

66
2e



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**CORONAS Y PUENTES
PROVISIONALES**

**TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N
ALMA GUADALUPE CORONEL VIZUETH
MARGARITA BLANCO LOPEZ

Asesor: C. D. Rina Feingold Steiner



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 está 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.

"CORONAS Y PUENTES PROVISIONALES"

I N D I C E

		PAG.
<i>Prólogo</i>		
<i>Introducción</i>		
<i>Capítulo I</i>	<i>Generalidades</i>	<i>1</i>
	<i>A) Conceptos</i>	
	<i>B) Objetivos</i>	
	<i>C) Requisitos</i>	
	<i>D) Ventajas</i>	
<i>Capítulo II</i>	<i>Indicaciones y Contraindicaciones .</i>	<i>8</i>
	<i>del tratamiento provisional.</i>	
	<i>A) Obturaciones y restauraciones.</i>	
<i>Capítulo III</i>	<i>Impresiones y modelos</i>	<i>16</i>
	<i>A) Materiales de Impresión.</i>	
	<i>B) Técnicas para la toma de impresión.</i>	
<i>Capítulo IV</i>	<i>Técnicas para la elaboración de restau</i>	
	<i>raciones provisionales.</i>	<i>25</i>
	<i>A) Método Directo e Indirecto.</i>	
<i>Capítulo V</i>	<i>Materiales empleados en la elaboración</i>	
	<i>de pr visionales.</i>	<i>36</i>
	<i>A) Coronas elaboradas a base de alea -</i>	
	<i>ciones de oro como restauración pro</i>	

	<i>visional.</i>	
	E) Coronas prefabricadas de plástico, aluminio, plata o acero cromo.	PAG.
	C) Cemento de óxido de zinc y eugenol	
	D) Acrílicos y resinas acrílicas.	
<i>Capítulo VI</i>	<i>Ajuste y pulido de las restauraciones.</i>	<i>46</i>
	<i>provisionales.</i>	
	A) Rebasado.	
	B) Contorneado.	
	C) Pulido.	
<i>Capítulo VII</i>	<i>La cementación.....</i>	<i>57</i>
<i>Capítulo VIII</i>	<i>Influencia en parodontio y oclusión....</i>	<i>63</i>
	A) Parodontio.	
	B) Oclusión.	
<i>Capítulo IX</i>	<i>Cuidados de la prótesis provisional</i> <i>tanto del Cirujano Dentista como del</i> <i>paciente.....</i>	<i>69</i>
<i>Conclusiones.</i>	<i>.....</i>	<i>74</i>
<i>Bibliografía.</i>	<i>.....</i>	<i>75</i>

PROLOGO

El motivo principal por el que escogí el tema de "CORONAS Y PUENTES PROVISIONALES" como base para el desarrollo de mi tesis profesional, es el poco énfasis que ponen en su importancia muchos odontólogos, sin tomar en cuenta, que de esta fase del tratamiento, dependerá en gran manera el éxito de la prótesis parcial fija.

En la actualidad, con los grandes avances científicos y tecnológicos en las ciencias de la salud, y muy particularmente en la odontología, contamos con una gran variedad de materiales y técnicas para poder ofrecer a nuestro paciente la más adecuada para su problema en particular.

Es importante que el odontólogo tenga siempre presente las bondades de una prótesis provisional bien realizada, y que al paciente se le haga tomar conciencia de que ésta le brindará una gran ayuda en su curación, devolviéndole la salud periodontal la estética y una buena oclusión.

I N T R O D U C C I O N

En la actualidad, la odontología ha tenido un gran desarrollo en todas sus ramas, tanto en su aparatología, como en sus materiales y técnicas. En el presente trabajo nos limitaremos al estudio de una de ellas, la Prostodoncia, que es la encargada del estudio de las prótesis parciales provisionales.

Los avances se pueden apreciar al analizar los nuevos procedimientos clínicos, que utilizan materiales menos irritantes y con los que se obtiene las impresiones con mayor facilidad, exactitud y con menor daño a los tejidos adyacentes.

Los conceptos actuales en la prostodoncia nos permiten ofrecer a nuestros pacientes una mejor función de las prótesis provisionales, que mejoran la estética, ayudan a la curación de tejidos dañados por prótesis mal elaboradas y protegen el aparato estomatognático dando mayor comodidad al usuario durante su tratamiento.

CAPITULO I

GENERALIDADES

A) Conceptos:

Prótesis: Deriva del griego pro-antes, thesis-colocar.

Prótesis fija: Rama de la prostodoncia que se encarga de la substitución de dientes faltantes por medio de aparatos-fijos que devuelven función, anatomía y estética que están firmemente unidos al diente, por lo general, no pueden ser desalojados por el paciente mismo sino por el Cirujano Dentista.

Tratamiento provisional: Es una serie de procedimientos que se emplean durante la preparación de una prótesis o corona para preservar a los dientes preparados, del medio ambiente bucal y mantener la función estética.

Puente: (Antes) del latín pons pontis - construcción.- Construcción de una unidad metálica o de acrílico para sujetar los dientes artificiales con las naturales.

Corona: Es la superficie dentaria que sobresale de la encla.

Método de la elaboración directo: Es aquel en que todo el trabajo se realiza en la cavidad bucal sobre el diente a -

tratar.

Método de elaboración indirecto: Es aquel en el que todo trabajo se realiza en un modelo exacto y fiel de la cavidad bucal.

B) Objetivos:

Una parte de la rehabilitación bucal que toman los odontólogos con poca importancia, es el tratamiento provisional sin tomar en cuenta que depende del mismo, el éxito de la restauración definitiva.

Para poder entender pondremos un ejemplo: Cuando nosotros llegamos a tener una herida quirúrgica siempre es protegida para evitar cualquier ataque microbiano. Así mismo hay que saber que un diente tallado es como una herida quirúrgica y darle la protección debida.

La importancia y la necesidad de elaborar una técnica rigurosa de los provisionales surge de la enumeración y comprensión de los múltiples objetivos que se deben cumplir:

1) *Proteger al diente tallado contra una infección microbiana aisándolo, también ayuda a la dentina que se encuentra desprovista del esmalte que la protege.*

Si no se coloca el tratamiento provisional llegará a -

la pulpa a través de canaliculos provocando dolor por irritación.

2) Protección del diente preparado de posibles fracturas.

3) Protección de la dentina y pulpa contra los cambios térmicos que se transmiten con el frío y calor provocando hiperemia.

4) Estabiliza y mantiene a dientes pilares en correctas relaciones proximales y oclusales evitando la extrucción del diente antagonista y del mismo diente tallado.

5) Protección de los tejidos circundantes del diente tallado como sería tejido gingival, evitando toda clase de traumatismo así como la inflamación y la posible hipertrofia de la encía.

6) Mantener o restaurar la estética cubriendo especialmente los dientes en la zona anterior donde son visibles, para evitar trastornos psicológicos del paciente en su relación social.

7) Recuperar la función y permitir que el paciente pueda masticar de manera satisfactoria hasta que se construye el-

puente definitivo o corona individual.

8) Contribuir a estabilizar dientes con movilidad, -
 permitiendo su mejor evolución como futuros pilares.

9) Eliminar cuanto antes las prótesis desadaptadas o -
 mal diseñadas y por lo tanto, lesivas para los tejidos.

10) Determinar mediante diseño y desgaste, la medida -
 vertical oclusiva tolerable y conveniente para la restauración
 final.

C) Requisitos:

La estética y la salud de los tejidos son de importan-
 te consideración cuando se reemplazan por provisionales, ade-
 más de los requisitos que deben tener estos para su aceptable-
 adaptación.

Estos requisitos son:

1) No deben ser lesivos, ni irritantes para la pulpa -
 ni para tejidos que rodean al diente, además reducen la inter-
 ferencia con los demás tejidos que los circundan.

2) No deben haber cambios de volumen después de la co-
 locación del provisional.

3) No deben permitir la absorción de fluidos constante

mente.

4) No deben ser complicada ni prolongada su instalación y que sea de fácil manipulación.

5) El provisional debe ser aceptable estéticamente, cómodo, terso para la lengua, resistente a las fuerzas de masticación y permitir el constante retiro e inserción del mismo sin daño alguno.

6) No deben pigmentar al diente.

7) Deben tener una oclusión adecuada.

8) Deben presentar contactos y contornos adecuados.

9) Deben observar una adaptación gingival aceptable.

10) No deben ser excesivamente costosos.

11) Deben ser agradables en el medio bucal.

12) Los materiales empleados deben observar una baja conductividad térmica y que sean compatibles con los tejidos blandos.

D) Ventajas:

Inmediatamente después de terminar las preparaciones en los dientes debe colocarse una prótesis provisional. Algunos dicen que esto resulta útil para retraer tejidos gingivales y más a menudo brindan grandes beneficios ya que:

1) Proporciona gran estética.

2) Mantiene estable el tejido blando.

3) Protege al diente desgastado contra infección microbiana.

4) Mejora la masticación y la fonética así como su función.

