su produccion, como si se tratara de un puente permanente.

Cuando se ha obtenido este se le hace un desgaste para su mejor adaptacion.

Lo colocaremos por medio de cementos temporales u oxido de zinc y eugenol.

Otra forma de lograr un provisional, es por adaptacion de corona de resina acrílica prefabricadas de color al de los dientes naturales.

Estas coronas se rebajan por su parte cervical hasta lograr su adaptación deseada.

Una vez que hemos hecho las preparaciones, se tomará una impresión y obtendremos el positivo en yeso, se reconstruye la zona desdentada con cera, ésta impresión se rellena con acrílico de autopolimerización y se lleva a la boca del paciente, y al igual que en cualquier caso en que se use acrílico se protegen los muñones y se retira antes de que empiece a polimerizar, se hacen los ajustes y recortes necesarios.

Es importante mencionar que los provisionales de cualquier forma en que se elaboren, tendrán que ser colocados siempre con cerentos temporales.

RETRACCION GINGIVAL

Para que exista un buen ajuste de las coronas, debe existir una buena impresión fiel, sobre todo en el margen gingival, para eso debe retraerse la encía o el tejido gingival para que el material pueda penetrar con libertad en esa zona.

Para la retracción del tejido gingival, el más efectivo es el método quirúrgico por medio del bisturí eléctrico, pues al mismo tiempo que incide, se van cauterizando los tejidos y se evitan así sangrados abundantes e innecesarios este método además tiene la ventaja de dejar formas anatómicas correctas en el área donde se está trabajando.

Es de gran ayuda, sobre todo cuando existen bolsas parodontales o presencia de tártaro dentario.

Los métodos químicos y mecánicos se han ido deshechando poco a poco por sus contraindicaciones. Como en el método químico por medio del hilo desmercurizado empapado en una solución vaso-constrictor alrededor del diente, se dejan varios minutos dependiendo que tipo de hilo se utilice hasta que los tejidos absorben la solución prestando una zona isquémica y necrosis de los tejidos.

El mecánico se ha ido también deshechando por ser lento, Consiste en llevar una corona de metal con gutapex, se lleva al diente y se presiona dejándola 24 horas pasados los cuñes, el tejido gingival sufre una retracción mecánica, por la presión que ejerce la corona sobre esta zona.

CLASIFICACION DE MATERIALES DE IMPRESION

Existen varios materiales excelentes para tomar una impresión para prótesis parciales que ofrecen buenos resultados si se manejan correctamente. Los materiales elásticos de impresión se usan casi exclusivamente para este propósito, aunque en el pasado solía usarse yeso de París o modelina, esta última para impresiones parciales. Los materiales elásticos comprenden hidrocoloides reversibles como el agar e irreversibles como el alginato, caucho de mercaptano y de silicón; cada uno tiene sus ventajas y desventajas. Por su combinación única de propiedades físicas; el hidrocoloide reversible, más conocido como alginato, es el mayor uso en odontología para impresiones de prótesis parcial.

Sin embargo pueden emplearse para este fin otros materiales elásticos que, manejados en forma adecuada, ofrecen magníficos resultados.

Al determinar el uso de un material dental para una finalidad en especial, es obvio que no puede esperarse un resultado óptimo si no se maneja conforme a las instrucciones del fabricante.

Cada material está elaborado de tal manera que su combinación es única y posee propiedades físicas particulares que lo hacen capaz de llevar a cabo una labor clínica específica si se maneja correctamente. Por ello, para obtener la mayor ventaja en el uso de alguno de los materiales que se mencionan, es necesario familiarizarse con las propiedades del grupo al que pertenecen además de tener un conocimiento pro-

fundo de las instrucciones del fabricante para manejarlo, se deben conocer los factores que pueden alterar el producto y adaptarse en forma estricta a la técnica que garantice mayor control de cada variante.

Cada uno de los materiales elásticos de impresión posee propiedades físicas que lo indican para un procedimiento clínico en especial.

Si se conocen a fondo las propiedades de cada uno de los materiales elásticos, se puede elegir el que mejor convenga a una tarea determinada.

Hidrocoloide reversible. (agar)

El hidrocoloide agar se clasifica como reversible, lo cual significa que al calentarse se convierte en un líquido viscoso y al enfriarse es un gel elástico, proceso que puede repetirse infinitas veces sin cambiar el material.

Constituye un medio excelente de impresión y su capacidad para reproducir detalles es también excelente.

La impresión tipo agar puede guardarse por más de una hora sin que existan cambios dimensionales, siempre que se conserve en medio húmedo (puede envolverse en una toalla mojada). Aunque la impresión con agar puede obtenerse sin usar portaimpresiones enfriado con agua, el procedimiento es extremadamente laborioso. La preparación del material, antes de usarlo, requiere un baño con agua, y su manipulación exige mayor destreza que cualquier otro material elástico de impresión. Además el calor del material puede estimular la secreción de las glándulas palatinas, lo que se considera una desventaja.

Aunque es necesario tomar en cuenta las ventajas del hidrocoloide, debe analizarse si estas justifican su difícil manejo.

Usado en forma adecuada, brindará un modelo de trabajo muy preciso en sus dimensiones.

Materiales de impresión con base de caucho.

En años recientes se ha extendido el uso de dos clases de materiales de impresión de caucho sintético, el mercaptano y el silicón, aceptados ampliamente en la actualidad.

Su empleo se extiende a la odontología restaurativa para elaborar incrustaciones, coronas y puentes. Una de las razones, entre otras, su amplia aceptación en este aspecto de la proctodencia, es que constituye uno de los primeros materiales elásticos de impresión en los que puede elaborarse un dado de metal.

La exactitud dimensional de ambos tipos es excelente, aunque no se ha comprobado que sean más eficaces que el alginato o el agar para la construcción de prótesis parciales. Sin embargo, la capacidad de los cauchos para reproducir detalles es insuperable, aún en comparación con el alginato o el agar.

Otra ventaja de los cauchos es que al correr la impresión con yeso, la superficie de este es más suave y densa que en el hidrocoloide.

Además, el caucho de mercaptano puede esperar mayor tiempo para correrse en yeso que el hidrocoloide. Incluso, puede guardarse por más de una hora sin que se presenten cambios dimensionales.

Sin embargo no sucede lo mismo con el silicón, el cual debe correrse en yeso lo más pronto posible, al igual que el hidrocoloide.

Ambos materiales de caucho requieren un volumen determinado para la impresión, de modo que su grosor no sea mayor de 2 a 4mm, para garantizar sus dimensiones exactas este hecho obliga a emplear un portaimpresiones individual, lo cuál implica una cita más así como dos procesos de impresión.

Hidrocoloide Irreversible.

Para prótesis parcial removible.-Amplio uso en portaimpresiones usualer o individuales para tomar impresión. En prótesis completa.-Como impresión correctora, como material de impresiones para prótesis inmediata. En coronas y puentes.-Impresión de arcadas completas.

Presentación.-Unidades simples de volvo o en presentación tamaño grande de 24 unidades, ejemplo.-Super gel, puede emplearse para duplicar modelos en el laboratorio.

Base de Caucho de Mercaptano (caucho de polisulfuro) .

En prótesis parcial removible.-Impresiones en portaimpresiones individual, en prótesis completa.-Para impresiones correctoras. En coronas y puentes.-Impresiones de arcadas completas (muy usado).

Presentación.-Tubo, base y catalizador. Ejemplo.-Elasticón-Plastosil

Requiere adhesivo para el portaimpresiones en una capa no más gruesa de 2 a 4 mm.

Material para tratamiento tisular.

Material para tratamiento tisular.

En prótesis parcial removible.-Tratamiento tisular, impresión para rebase. En prótesis completa.-Tratamiento tisular, impresión para rebase.

En coronas y puentes.----- .

Presentación.-Polvo y líquido, Soft-Tone; Hydrocast, se usa principalmente para acondicionar tejidos mucosos inflamados o hiperplásicos.

MATERIALES DE IMPRESION

Modelina.

Se utiliza para prótesis parcial removible, para rectificar bordes en impresión fisiológica.

Prótesis completa.-Para portaimpresiones, para colocar en los bordes del portaimpresiones.

Para coronas y puentes.- Impresión individual de preparaciones de coronas o incrustación.

Presentación.-Barras o tabletas. Existe en tres formas, de baja, mediana o alta fusión.

Yeso de Paris.

Se utiliza en prótesis parcial removible.-registro de mordida, impresión parcial (actualmente en desuso).

Para prótesis completa.-para registro de mordida, como corrector, para impresión de registro.