5) Ayuda a mantener al apósito quirúrgico sobre el tejido blando.

6) Promueve la cicatrización de los tejidos subgingivales traumatizados.

7) Condiciona gradualmente el ligamento periodontal a mayor fuerza oclusal y reacondiciona los ligeramente atrofiados que están fuera de servicio.

8) Proporciona un vehículo excelente para un cemento sedante.

9) Ayuda a determinar la fijación de los dientes cuando en la rehabilitación bucal se utilizan férulas como tratamiento paradontal.

10) Hace posible realizar ajustes oclusales con facilidad.

11) Cuando hay férulas es posible comprobar el paralelismo entre los dientes.

12) Ayuda a impedir la retracción gingival irreversible, así como evita la irritación e inflamación marginal.

13) Permite imaginar el trabajo final y sus probabilidades de éxito.

14) Evita la movilidad de los dientes de soporte y facilita la colocación ulterior de las prótesis definitivas sin-

que varíe la posición, al mismo tiempo evita el desplazamiento en cualquier dirección de los dientes de soporte.

15) Permite elaborar la prótesis definitiva sin la premura que provocaría errores por el deseo de terminar rápido.

16) Desde que se coloca en la boca del paciente, se manifiesta en él complacencia, pues mejora su estética.

C A P I T U L O I I

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DEL TRATAMIENTO PROVISIONAL

Durante el tratamiento para la elaboración de puentes provisionales se utilizan diferentes obturaciones y elementos protésicos de los cuales hablaremos en este capítulo generalizando sus indicaciones, pero en capítulos posteriores describiremos cada uno de los tratamientos y sus particularidades.

Indicaciones:

1) *Proteger el diente preparado entre una visita y otra al consultorio, mientras se coloca el trabajo definitivo.*

2) *Cuando se eliminan las caries en dientes que servirán de pilares en un tratamiento protésico posterior.*

En el primer caso el tratamiento es sólo por unos días pero en el segundo pueden durar hasta algunos meses cuidando el diente antes de comenzar el trabajo final.

Para lograr esto mencionaremos a continuación las distintas obturaciones y restauraciones.

1) *Obturaciones de cemento: Estos son cements de fosfato de zinc, cemento del tipo de óxido de zinc y en general ninguno de estos resiste la abrasión y puede disolverse y fracturarse con la masticación, se pueden utilizar en tiempos-*

que no excedan de seis meses y deben emplearse en cavidades poco profundas ya que son irritantes y no guardan la oclusión céntrica.

Ayudan en el tratamiento de caries en dientes que en fecha próxima serán pilares.

2) Amalgama Provisional: Esta es utilizada cuando se va a reemplazar un retenedor en una fecha subsecuente y donde se eliminará la caries, sin hacer extensión por prevención del tejido sano ya que esta podría hacer falta en el momento para la preparación del retenedor.

3) Corona de acero inoxidable y de aluminio: Estas se adaptan con facilidad y además pueden durar bastante tiempo usándolas correctamente. Se emplean en preparaciones de coronas completas ó en 3/4, en preparaciones mesio-ocluso-distales y como protección temporal para dientes deciduos donde no está indicada la corona colada.

4) Incrustaciones y coronas de resinas acrílicas. Estas pueden semejarse al color del diente, son resistentes a las fuerzas masticatorias y a la abrasión además de fácil construcción. Tienen diferentes aplicaciones. Ya sea como incrustaciones, coronas provisionales y coronas prefabricadas. Por ejemplo: en el caso de pacientes jóvenes cuando presentan fractura o caries interproximal y necesitan restauración completa, o en el caso de mordida cerrada la corona de acrílico procesa-

da es preferible a la corona de acrílico prefabricada ya que es menos propensa a la fractura.

5) Coronas coladas: Estas se utilizan en preparaciones para coronas completas ya sea como restauraciones individuales o como retenedores para prótesis dental fija, estas indicadas en dientes posteriores ya que son antiestéticas para dientes anteriores.

Estas coronas pueden combinarse con las resinas acrílicas para mejorar la estética.

6) Prótesis dental parcial removible provisional: Estas se utilizan como prótesis dental inmediata que consiste en substituir a los dientes luego de haber sido extraídos con el fin de evitar migración y exfoliación de las piezas remanentes sobre todo en piezas anteriores con el objeto de conservar su apariencia estética y funcional. También para evitar que aumente la erupción de los antagonistas, hasta que se construye la restauración fija.

Para esto debemos esperar que los tejidos estén totalmente sanos.

7) Prótesis dental parcial fija provisional (puente fijo provisional): Esta indicada en dientes anteriores en donde se requiere de estética así como en segmentos cortos, pueden -

da es preferible a la corona de acrílico prefabricada ya que es menos propensa a la fractura.

5) Coronas coladas: Estas se utilizan en preparaciones para coronas completas ya sea como restauraciones individuales o como retenedores para prótesis dental fija, estas indicadas en dientes posteriores ya que son antiestéticas para dientes anteriores.

Estas coronas pueden combinarse con las resinas acrílicas para mejorar la estética.

6) Prótesis dental parcial removible provisional: Estas se utilizan como prótesis dental inmediata que consiste en substituir a los dientes luego de haber sido extraídos con el fin de evitar migración y exfoliación de las piezas remanentes sobre todo en piezas anteriores con el objeto de conservar su apariencia estética y funcional. También para evitar que aumente la erupción de los antagonistas, hasta que se construye la restauración fija.

Para esto debemos esperar que los tejidos estén totalmente sanos.

7) Prótesis dental parcial fija provisional (puente fijo provisional): Esta indicada en dientes anteriores en donde se requiere de estética así como en segmentos cortos, pueden -

ser combinadas de acrílico con metal. Impiden la erupción de los dientes opuestos al puente y se utilizan provisionalmente en los sitios donde ha fallado anteriormente un puente fijo - ayudando a la restauración de los tejidos circundantes de afecciones parodontales.

8) Mantenedores de espacio: Estos son unos aparatos pasivos, fijos o removibles muy utilizados en ortodoncia preventiva los cuales son beneficios ya que están indicados en casos donde no es posible la construcción inmediata de una prótesis dental o puente provisional.

Utilizados también para evitar que los dientes contiguos migren al espacio desdentado.

Contraindicaciones:

Cuando deseamos hablar sobre las contraindicaciones del tratamiento provisional tenemos que hacerlo desde dos puntos de vista:

1. Aspecto biológico
2. Aspecto clínico

1. Aspecto biológico: Mencionaremos que varios odontólogos realizan sus prótesis provisionales con acrílico autopolimerizable y la técnica inmediata directa al diente y es aquí donde se observan los siguientes aspectos en el empleo de resinas.

A. Reacción de calor

B. Acción de la polimerización sobre la pulpa dentaria

C. Reacciones alérgicas provocadas por las resinas acrílicas autopolimerizables.

A. Reacción de calor.- La exotermia provocada por la reacción del monómero con el polímero depende de los siguientes factores:

1.- Material empleado.- El tamaño del grano del polvo según diferentes fabricantes es muy importante en la elección del material, ya que los monómeros atacan más rápidamente a los polímeros de forma irregular y granos pequeños pues ofrecen una mayor superficie de impregnación consecuentemente elevación de la temperatura es mayor y en menor tiempo, de esto resulta la ventaja de emplear acrílico de polvo grueso, donde obtendremos un tiempo de polimerización y endurecimiento más largo.

2) Volumen de la mezcla.- Es costumbre de todo odontólogo mezclar cantidades mayores a las necesarias, ya que así se consiguen mezclas de endurecimiento más rápido, más fáciles espulando y mejor textura.

En el empleo de acrílicos autopolimerizables el aumento de temperatura es directamente proporcional al volumen del material empleado, por consiguiente si nos basamos estrictamente a

la menor cantidad posible necesaria del material, el aumento de temperatura igualmente será el mínimo

3) Proporción polvo-líquido.- La mayor temperatura que se produce en una mezcla polímero-monomero, sucede cuando este último se transforma en polímero, de lo cual se deduce que a mayor cantidad de monómero presente en la mezcla, mayor aumento de temperatura; aunque la polimerización se efectúe más lentamente, esto no quiere decir que una mezcla fluida produzca siempre un aumento de temperatura que una espesa, ya que también importan las concentraciones del catalizador presente en el monómero y el activador que se encuentra en el polímero.

4) Temperatura ambiente.- Se considera que la temperatura ambiente ideal para la preparación de la mezcla es de 18° a 20°C pudiéndose exceder esta última hasta los 32°C el curado produce más temperatura y con mayor rapidez que aquella que se efectúan a la temperatura ambiente, a temperatura inferior de los 18°C, la polimerización se retarda demasiado.

5) Presencia de agua en líquido.- Las resinas acrílicas autopolimerizables por descuido del operador, pueden ser contaminadas por el agua contenida en losetas, vasos, espátulas, etc. Durante su preparación o por la condensación de la humedad que puede depositarse en ellos, está comprobado que añadiendo un 1% de agua al monómero se produce un aumento de temperatura y se acelera el tiempo de polimerización.