En coronas y puentes.-Impresión de puentes

Presentación.-Polvo para mezclar con agua.

Ejemplo.-Plastigum, requiere de un separador para correr al modelo.

Pasta Siquenólica.

En prótesis parcial removible.-registro de mordida, material de impresión para rebase.

En prótesis completa.-Para registro de mordida, como impresión correctora, impresión para rebase.

En coronas y puentes.-Registro de mordida

Presentación.-Base y catalizador en tubos, ejemplo.-Coe-Trans;Opotow
no requiere separador.

Cera de Impresión.

En prótesis parcial removible.-Impresión fisiológica, impresión para
rebase.

En prótesis completa.-Para impresión correctora, impresión para rebase.

Presentación.-Hojas (también en trozo) ejemplo, cera de la Universidad
de Iowa Korecta, no requiere separador.

Hidrocolloide reversible (agar)

En prótesis parcial removible.-Para impresiones en prótesis completas
uso poco frecuente.

En coronas y puentes.-Impresiones de arcadas completas.

Presentaciones.-Viene en tubos o trozos, ejemplo.-Surgident, tiene am-
plio uso para duplicar modelos en el laboratorio.

TOMA DE IMPRESION

La impresión para un retenedor puede resultar una experiencia desagradable para el paciente si no se lleva a cabo con delicadeza y habilidad.

El dentista que adquiere un conocimiento profundo del material de impresión que emplea y que sigue una técnica adecuada a sus propiedades físicas, puede evitar esas molestias, además que esto permite mayores resultados.

La colocación adecuada del paciente es requisito indispensable para obtener una buena impresión.

Debe sentarse en forma cómoda con la cabeza sostenida firmemente por el cabecal, y el plano de oclusión debe estar paralelo al piso.

La saliva suele constituir un obstáculo para obtener una impresión exacta si es excesiva puede formar burbujas o vacíos. Si es rica en mucina, oculta los detalles obstruyendo, repliegues, surcos, declives, de modo que la impresión no los registra.

Con respecto al portaimpresiones adecuado debe probarse cuidadosamente en la boca. Los bordes deben de dejar una distancia de 6mm entre estos y los dientes.

Para su mejor ajuste de estos podremos colocar cera suave en la periferia la cera resulta más cómoda para el paciente, y brinda un tope vestibular que disminuye la posibilidad de que el borde del portaimpresiones atraviese el alginato al colocarlo sobre los dientes. También cuando no se adapta en las áreas bucales se modifica para su mayor ajuste.

Al colocar el material dentro del portaimpresiones, esto debe encontrarse completamente seco, el alginato se lleva al portaimpresiones con la espátula, esparciéndola desde el fondo hacia los lados desde el fondo, para eliminar el aire y forzar al material dentro de las perforaciones o de retención, el alginato carece de propiedades de adhesión y, por eso es necesario introducirlo en las retenciones.

En cualquier zona en donde no penetre muy bien el alginato debe colocarse una porción de material.

Es importante, también sacar una impresión del antagonista, para que al hacer los modelos de estudio tengamos un mejor resultado.

RELACIONES OCLUSALES

De todos los procedimientos de construcción de una prótesis fija el desarrollo de relaciones oclusales armónicas es el más difícil, y un número considerable de estas prótesis fracasan por mala relación oclusal. Nuestro propósito será ligar los conceptos básicos de la oclusión con los procedimientos clínicos de construcción de una prótesis fija, como hay una gran variedad de técnicas en uso aceptables, y los procedimientos clínicos específicos los utilizaremos solo para ilustrar conceptos.

Oclusión del paciente;

Si se quiere que la prótesis quede en armonía con la oclusión del paciente, es lógico empezar por examinar la oclusión, lo importante en esto es la relación de los dientes superiores e inferiores durante los movimientos funcionales de masticación y de inclinación, es difícil estudiar la oclusión de la masticación. Se pide al paciente que mastique cera o cualquier otra cosa, se tomará nota de la manera en que se hace la acción masticatoria.

La oclusión se puede examinar en la relación estética de oclusión céntrica, y se anota cualquier relación anormal: dientes en mala alineación, dientes en rotación y dientes sin guía céntrica. También se puede examinar la oclusión guiando al paciente en ciertos movimientos, llamados movimientos diagnósticos, e incluyen muchas de las direcciones funcionales de movimiento. Como el paciente no está masticando durante estos movimientos se pueden detenerse en posición escogida cuantas veces sea necesario (no son movi-

mientos funcionales) solo demuestran la relación potencial de los dientes que puede ser que nunca tengan contacto real durante la masticación estos movimientos son protrusión, excursión lateral izquierda, excursión lateral derecha y retrusión.