B. Acción de la polimerización sobre la pulpa dentaria al tratar de elaborar una corona funda directamente sobre los muñones dado a lo voluminoso del material empleado, la temperatura fácilmente se eleva de 85°C a 100°C . Produciendo fuerte mortificación pulpar.

Las resinas acrílicas autopolimerizables son irritantes pulpares en mayor o menor grado por eso se aconseja elaborar la prótesis fuera de la boca, cuando existe integridad pulpar. Al hacer compresión, las capas dentinarias pueden ser permeables a la acción química de los componentes de la resina que entrará en el interior de este tejido por los efectos de la presión.

C. Reacciones alérgicas provocadas por las resinas acrílicas autopolimerizables: Estas se llevan a cabo porque el organismo del paciente no tolera los componentes de la fórmula. También cuando se trata que el color del diente sea más claro y se agrega mayor cantidad de monómero provocando irritación.

Otro caso es cuando colocan puentes de resina acrílica y se tiene mala higiene o mala adaptación de estas.

II. Aspecto clínico: Aunque las prótesis provisionales las consideramos temporales suelen dar tan buenos resultados, tanto estética como funcionalmente, que algunos pacientes insisten en dejarlas como definitivas. Ante esta situación se co

re el riesgo de que el paciente permanezca largo tiempo con su prótesis. El material y las técnicas que se emplean para elaborar las prótesis provisionales, no están indicadas para un trabajo que resista durante un tiempo prolongado, pudiendo sufrir fracturas o distorsiones, si se trata de resinas acrílicas, ó en general desajustes y aflojamientos de las mismas, que ocasionan que el paciente abandone también temporalmente su tratamiento, presentandose de nuevo a consulta después de un tiempo considerable, con las consecuencias propias de no haber usado una prótesis provisional.

Algunas veces las coronas provisionales son más aceptadas por el paciente, que las restauraciones permanentes y estas últimas no resultan luego aceptables para el paciente. El abandono del tratamiento al dejar la prótesis provisional como definitiva, nos trae trastornos desde el punto de vista económico, sobre todo cuando no se han liquidado los honorarios y más aun si ya se ha confeccionado la prótesis permanente.

Es importante explicar y concientizar al paciente lo indispensable que resulta llevar el tratamiento hasta su fase final.

CAPITULO III

IMPRESIONES Y MODELOS

Impresión: Es la reproducción exacta y fiel de las arcadas dentarias en negativo. Se vacian en yeso y una vez fraguado este se obtiene el positivo llamandose modelo de estudio.

A) Materiales de impresión:

La clasificación de los materiales de impresión se basa en el estudio físico en que se encuentra después de la impresión y es:

I Materiales Elásticos

II Materiales Termoplásticos

III Materiales Rígidos

Materiales Elásticos.- Son aquellos que dentro de ciertos límites pueden deformarse y volver a su forma original cuando alguna fuerza deja de actuar sobre ellos, también llamados elásticos.

Los más utilizados son los Hidrocoloides (Coloide hecho a base de agua) de estos hay dos clases:

Reversibles: Agar Agar, utilizado para duplicar modelos de trabajo en el laboratorio ya que puede utilizarse varias veces, se presenta en forma de barra y entre sus propiedades -

encontramos que son elásticos y flexibles para dar impresiones exactas con retención y una complicada manipulación.

Irreversibles: Alginato, utilizado para obtener modelos de estudio para ortodoncia, prótesis y operatoria. Su presentación es un polvo hidrosoluble que mezclado con agua produce un gel plástico y sus propiedades son: Magnífico material de impresión, pero no puede producir nítidamente detalles como el hombro o biseles de una preparación dentaria.

En prótesis solo se emplean en tomar modelos de estudio o antagonista, además es de fácil manipulación y de elasticidad menor a la del mercaptano y silicona.

En nuestro trabajo continuaremos mencionando otros materiales de impresión que también son elastómeros con sus particulares y usos de cada uno:

Hule de polsulfuro o mercaptano.- Son materiales ideales para cualquier impresión, su presentación es en dos pastas siendo una base y otra el catalizador, las cuales reaccionan por vulcanización. Otras propiedades son: Menor flexibilidad y recuperación elástica que las siliconas y poliéteres, poseen un olor desagradable, producen manchas indelebles en la ropa y son materiales hidrófobos.

Hule de silicona: Se utilizan para cualquier impresión se presentan en forma de dos pastas ó bien la base como pasta-

y el líquido como acelerador y su reacción es de vulcanizado. Sus propiedades son: Excelente en su recuperación elástica y de flexibilidad más rígida que los mercaptanos. La manipulación es amasando los dos elementos, tiene gran cambio, con corta vida de almacenaje, poco tiempo de fraguado y no se fractura con tanta facilidad en los espacios interproximales, permitiendo trabajar en forma ininterrumpida sin requerir cuidados especiales.

Politeres: Se utilizan en impresiones individuales o no más de tres unidades dentales, su presentación es de dos pastas una la base y otra el catalizador que contiene un aromático. Entre sus propiedades encontramos: La flexibilidad es baja y su elasticidad se encuentra entre el mercaptano y la sílicona de rápida manipulación y muy bajo escurrimiento.

Materiales Termoplásticos: Son aquellos que pueden ser moldeados o modelados por calor y hay dos tipos: Las modelinas y las ceras (que en esta ocasión no hablaremos de ellas).

Modelinas: Están clasificadas como materiales plásticos, para impresión se le conocen como compuestos para modelar y se utilizan en la prótesis para la obtención de impresiones individuales en restauraciones únicas. Deben ablandarse mediante calor, la fuente calorífica puede ser calor directo como flama o bien con agua caliente.

Estas se dividen de acuerdo a la temperatura que las reblandece y tienen diferentes colores y formas.

Blanca. - Es la de punto de fusión más alto

Roja. - Es de menor temperatura que la blanca

Negra. - Es de punto de fusión muy bajo, que en la mano se reblandece.

Las modelinas se clasifican según su forma en dos tipos:

Modelina en forma de pan: Que se usa en impresiones para edentulos, se ablandan por medio de agua para colocarlo en el portaimpresiones y así tomar la impresión.

Modelina en forma de barra cilíndrica: Se usan con un anillo de cobre como portaimpresiones para la toma de impresiones individuales, se calienta la modelina a la flama y se lleva a la pieza dentaria por impresionarla. Este tipo de modelina también utilizada para rectificaciones de impresiones en edentados totales.

Materiales Rígidos: Son aquellos que se fracturan al intento de doblarlos, pero se pueden retirar de la boca sin fracturarlos, estos son los compuestos zinquenólicos. Su composición de óxido de zinc y eugenol químicamente puros, su utilización es en la clínica de protodoncia total y en prótesis, para la realización de rectificación de impresiones prelimina-

res o bien impresiones fisiológicas: contiene dos pastas y fraguan a 37°C aproximadamente.

B.) Técnica para la toma de impresión

Particularidades de la toma de impresión:

Todas las impresiones deben cubrir los siguientes requisitos: Exactitud, estabilidad y extensión, ya que un solo error en la toma de impresiones para prótesis haría fracasar todo el trabajo, por tal motivo tenemos que llevar mucho cuidado y ser muy rigurosos al efectuar las impresiones, así como la buena selección del portaimpresiones, ya sea con o sin perforaciones, con bordes retentivos o bien cuando es una sola pieza dentaria se toma con portaimpresiones parciales o individuales.

Una vez seleccionado el portaimpresiones adecuado, procederemos a la retracción gingival que nos dará el ajuste marginal para evitar la filtración de caries recurrentes.

Para tomar buenas impresiones debemos evitar que se encuentre sangre, exudados y saliva en la zona de impresión.

Las técnicas empleadas en la retracción gingival son - las siguientes:

1. Hilo retractor
2. Capsula de aluminio
3. Coronas de acrílico sobreextendidas.

Para utilizar cualquiera de las técnicas citadas algunos Cirujanos Dentistas utilizan el Peróxido de Oxígeno para - que los tejidos se vuelvan blandos por la absorción del oxígeno libre además nos dará otras ventajas:

- a) Inhibe las hemorragias.
- b) Elimina un buen número de bacterias
- c) Da una mejor cicatrización.
- d) Prepara los tejidos para cualquier técnica de retracción gingival.

1.- Hilo retractor.- Este es un hilo impregnado de una sustancia química que actúa con vasoconstrictor, habitualmente son: Epinefrina o alumbre (sulfato aluminico potásico). Este - hay que colocarlo firme pero suavemente sobre el tejido por retraer, se presiona contra el surco en dirección oblicua al eje mayor del diente y se deja de 2 a 3 mm., que sobresalga en vestibular para retirarlo rápidamente teniendo ya la jeringa de impresiones cargada:

En unas ocasiones se emplean 2 hilos y aquí modifica - el tallado. Donde se deshacen los espacios proximales de mesial y distal de la futura preparación se pone ahí el hilo y se tallan las otras caras; ya terminado el tallado y el pulido se coloca el otro hilo dejando sobresalir unos milímetros en vestibular que es la zona donde permite el desalojo rápido del hilo - una vez ya teniendo, la jeringa cargada se quita al segundo hi-

lo que se puso al principio; el tiempo recomendado para ponerlo oscila entre 5 a 7 minutos y debe lavarse con agua bidestilada - el área y examinar el estado del tejido.

La epinefrina es muy eficaz pero tiene la contraindicación de ser peligrosa para personas con enfermedades cardiovasculares.

2.- Cápsulas de aluminio: Se selecciona una capsula más larga que los dientes preparados. luego se recortan con las tijeras para oros, contorneado por gingival dejándolas largas - para que el borde de la cápsula penetre en el surco. Teniendo cuidado de no dejar los bordes filosos porque desgarrarla la en - cía.

Después se rellena de gutapercha blanda se pone con fuerza bajo presión oclusal.

3.- Coronas de acrílico sobreextendidas: Estas por su sobreextensión forzan al hilo a tener una mejor retracción además que podemos emplear alguna prótesis mal adaptada.

Técnicas para la toma de impresión

Hay distintas y muy variadas técnicas y algunas parecidas a otras con poca diferencia entre sí. Además se utiliza la que el odontólogo crea más recomendable en base a las características del paciente y su propia experiencia. A manera de ejem

plo mencionaremos los pasos generales de una técnica de impresión.

Una vez seleccionada la cubeta y el material de impresión se procede a secar la zona a impresionar y manipular el material según las instrucciones del fabricante, la técnica de impresión presupone una masa homogéneamente batida. La cubeta, cargada de la masa, se aplica con su borde dorsal en contacto con el paladar blando; entonces, se le lleva hacia arriba y adelante hasta que el borde de la cubeta se sitúa en el surco vestibular. La retirada de la impresión debe tener lugar con un movimiento brusco para evitar deformaciones permanentes en la masa y su despegamiento de los medios de retención de la cubeta. Se inicia con un movimiento de separación como de palanca, con la inclinación de la cubeta, en la región distal del maxilar. El negativo recogido por la impresión debe ser vaciado lo más pronto posible.

Modelos de estudio

Los modelos de diagnóstico (que a menudo se denominan "modelos de estudio") son reproducciones positivas del maxilar y mandíbula, montados en relación correcta en un articulador capaz de reproducir los movimientos de lateralidad y protrusión similares a los que comúnmente se producen en la boca. Los modelos de los arcos no pueden designarse modelos de diagnóstico -- hasta que no hayan sido relacionados y montados en esa forma.

Después de haber lavado la impresión se mezcla yeso - piedra en proporción de 22 a 25 ml., de agua y 100 gms., de yeso piedra. Se espatula hasta que forme un montículo sin aplastarse, y se vibra en la impresión agregando pequeñas porciones - se comienza por detrás en uno de los lados y se hace correr el yeso alrededor del arco. Se agrega material hasta llenar la impresión con exceso, después se coloca un cono de yeso sobre una loseta y se presiona la impresión invertida sobre el yeso, que se adapta a los bordes de la impresión con una espátula. Deja - fraguar como mínimo una hora.

La cubeta inferior para impresiones se extenderá por - distal por sobre los últimos dientes o la almohadilla retromolar. No conviene que sobrepase en más de 3-4 mm., por debajo - de la línea gingival lingual, no deformará el pliegue mucoso - vestibular por atrás y no comprimirá ninguno de los frenillos.

Los modelos se recortan simétrica y suficientemente -- cortos en la porción posterior para que no haya interferencia - al ocluirlos.

Se monta el modelo superior y posteriormente el inferior, previo registro en cera de la mordida y con ayuda del arco facial, entonces los modelos se hayan preparados para su examen y estudio.

CAPITULO IV
TECNICAS PARA LA ELABORACION DE RESTAURACIONES
PROVISIONALES

Existen varias técnicas para la elaboración de restauraciones provisionales en preparaciones intracoronarias, que van del simple cemento de óxido de zinc y eugenol reforzado.

Otra posibilidad sería la resina autopolimerizable.

Para las preparaciones extracoronarias, se cuenta con: Coronas prefabricadas de acero, celuloide y resinas acrílicas - que se escogen según su longitud, circunferencia y tipo del diente .

Las restauraciones provisionales deben ser seleccionadas de una manera precisa, recortadas y contorneadas para una adaptación ideal.

Deben tener las características que tendrá la restauración final y obtener un ambiente parecido al de dicha restauración y favorecer las exigencias clínicas para evitar el fracaso con la restauración definitiva.

En el tratamiento provisional el Cirujano Dentista tiene más control que en la restauración final.

Los métodos varían según la complejidad de que se trate:

- a) Coronas Únicas
- b) Múltiples coronas individuales
- c) Prótesis dental parcial fija provisional

Las técnicas para la elaboración de restauraciones -- provisionales son diversas y la elección de una u otra dependerá del caso clínico.

Clasificación:

A) Método directo (en el paciente) e indirecto (realizado en el laboratorio). Sector anterior y posterior dependiendo la pieza que se va a restaurar.

A continuación mencionaremos las técnicas más empleadas en la elaboración de corona y prótesis dental parcial fija provisional.

A) Método Directo.

1.- Restauración individual de acrílico autopolimerizable con anillo de cobre.

a) Ajustar sobre la pieza preparada un aro de cobre sin recortarlo y que sea ligeramente mayor que el diente.

b) Preparar la resina autopolimerizable.

c) Rellenar el aro de cobre con la resina y colocarlo para tomar una impresión, tomando la precaución de ponerse vase

lina en los dedos para evitar adherencias cuando se presione la resina. Al mismo tiempo se pueden romper el aro en sentido vestibular, para que se establezca contacto proximal con los dientes vecinos.

d) Se retira la impresión y se deja reposar durante unos minutos.

e) Mediante un disco de carburo se corta el aro para separarlo de la impresión. Luego se prueba sobre la preparación y se modela la forma anatómica deseada para el diente.

f) Se pule

g) Cementado provisional.

2.- Restauración individual con coronas prefabricadas de celuloide y policarbonato.

Para esta técnica se selecciona en depósitos dentales donde se encuentran estas coronas prefabricadas y se identifican por el número del diente al cual pertenece la pieza a restaurar y se escoge midiendo la longitud mesio-distal.

Después de seleccionar la forma y el tamaño. Ya hecha la preparación dentaria se recorta convenientemente para lograr el ajuste gingival. Se aísla el diente y se llena el interior de la corona con acrílico del color indicado llevándola en for-

ma de líquido y polvo para evitar la formación de burbujas. - Posteriormente se inserta en la boca donde se presiona sobre la pieza preparada. Se retira y se vuelve a insertar otra vez sin que la polimerización se efectúe en la boca.

Todos estos pasos se realizarán después de haber lubricado el diente para evitar que el acrílico se adhiera a él.

3.- Restauración individual con coronas metálicas.

Se medirá con compás o vernier la distancia de la cara mesial del diente distal a la preparación, a la cara distal del diente mesial, se comparará la distancia con la de la corona prefabricada la cual debe tener la misma medida. La corona se debe asentar a la preparación de lingual hacia vestibular. - Si se hallan zonas isquémicas es que la corona está larga y está haciendo presión sobre la encla.

Para solucionar esto se marca el margen gingival de la corona con cureta, después se corta un milímetro debajo de la marca, ya puesta la corona se pone un abatelenguas, pidiendo al paciente cierre la boca haciendo presión.

Va colocada la corona se verifica la oclusión la cual debe registrarse igual a la de antes de iniciar los procedimientos operatorios. Después se eliminan los puntos de contacto, finalmente con pinzas de contornear se cierra ligeramente en su borde gingival para lograr un mejor ajuste, esto se ve

rifica por medio de una radiografía.

Estas restauraciones se emplean en los siguientes casos:

- 1.- En dientes primarios muy destruidos por caries -- en las cuales una restauración parcial, no está indicada porque provocaría fracturas con las fuerzas de la masticación.
- 2.- En restauraciones de piezas grandes que abarquen -- más de tres caras.
- 3.- En molares primarios que se tienen que conservar -- y en dientes depulpados que se hacen quebradizos.
- 4.- En dientes que presentan amelogenesis imperfecta -- o hipoplasia del esmalte.
- 5.- En dientes de segunda dentición con tratamiento -- provisional, porque presentan caries extensas y también en -- dientes hipoplásicos.
- 6.- En dientes fracturados como restauración de emer -- gencia provisionalmente en los dientes anteriores.
- 7.- En pacientes de las dos denticiones que tienen pro -- blemas físicos y mentales donde no hay nada de higiene bucal.

Todos los tratamientos provisionales metálicos dan be-

neficios donde la estética no es muy importante, como la función y que ayudan a estar un tiempo prolongado en la boca.

Todo esto es para las piezas posteriores, donde las características de la preparación, son el espesor del material - deberá ser delgado, así como la adaptación gingival de las coronas prefabricadas se obtiene antes del cementado. Las ganancias en las restauraciones provisionales coladas radican en un mejor ajuste gingival y un modelado oclusal, creado para cada caso. - Además en restauraciones de largo tiempo se pueden hacer provisionales colados, de metal y acrílico.