Los movimientos retrusivos y protrusivos incluyen la dirección de la incisión funcional la excursión lateral izquierda incluye las direcciones funcionales de masticación en el lado izquierdo de la boca; la excursión lateral derecha incluye las direcciones funcionales de masticación en el lado derecho.

Protrucción.

Cuando se protruye la mandíbula, los incisivos laterales desplazan hacia abajo sobre las superficies linguales de los incisivos superiores hasta que se alcanza una relación borde con borde.

En la dentición normal ninguno de los dientes posteriores debe hacer contacto durante este movimiento.

En la construcción de un puente anterior el desplazamiento protrusivo determina el contorno lingual de los retenedores de las piezas intermedias, lo mismo que la posición del borde incisal de la pieza intermedia, es importante reproducir este movimiento en los modelos de trabajo para que la prótesis quede efectuando una función adecuada.

Retrucción.

Si se sostiene suavemente la mandíbula del paciente entre el pulgar y el índice, con la uña del pulgar en contacto con el borde de los incisivos inferiores y el índice doblado bajo la mandíbula, se puede abrir y cerrar y los incisivos superiores tocarán la uña del pulgar. De esta ma-

ra, se evita la acción directriz de los planos inclinados de los dientes.

Este deslizamiento hacia adelante se produce cuando los planos inclinados laterales de los dientes inferiores se deslizan sobre los planos inclinados mesiales de los dientes superiores, la posición retrusiva de la mandíbula produce una relación entre el maxilar superior y la mandíbula determinada por la articulación temporomandibular, en la cuál no interviene la guía de los dientes a esto se le conoce como relación céntrica la cuál se puede registrar.

La relación céntrica y la oclusión céntrica son muy importantes en la odontología restauradora.

Excursión lateral.

Cuando la mandíbula se mueve en excursión lateral izquierda los dientes se separan unos de otros, movimiento producido por las cúspides vestibulares inferiores al deslizarse sobre los planos inclinados de las cúspides vestibulares superiores. A medida que continua la excursión lateral van quedando menos dientes en contacto, hasta que cuando las cúspides vestibulares superiores e inferiores quedan alineadas verticalmente, solamente el canino superior puede quedar en contacto con los dientes inferiores.

Se considera que el canino juega un papel importante en la dirección neuromuscular de los movimientos excursivos laterales sin embargo, en algunas ocasiones, otros dientes, como los bicúspides y molares, pueden quedar en contacto durante el movimiento de lateralidad, la excursión lateral izquierda demuestra la relación de trabajo de los dientes en el lado izquierdo cuando se mastican de ese lado si se recibe la excursión lateral izquierda y se examinan las relaciones de los dientes en el lado derecho durante el movi-

amiento hacia la izquierda se observarán que se separan muy pronto en el movimiento lateral y en la posición terminal previamente decidida, no habrá contacto entre dientes superiores e inferiores, esto demuestra las relaciones de los dientes en el lado de balance cuando se mastica alimento en el lado izquierdo de la boca.

En la excursión lateral derecha se observa algo similar solo que las relaciones de los dientes no serán idénticas al otro lado y que los dientes en contacto en la posición terminal sea diferentes al se examina el lado izquierdo, durante la excursión lateral derecha, se observarán las relaciones de los dientes en el lado de balance durante la masticación en el lado derecho de la boca.

PRUEBA DE METALES

Una vez obtenido el esqueleto del retenedor, procederemos a colocarlo en la boca del paciente, para cerciorarnos de que exista un buen ajuste, que exista una buena oclusión para un buen contacto con las piezas antagonistas, que exista una buena estabilidad.

PRUEBA DE BISCOCHO

(PORCELANA)

Una vez obtenida la prueba de metales se mandará al laboratorio y obtendremos la prueba de biscocho.

El retenedor se colocará en la boca del paciente y se verá si quedó colocado correctamente, si ajusta bien, si hay una buena oclusión etc. Si existieran excedentes, se eliminarán con sumo cuidado ya que la porcelana ya que la porcelana requiere de un cuidado especial. Después de esto se procederá al glaciado.