4.- Restauración individual de resinas acrílicas autopolimerizables.

Una vez reconstruido el diente a tallar con cera para incrustaciones procederemos a tomar una impresión con alginato mediante una cubeta parcial y luego la protegeremos en ambiente húmedo. Una vez realizado el tallado colocamos el acrílico autopolimerizable del color adecuado en la oquedad de la impresión correspondiente al diente, y la llevamos a la boca. Posteriormente la retiramos, terminando la polimerización fuera de la boca para no comprometer la vitalidad pulpar, polimerizado - este pulimos la corona.

Nuestra experiencia no es favorable ya que el control de la polimerización es problemático, traduciendo en deformaciones si la cubeta es retirada prematuramente o por contrac --

ción del acrílico al haberse retirado tardamente.

5.- Restauraciones de coronas múltiples individuales de resinas reforzadas con fibras de nylon.

Donde se aplican las fibras de nylon nos darán la ganancia de fuerza tensora y resistencia a la corona provisional.

Se tomará la impresión de alginato y se pondrá en ambiente húmedo mientras el Cirujano Dentista prepara los dientes en la boca, el tiempo que dura la impresión en ambiente húmedo lo hará más sólida y evitará la distorsión de la corona temporal durante la colocación de la cubeta y la polimerización del acrílico.

Después se recortará la impresión de alginato, sólo los excedentes que hay alrededor del portaimpresiones, eliminando también el material que se encuentre en el espacio interproximal, para que pueda la impresión calzarse bien.

En algunas partes que se desean para dar forma a la corona. Se eliminará el interior del alginato donde se requiera mayor grosor del provisional, nunca haciéndolo en la superficie oclusal.

Deberá ponerse cuidado en las zonas gingivales donde se desea mayor grosor que dependerá también del rebaje que se hizo en el tallado dentario en las zonas vestibulares y linguales. -

Ya polimerizada la corona temporal se reduce fácilmente al grosor deseado, con el aspecto estético y la oclusión adecuada.

En los vacíos de los dientes se colocarán rellenos con cera a los adyacentes para que el material de resina acrílica-- se extienda hacia ellos, ya que evitará el retiro de la corona-- acrílica.

Preparación del acrílico y su colocación:

En el interior se pone una capa de aislante sobre el alginato, se espera a que se haya empapado. Luego se mezcla la resina acrílica poniendo un poco más de monómero para que sea más fluida, además se mezclará con un catalizador para una polimerización más rápida.

Después se hacen fluir en la impresión de alginato, evitando las burbujas poniendo fibras de nylon número 3, a la mezcla sobrante; posteriormente la mezcla de resina y nylon que es más espesa, depositándose en la zona reseada hasta rebasar la impresión. Manteniéndola hasta que se presente viscosa, para evitar el escape a dientes adyacentes.

Se inserta en la boca esperando aproximadamente tres -- minutos para su polimerización si se retira antes provocarla -- distorsión en la corona.

Finalmente retiramos la impresión cuando ya se encuentra bien polimerizada.

6.- Restauración dentaria parcial fija provisional.

en esta técnica se tomará una impresión previa de alginato en el paciente, la cual se conservará en un medio húmedo, mientras se lleva a cabo el desgaste de los dientes, una vez preparados se protegen con vaselina, abarcando los tejidos adyacentes. Se toma la impresión, se seca lo más posible y se vierte en ella una mezcla de acrílico autopolimerizable y la impresión es reinsertada en la boca.

Se retira antes de que termine la polimerización, introduciéndola en agua caliente para así acelerar la polimerización. Se retiran de la impresión los provisionales, tomando cuidado de no fracturarlos. Existe una variante en donde, se colocará la resina en el portaimpresión con alginato, y después, cuando la resina empieza a polimerizar se remueve la impresión permitiendo que el acrílico se mantenga en la boca hasta que termine de polimerizar, se retira de la boca, se procede a ajustar, individualizar, pulir y cementar.

Estas técnicas tienen sus limitaciones, ya que solo se utilizarán cuando los dientes que van a prepararse se encuentran en buen estado anatómico, cuando sus relaciones con dientes antagonistas, adyacentes y tejidos circundantes son aceptables y también cumpla con los requisitos básicos de una buena oclusión, ya que si no existen estos requerimientos se volverá a caer en el mismo error, fabricando unos provisionales deficientes. Se recomienda como método para elaborar restauraciones provisiona-

Les de parciales oclusales.

Método indirecto:

1.- Restauración individual con hidrocoloide irreversible.

En esta técnica procederemos a tomar una impresión, pero antes revisaremos la boca, ya que si encontramos fracturas o caries que han desgastado el tejido, deberán ser reconstruidas ya sea con cemento de óxido de zinc y eugenol o bien con cera para incrustaciones. Después se tomará una impresión con elastomeros y se saca el positivo de éste y se hacen preparaciones en el modelo directamente.

Una vez aislado el modelo se coloca lubricante en la preparación dentaria, después se va poniendo acrílico del color de los dientes contiguos. En el tercio incisal u oclusal de --pendiendo del sector de la arcada dentaria. Se lleva líquido y polvo simultáneamente para evitar burbujas de aire. Después se completa la cantidad necesaria con una masa de acrílico espesa colocando esta impresión en estado plástico en el modelo cuando su correcta posición, retirándola y reinsertándola repetidamente. En la polimerización final, no dejarse en boca.

2) Restauración de coronas múltiples individuales.

En casos de coronas múltiples, donde la estética tiene-

prioridad, preferimos las prótesis provisionales preparadas con acrílico de autopolimerización, confeccionadas sobre un duplicado de la arcada en el cual se harán los tallados correspondientes.

Estas coronas así confeccionadas deben ser rebasadas en boca con acrílico de autopolimerización para conseguir correcto sellado gingival.

3) Restauración dentaria parcial fija provisional con dientes prefabricados.

En este caso previo a la toma de impresión del modelo, se adaptan y pegan dientes prefabricados, pueden conservarse en el área desdentada del mismo, o bien se modela un tramo intermedio de cera. Luego se toma la impresión y se retira el tramo de cera, posteriormente se empieza el tallado de los dientes pilares y se continúa llevando acrílico a la impresión que corresponde al puente, colocando este sobre el modelo en su posición. Los dientes prefabricados cuando se utilizan, pueden servir como pónico en la restauración provisional.

CAPITULO V

MATERIALES EMPLEADOS EN LA ELABORACION DE PROVISIONALES

Para utilizar un material, es indispensable conocer las ventajas que nos pueden brindar tanto al Cirujano Dentista como al paciente. Existen una gran cantidad de materiales empleados con el propósito de restaurar provisionalmente al diente preparado y las zonas desdentadas. Son pocas las que reúnen calidades necesarias para una buena protección provisional, entre estas tenemos:

A. Coronas elaboradas a base de aleaciones de oro como restauración provisional.- Estas requieren de cierto tiempo de fabricación, no es posible obtenerlas en el momento de preparar las piezas dentales. Se utilizan en tratamientos de tiempo indefinito y en lugares donde hay problemas parodontales, también cuando no se puede cementar inmediatamente la restauración definitiva, hasta lograr la recuperación total de los tejidos.

Presentan otra desventaja, es un material bastante costoso.

B. Coronas prefabricadas de plástico, aluminio, plata o acero cromo.- Las coronas prefabricadas son utilizadas frecuentemente para tratamientos cortos cumplen la necesidad de recubrimiento provisional inmediato del diente preparado. Presentan desventajas, ya que se tienen que adaptar perfectamente al diente preparado. Para evitar infiltraciones que irritarán a la pulpa y no que algunas aristas se proyecten hacia los tejidos -

parodontales lastimándolos; Se recomienda para una cantidad -- no mayor de tres unidades dentales, ya que si se trata de múltiples preparaciones, nos llevaría mucho tiempo adaptarlas, también difícilmente se lograría una buena oclusión. Presentan poca resistencia a los impactos y existe dificultad al recementarse.

C. Cemento de óxido de zinc y eugenol. Estos cementos -- son utilizados como cemento provisional. No pueden ser usados -- en preparaciones para corona, ya que carecen de la suficiente -- retención para lograr mantenerse en boca, tienen poca resistencia por la misma razón, para soportar las fuerzas de la masticación sin proyectarse a los tejidos blandos lastimándolos o irritándolos, carecen de estética.

Se recomienda principalmente para recubrir cavidades -- pequeñas durante un periodo corto (que bien puede ser cuando -- se empieza a desgastar el diente y no se termina la preparación para soportar ya una restauración provisional de las ya mencionadas).

D. Acrílicas: las restauraciones de acrílico se dividen en elaboradas a base de resina acrílicas autopolimerizables o -- fabricadas con resinas acrílicas termocurables rebasadas después en boca.

Resinas acrílicas autopolimerizables.- Los acrílicos -- los encontramos en forma de polímeros en polvo y monómero en lí

quido. Las diferentes fases en que se encuentran los acrílicos-después de su mezcla son:

- 1.- Formación de mezcla es cuando el polvo y líquido se unen en una proporción de 1:3 y se vuelve arenoso cuando el monómero moja el exterior de las perlas del polvo.
- 2.- Filamentoso: Cuando se disuelve totalmente el polvo.
- 3.- Plástico: Las perlas se van uniendo y el material polímero se encadena formando un período plastificante.
- 4.- Elástico o Gomo: Aquí el monómero penetra totalmente al polímero y se puede estirar como elástico; En este período se puede seguir cualquier procedimiento.

El acrílico autopolimerizable se usa en líquido y polvo para realizar el rebasado, cuando se van a poner las partes de resina acrílica.

Termocurado: Este se lleva a cabo cuando se encuentra en el último período del acrílico, que se empaca en un modelo de yeso que se recubre con papel de estaño o bien con un separador comercial. Se aísla el modelo para evitar que no se pueda sacar de la mufla, luego se empacó un pequeño excedente de masa para compensar la contracción de la polimerización; Se deja -- bajo presión durante el curado para evitar la reducción de la --

vaporización del monómero y la porosidad.

Finalmente el postcurado a 100°C disminuye el monómero-residual.

1. Propiedades de una Resina Acrilica Dental:

1.- Ser lo suficientemente transparente como para poder reemplazar estéticamente los tejidos bucales.

2.- Después de su elaboración, no experimentar cambios de coloración dentro o fuera del diente.

3.- No sufre contracciones, expansiones o distorsiones durante su curado, ni en el uso posterior en boca, es decir deberá presentar estabilidad dimensional en todas circunstancias.

4.- Poseer dentro de los límites normales de uso, resistencia a los impactos, abrasión, flexión, tensión y resiliencia.

5.- Ser impermeable a los fluidos bucales, presentar resistencia al agua y disolventes.

6.- De usarse como material de restauraciones permanentes o como cemento deberá unirse químicamente a las estructuras del diente sin perjudicarlos.

7.- No debe tener adhesión a los alimentos o a las sustancias ocasionales, de manera que no sea antihigiénica y la

restauración puedan limpiarse de la misma manera que los tejidos dentarios.

8.- Ser inspidas, inoloras, atóxicas y no irritante a los tejidos bucales.

9. Presentar una dureza relativamente alta y en caso -- de fractura inevitable, ser fácilmente reparable.

10.- Adaptabilidad a una técnica fácil, empleando equipo poco complicado y de bajo costo.

11.- Fácil de moldearse.

12.- Ser económico.

13.- No reaccione negativamente con el cemento que se -- utilice.

II.- Indicaciones para las Coronas Acrílicas:

La corona de acrílico es muy útil en los pacientes muy jóvenes. Por ejemplo hay casos en que el incisivo central superior se ha fracturado, o donde la caries proximal ha llegado a un punto que requiere la colocación de una restauración coronal completa. Como en los niños la cámara pulpar es grande y la pulpa estaría en peligro si se hiciera una preparación con hombro para una corona de porcelana cocida, es preferible la corona de acrílico, que no requiere la eliminación de todo el esmalte ni la preparación de un hombro gingival en la dentina. En este

caso la corona de acrílico es la restauración indicada.

En algunos casos de mordida cerrada, la corona de acrílico es preferible a la corona de porcelana cocida.

Donde se ha usado una corona parcial, sobre un núcleo - vaciado de oro en combinación con un puente, se ha encontrado - que la corona de acrílico es menos propensa a la fractura que - la de porcelana cocida.

Otra indicación para las coronas de resina acrílica es - la carilla para una corona completa vaciada en oro. Este tipo - de coronas puede usarse en restauraciones aisladas o en coronas - que se usan como retenedores de puentes.

El tipo de retención que requiere la corona acrílica - depende de la cantidad de tejido dental que se elimine. Están - especialmente indicados en la parte anterior de la boca, pero - también pueden usarse en la parte posterior. Aunque las coronas - con carilla de porcelana rebajada puede usarse en la mayor par - te de los casos, a veces la carilla de acrílico tiene ventajas - sobre la carilla de porcelana cocida. La experiencia ha demos - trado que si el paciente desgasta la protección incisal, la ca - rilla de porcelana es desalojada del vaciado, mientras que la - de acrílico es elástica y cede bajo el esfuerzo sin desprender - se del vaciado.

Debido a que las resinas acrílicas tienen más elasticidad que la porcelana cocida, resisten mejor los choques; por es

ta razón, las coronas de acrílico pueden utilizarse con éxito-- en capas muy delgadas donde la porcelana no podría ser utilizada. En consecuencia, en aquellos casos donde se desea una protección temporal (para el diente de un niño) y donde este indicada la corona sin hombro, debe hacerse de acrílico mejor que de porcelana.

III. Desventajas de las coronas de acrílico.

Las resinas sintéticas tienen ciertas desventajas para coronas y puentes bajo ciertas condiciones de esfuerzo el material sufre deslizamiento interno, lo que puede traer resultados finales serios. En restauraciones individuales se ha observado que en el curso los puntos de contacto bien redondeados y situados; frecuentemente pierden su convexidad y se vuelven superficies planas.

En el deslizamiento interno de las resinas; si bien puede ser ventajoso en ciertas condiciones, como en las carillas de acrílico; es perjudicial si la deformación del material en una corona es suficiente para romper la unión de cemento en el borde gingival. Asimismo, a menos que la corona de acrílico se haya saturado a su expansión máxima antes de cementarse, absorberá agua en la boca, causando un cambio dimensional y rompiendo la unión del cemento.

Por lo tanto debe tenerse precaución en la aplicación clínica de este material.

La relación que existe entre dureza de las resinas sintéticas y la cantidad de desgaste en las restauraciones hechas, de estos materiales es un problema aún en discusión.

IV. Puentes de resina acrílica.

El desarrollo del puente de acrílico y su uso incrementado es paralelo al de las coronas con frente de acrílico. Hoy se conocen mejor las limitaciones y las ventajas de estas resinas. Construyéndose de acrílico que sirven durante largos períodos.

V. Indicaciones para los puentes de acrílico.

Los puentes de acrílico están indicados principalmente en brechas cortas, si el espacio es largo, entonces debe reforzarse, con una armadura metálica.

Los puentes de acrílico están indicados en aquellos lugares donde tienen valor esencial el factor estético.

También el puente de acrílico puede usarse a veces donde el puente de porcelana está contraindicado.

VI. Ventajas del puente de acrílico.

Las ventajas del puente de resina acrílica se enumeran como sigue:

1. Es estética en alto grado.

2. La técnica es relativamente simple para su construcción.

3. No es costoso.

4. Es relativamente durable.

5. Alta resistencia a los impactos.

6. Es de peso ligero.

7. Es de fácil pulido.

8. Puede agregarse material sin hacer nuevamente toda la estructura.

9. Si se emplean carillas o coronas de acrílico prefabricadas, es posible determinar de antemano el color y la forma del puente antes de haberlo completado.

VII. Desventajas del puente de acrílico.

1. La resina acrílica es porosa si no se maneja debidamente.

2. Si la restauración se coloca bajo presión continua o se sujeta a presión intermitente, tiene deformaciones en frío - por deslizamiento externo. Esto trae como consecuencia la pérdida de contorno y los puntos de contacto.

3. En ocasiones llegan a sufrir decoloraciones en bocas restauraciones a base de resina acrílica.

4. En caso de que fracase un pónico, es casi inevitable que se deberá remover el resto de la estructura para efectuar la reparación.

5. Se abrasiona con rapidez.

6. Hay molestias en aquellas personas que habitualmente mascan chicle, porque la goma se pega a las restauraciones.

Debemos tomar en cuenta que el provisional debe ser menos o igual de estético y funcional que la prótesis definitiva- pero nunca superior.

CAPITULO VI

AJUSTE Y PULIDO DE LAS RESTAURACIONES PROVISIONALES

A) Rebasado

Todas las restauraciones provisionales de acrílico confeccionadas por método directo e indirecto, necesitan ser rebasadas.

Mediante un previo aislamiento de la pieza dentaria con sus tejidos circundantes y su debida lubricación de éstos.

Debe tomarse en cuenta el índice de cocimiento del acrílico de acuerdo a la relación monómero - polímero y el tiempo transcurrido desde que se inició la mezcla.

También se registrará la oclusión céntrica antes de empezar el tratamiento y después de terminarlo.

El rebasado se llevará a cabo cuando una corona o un puente se ha movido y no ajusta todo lo bien que se desea.

Se rellenará con una mezcla muy delgada de resina acrílica y se llevará de nuevo la corona al diente preparado inmediatamente, debido a que la mezcla acrílica consolida rápidamente.

te. Cuando entre en contacto con el material ya endurecido el nuevo material se moldea en el área gingival con mejor adaptación.

Retírese la corona, examínese la precisión gingival y si es correcto colóquese en agua caliente para terminar su polimerización.

A continuación seguiremos con este capítulo hablando de las diferentes variantes en la técnica de rebasado.