CEMENTACION

Antes de proceder a la cementación definitiva se terminan todas las pruebas y ajustes del puente y se hace el pulido final. La prueba final de oclusión suele hacerse, más o menos, una semana después de la cementación definitiva esta operación se facilita grabando la superficie oclusal del puente pulido, antes de proceder a la cementación definitiva, los factores son:

I.-Control del dolor

- 1.-Preparación de la boca y del campo operatorio
- 2.-Secado de la preparación
- 3.-Preparación del cemento
- 4.-Ajuste de la corona
- 5.-Remoción del exceso de cemento
- 6.-Incrustaciones al paciente

Control del dolor

Cuando colocamos el definitivo en algunas ocasiones se acompaña con dolor considerable y en muchos casos, hay que usar la anestesia local.

Durante el proceso de la cementación, se habrá advertido de la sensibilidad de los dientes, lo mismo que las reacciones del paciente a las operaciones clínicas que se están efectuando.

Lo más importante de esto es que hay que recordar que el control del dolor no reduce la respuesta de la pulpa a los distintos irritantes y, por eso, hay que tener cuidado ante los factores que afectan la salud de la pulpa.

PREPARACION DE LA BOCA

El objeto de la preparación de la boca es el de conseguir y mantener un campo seco durante el proceso de cementación.

A los pacientes con saliva muy viscosa se les hace enjuagar la boca con bicarbonato de sodio antes de hacer la preparación de la boca, la zona donde va el puente se afila con rollos de algodón, sujetos en posición con cualquiera de las grapas destinadas a este fin.

Se colocará el eyector de la boca se comprueba que su funcionamiento sea el deseado, en general se hará un secado total de la cavidad.

MEZCLA DEL CEMENTO

La técnica exacta para mezclar el cemento varía con los diferentes productores y de un operador a otro.

Lo importante de esto es usar un procedimiento estándar en donde se pueda controlar la proporción de polvo y líquido y el tiempo requerido para esto.

Si se siguen las indicaciones del medicamento, el operador se sentirá familiarizado con el medicamento y se le hará más fácil su manipulación.

REMOSION DEL CEMENTO

Cuando el cemento se ha solidificado, se retira el exceso. Hay que prestar atención en retirar todo el exceso de la zonas proximales y gingivales y surcos a la vez son causa de reacción inflamatoria y pueden pasar inadvertidos en un período considerable de tiempo.

Los excesos grandes se pueden remover con escavadores.

La hendidura gingival se explora cuidadosamente con sondas apropiadas, se pasa hilo dental por las regiones interproximales, el hilo se pasa también por debajo de las piezas intermedias.

Cuando se ha quitado todas las partículas de cemento se procede a obtener la oclusión.

INSTRUCCIONES AL PACIENTE

Tendremos especial cuidado en recomendarle y orientarle cuál es la mejor técnica de cepillado satisfactoria para cada caso con el fin de que ya hecha la restauración, tenga una mejor funcionalidad, estética y comodidad. También se le tiene que advertir que en los primeros días tendrá que adaptarse y acostumbrarse a la presión funcional.

CONCLUSION

Para poder obtener buenos resultados en la rehabilitación bucal en general, es necesaria tener un buen conocimiento de la materia, tomar en cuenta todos los factores que se utilicen, estar al día con los progresos que se obtienen así como los adelantos de la materia, contar con el equipo y material necesario.

Todos estos factores, ayudan a obtener resultados satisfactorios que posteriormente servirán para la enseñanza de otros.

BIBLIOGRAFIA

1.-Prótesis de Coronas y Puentes

George E. Myers.

Editorial Labor S.A.

2.-Operatoria Dental

Ovaldo A. Ritscco

Editorial Buenos Aires

3.-Practica Moderna de Prótesis

John. P. Johnston

Editorial B. A. Argentina

4.-Ripol. G. Carlos

Métodos Clínicos de Rehabilitación Bucal

Editorial Interamericana S.A.

5.-Prostodoncia Parcial Fija

Editorial Medica Panamericana, Volumen I

Nº1-3. B.A. Argentina

6.-Tylman A. Stanley Theory and Practice Of Crown and

Prosthodontics. Saint Missouri U.S.A.

Fixed Parcial 1970

7.-Prótesis Parcial

Ernest L. Miller

Editorial Interamericana