Para que tenga un buen éxito el rebasado se tomará en cuenta los siguientes objetivos:

1. Deberá tener una buena adaptación entre la superficie interna de la prótesis y el muñón, así como una buena oclusión céntrica.

Para lograr esto tomaremos como portaimpresiones la prótesis y al acrílico de material de impresión. Se efectuará un desgaste de la zona por rebasar tomando en cuenta, que no sea muy poco el desgaste porque provocará confinamiento contra los tejidos circundantes además evitaremos un aumento de espesor en las prótesis. Pero no haciendo mucho desgaste ya que si hay más espacio entre la prótesis y el diente tallado habrá más retención de burbujas evitando que la prótesis sea lisa.

Para el desgaste se emplean piedras de grano grueso o -

bien con una fresa redonda No. 8 y 10.

Para abocardar el fondo y las paredes internas de las restauraciones, se toman las debidas precauciones para no dañar el área más periférica de la prótesis.

2. A las prótesis se les hacen perforaciones, para el escape del material; Evitando que haga presión sobre los tejidos. Las perforaciones se hacen en zonas donde hay menor presión y su diámetro es de tres milímetros en platino. En caso que la preparación lleve hombro, se pincelea con acrílico antes de llevar el provisional, para la mejor fidelidad del hombro.

3. Proteger las zonas de la prótesis para que no sean afectadas durante el rebasado. Va que el acrílico fluye a través de los bordes y tiende adherirse a la prótesis y esto dará mayor trabajo al pulido de ésta. Por ello se recubrirán las superficies con tela adhesiva excepto en la zona del rebase, oclusiva e incisal.

Preparación del material:

1. Se prepara el acrílico de acuerdo a la instrucción de fabricantes con la relación del tiempo que dispone el operador, será prudente recordar, que a estos materiales el calor los acelera y el frío los retarda en su polimerización; La temperatura ideal es de 18° a 20°C.

La mezcla debe ser el aspecto de un jarabe espeso, para

facilitar el escurrimiento con mínimo de presión. Se carga la prótesis procurando hacerlo con leve exceso, de manera tal que no falte material pero que el exceso sea el mínimo.

2. *Protección de las mucosas:* Debido a que los acrílicos no son sustancias toleradas por la mucosa, antes de insertar tendremos ciertas precauciones para evitar molestias al paciente.

Esta intolerancia frente a los acrílicos en el momento de rebasado es a causa del monómero y al calor producido por el plástico durante la polimerización.

Para proteger las mucosas se cubrirán las preparaciones con barniz cavitario, aplicando después vaselina suficiente a tejidos blandos adyacentes; Este procedimiento proporciona una barrera para penetración del monómero libre y retiro simplificado de la corona.

También hablaremos de la parafina líquida que ayuda en la protección de las mucosas así como la glicerina o aceite de almendras amargas tópicas, que serían la variante primera en la protección.

Y la segunda es el uso de un papel celofán húmedo, papel estaño o goma de dique sobre el material de rebase que evitara todo contacto con las mucosas.

1. Técnica de rebasado empleando (glicerina, parafina líquida y almendras).

Cualquiera de estas tres, aplicándolas tópicamente en el diente o tejidos es un buen aislante.

1. Se pincelea con monómero el interior de las prótesis.

2. Ya hecha la mezcla pastosa, se va distribuyendo uniformemente en la prótesis con una espátula.

3. Luego se sumerge en agua helada durante 1/2 minuto.

4. Se pincelea las mucosas con glicerina y se lleva a la boca. En la inserción pedimos al paciente que cierre suavemente sin ejercer presión, para centrar la prótesis manteniendo esta posición hasta que el acrílico pierda su fluidez aproximadamente dos minutos.

5. Retiramos la prótesis y la metemos en agua fría, pidiendo al paciente que se enjuague con agua fría para quitar la irritación y la sensación de ardor debido a la polimerización del plástico.

6. Se pincelan por segunda vez, las mucosas con glicerina y se lleva la prótesis a su sitio hasta plastificarse totalmente de 3 a 5 minutos.

Estando en oclusión céntrica le haremos efectuar varios movimientos musculares que serán controlados por el Cirujano Dentista.

Para evitar bordes sobre-extendidos por movimientos -
exagerados.

Va endurecido el plástico se deja reposar durante 20 -
minutos en agua fría. Posteriormente se retiran los excesos, la -
tira adhesiva y se pule.

También se puede poner en agua a la temperatura de -
50°C durante 4 o 5 minutos, es más rápido y de mejor polimeriza -
ción; puede utilizarse el termostato.

II Técnica de rebasado empleando (papel celofán hume -
do, papel estaño o goma de dique).

1. Se realiza la mezcla de acrílico autopolimerizable,
cuando la resina pierde su brillo.

2. Se va distribuyendo el material sobre las zonas de
la prótesis o rebasar.

3. Colocamos sobre la prótesis a rebasar, papel de es -
taño o celofán.

4. Se adapta el plástico hasta distribuirse uniforme -
mente sobre toda la superficie de la misma sujeta al rebase.

5. Efectuamos el traslado a la boca de modo que entre -
la mucosa y el acrílico quedará interpuesta la hoja de estaño o -
celofán.

Va endurecido se pondrán en agua caliente a 50°C duran -
te 4 o 5 minutos. También se puede poner en agua con la tempera -
tura de lo más frío durante 20 minutos.

Esta técnica es mejor que la anterior, porque no produce irritación y se puede dejar de primera intención más tiempo.

Solo se notará molestias por el calor que produce la polimerización.

El retiro de las coronas, cuando son prefabricadas, sin demora y balanceo pueden presentar retenciones. Nos ayudaremos del mango del diente para su retiro.

En casos de endodoncia se pondrá un poste metálico o de acrílico dentro del canal de resina autopolimerizable.

b) Contorneado:

Este dará la forma y contorno que deben restituir la forma anatómica y la función de cada diente. Es necesario considerar la disminución gradual del área coronaria en sentido ocluso-gingival para dar lugar a las vías de escape de proximal, vestibular y lingual.

Esto evitará el empaquetamiento horizontal de los alimentos, estimulando la autoclisis y la mecánica del paciente.

Las superficies reconstruidas van reproduciendo la forma original de una dentadura normal, con una buena relación oclusal armónica dará salud periodontal.

Ahora continuaremos describiendo como se hace el recorrido, que se puede hacer con muy variados instrumentos así como el contorneado.

Primero se marcan los cavos superficiales vistos en la resina acrílica con un lápiz afilado. Esta línea marcada será la impresión del margen de la preparación que ayuda en la identificación del proceso contorneado.

Con una piedra gruesa de diamante No. 852 ayuda para aproximar los márgenes. El exceso de resina acrílica se elimina, con una piedra troncoconica.

En ocasiones la corona tiene que ser recortada varios milímetros para obtener el contorno deseado. Va visto completo, asentado y adaptado marginal se marcara el lado incisal necesario con el lápiz; evaluando la oclusión antes de retirar la corona.

Se ajustará la superficie lingual e incisal, hasta que el paciente tenga intercuspidación y posiciones excéntricas sin molestias de la nueva corona temporaria.

Corrija cualquier alteración morfológica de la corona, que puede además caracterizar su apariencia y aumentar su valor estético.

El recortado.- Este se puede hacer con la pieza de alta velocidad, ya que es muy fácil en los acrílicos pero su inconveniente es que se atasca. En otros casos se hará con disco de papel de lija, procurando no tocar la terminación gingival. Es importante desgastar los espacios interproximales, pues si se dejan lesionar la papila interdientaria, aquí se deberán dejar espacios adecuados para que se sitúe libremente la papila.

En ocasiones las superficies interproximales no requerirán rebordeo, porque se contornea la corona, de modo que cuando sea asentada en los márgenes de preparación, exista contacto interproximal y sea debidamente colocada dentro de la dimensión labio-lingual.

En los pñticos el contacto del acrílico sobre procesos debe ser el mínimo, siendo este de 1 mm entre la barra y el tejido blando están serán diseñados para que formen el nicho gingival adecuado para el paso de alimentos.

Con papel de articular se chequean las relaciones oclusales, los contactos prematuros si es necesario, colocando el puente provisional pidiendo al paciente que cierre en oclusión céntrica, las superficies proximales se recortan y conforman para que haya contacto exacto con el diente adyacente.

Posteriormente se utilizará un disco de 7 mm, en la parte incisal para individualizar el bloque dentro del diámetro mesiodistal deseado. Así como un disco de papel de lija para eliminar la aspereza.

El final del contorneado se realiza dando forma a los contornos axiales, con disco de diamante invertido en un mandril y se termina alisando y contorneando las caras axiales, con piedra de diamante en forma de llama. Se comienza la anatomía oclusal y con fresa de fisura No. 56. El último retoque se hace con disco de papel grano fino para el contorneado y alisado de la prótesis.

Para las coronas metálicas prefabricadas se usan pinzas de contornear, se dobla la faz interna para adaptarse, mejor al margen terminado en bisel. El asentamiento cervical, se comprobará con un explorador, que no existan rebordes cervicales que impidan la adaptación de la misma.

Efectos de un mal contorneado en los provisionales:

Estos se descubren al retirarse la restauración temporal, se observará una encla retraldea y sin punteado.

Después de tres semanas la corona mal contorneada, originará que la encla crezca en un hombro y sobre él se inflame y la retraiga lejos del margen.

El error de construir exceso de volumen en el contor -

neo dará, un aspecto estacionario, mal sano, atrofiado y poco liso en la encla. Un diente con poco volumen, permite que los alimentos y el mal cepillado retraigan los tejidos.

Las consecuencias secundarias de un mal contorneado, -- traen la deformación y desajuste marginal, debido a las fuerzas de la masticación.

C) Pulido y abrillantado:

El objetivo de pulir es dejar una superficie lisa y brillante. El provisional se limpiará con agua y jabón perfectamente.

Luego se quitarán las asperezas y rugosidades con discos de papel, piedras de flama y hules abrasivos utilizando el motor de baja velocidad.

Posteriormente se mezcla el polvo de piedra pómez con agua y se coloca una rueda de gamuza en el motor. La rueda de gamuza gira en alta velocidad en dirección del operador.

La pasta se aplica al campo de trabajo, y no a la rueda, se pondrá y retirará la rueda de gamuza sobre el área de trabajo las veces que sean necesarias, hasta que aparezca pulida y fina. Después de esto se lava con agua y se le aplica el abrillantado.

La mezcla se puede formar también, de una taza de goma con glicerina y pómez.

Abrillantado. - Aquí la rueda de gamuza es cambiada por otra de franela o fieltro, la cual se va impregnar de blanco de España o tiza con alcohol, aplicándolo contra la rueda que está girando.

El trabajo se aplica con todas sus superficies contra la rueda que está girando con lo que se obtiene un lustre y terminado más uniforme.

Hay que tener la precaución de darle ligera presión - cuidando que no se genere demasiado calor.

El pulido final se va logrando con la lisura y el brillo obtenido, dando dos características importantes para la buena funcionalidad de la prótesis que son:

- 1.- El paciente estará más cómodo
- 2.- Será la prótesis más resistente a la pigmentación y a la corrosión. Dando un punto final, el paciente dará la aceptación al provisional.

Finalmente se talla la restauración con jabón y agua, - usando un cepillo de mano.

La corona está lista para cementarse. Pero antes se verificará que la corona temporal, observe su ajuste gingival y - esto se hace con cera blanda, antes del cemento, para descubrir su adaptación cervical.

CAPITULO VII LA CEMENTACION

Definición: Es el proceso de sostener un aparato por medio de una mezcla blanda, que al endurecer, une a las estructuras u otro aparato dental ya sea provisional o definitivo a los dientes de soporte.

Requerimientos del cemento ideal:

- a) Escasa solubilidad*
- b) Consistencia de volumen*
- c) Suficiente resistencia a la compresión*
- d) Que evite la contaminación*
- e) Cualidades adhesivas*
- f) Máxima densidad*
- g) Porosidad mínima*
- h) Baja conductividad*
- i) Facilidad de manipulación*
- j) Poca generación de calor*
- k) No tóxico*
- l) Rápido fraguado*
- m) Utilizados en condiciones climáticas extremas*
- n) Fácil remoción*
- o) Deben formar películas delgadas sin perder sus propiedades*
- p) No debe ser irritante a la pulpa, siendo sedante*

para ésta

- q) Debe proteger a la pulpa contra los cambios de clima
- r) Debe estimular a la formación de la dentina secundaria
- s) Que no deteriore al acrílico.

Ventajas obtenidas de una cementación adecuada son:

1. Asegura el asentamiento y adaptación adecuada.
2. Acomoda al trabajo de la restauración.
3. Respuesta tisular al trabajo de restauración.
4. Descubrimiento de posibles imperfecciones.
5. Comprobación de haber logrado los requisitos funcionales y estéticos.
6. Si fuera necesario efectuar correcciones se puede hacer con facilidad.

Se usan varios cementos temporarios entre los cuales encontramos:

- I) Óxido de zinc y eugenol con resina pulverizada
- II) Polvo de oxifosfato de zinc y vaselina
- III) Productos comerciales de los cementos temporarios como son: Ackerman, Tempex y Tempack.
- IV) Cavit.- Es deshidratante no es aconsejable.
- V) Materiales de impresión, de óxido de zinc, como

como la pasta opotow que es muy eficaz.

Generalidades:

Oxido de Zinc y eugenol.

Estos materiales están compuestos básicamente de óxido de zinc y eugenol esencialmente. Sus presentaciones se encuentran como pasta-pasta, polvo líquido y en otras ocasiones como una sola pasta que endurece por la temperatura y humedad de la cavidad bucal.

Entre sus ventajas se encuentran: Que es extraordinariamente sedante de la pulpa, baja conductividad térmica, fácil remoción, resistencia a la penetración marginal capacidad selladora.

Efectos biológicos: Entre ellos esta el de ser sedante y anodino a la pulpa inflamada, pero tiene un efecto irritante en otro tejido conectivo. La formación de dentina de reparación en la pulpa es variable. Posee una compatibilidad biológica, que es la razón principal de usarlo cuando se encuentre la pulpa inflamada.

Entre las desventajas que encontramos están: La baja fortaleza, poca acción anticariogénica, resistencia baja en la abrasión, son muy solubles y se desintegran en los líquidos orales.

El mezclado se efectúa en una loseta limpia, uniforme y el trabajo operatorio tiene que estar seco, sin contamina -

ción alguna.

Se pondrá el polvo al líquido, pero como tarda el polvo para humedecer. Se requerirá una espátulación larga y vigorosa - hasta llegar a la consistencia correcta que será cuando llegue, - el cemento a colgar pero no gotee de la espátula.

Los usos primarios son: En restauraciones temporales, - base aislante térmica, recubrimiento pulpar, agente cementante - para restauraciones fabricadas.

Como uso secundario se utilizan en restauraciones de canal radicular.

Nota:

Los cementos de óxido de zinc son de los mejores para - la cementación de provisionales. Pero tienen el inconveniente, - cuando se trata de restauraciones de acrílico, el eugenol inhibe la polimerización y se reblandece.

En estos casos se emplean cementos temporarios para apósitos quirúrgicos como el producto comercial (Tempack).

Pero también podemos utilizar los cementos de óxido de zinc llamados reforzados o mejorados, en los que el eugenol ha - sido parcial o totalmente substituido por otros ingredientes - como el caso del:

Óxido de zinc y eugenol puros, agregándoles cristales -

de zinc, con lo que se obtiene una pasta que endurece fácilmente, solo que con una resistencia menor.

Otro es el óxido de zinc y eugenol con fibras de asbesto y lubricantes para su fácil remoción. En el caso de apósitos quirúrgicos tendrán conservadores y antibióticos.

Procedimiento de cementación

1. Preparación de la restauración provisional.- Una vez ajustada la restauración temporal en su adaptación gingival y chequeada la oclusión, se lavará la restauración para eliminar cualquier excedente de material y secarlo perfectamente.

2. Preparación del material de cementación.- Seleccionar el cemento apropiado, si es óxido de zinc y eugenol, el líquido y el polvo deberán ser colocados sobre una loseta enfriada, coloque la espátula y otros instrumentos en posiciones adecuadas, listos para su uso; prepare el bloque de mordida o elemento destinado a mantener presión durante el fraguado.

3. Preparación del diente pilar.- Limpie los restos aliménticios en forma clara y meticulosa con suero fisiológico, en casos donde hay mucha salivación o hemorragia, puede realizarse con solución de epinefrina, en la zona gingival se empleará aire tibio para su limpieza.

4. Mezclado de los cementos.- El cemento de óxido de

zinc y eugenol, el líquido y polvo pueden mezclarse de cualquier manera y a cualquier velocidad. No llene las restauraciones temporales, sino tapice las paredes interiores.

5.- Asentamiento y limpieza de las restauraciones provisionales.- Se asienta la restauración con alta presión, mejore el asentamiento de la obturación por medio de un palillo de nanajo, verifique y controle la oclusión.

Posteriormente se retiran todos los excesos de cemento una vez que hayan fraguado y no dejar excedente en la zona gingival; finalmente se pide al paciente que se enjuague rigurosamente.

6.- Dar instrucciones al paciente acerca de la limpieza bucal con respecto a la restauración colocada. Recomendar también al paciente que evite altas presiones por 24 horas.

Ello es muy importante con los cementos de óxido de zinc y eugenol, pues el grado de fraguado y la dureza aumentan muy lentamente y en forma paulatina.

CAPITULO VIII

INFLUENCIA EN PARODONTO Y OCLUSION

A. Parodonto:

La salud periodontal es de suma importancia para el funcionamiento de las restauraciones y la estimulación funcional - que nos proporcionan éstas, es esencial para la conservación del periodonto, por lo que las restauraciones dentales y la salud periodontal van unidas.

Se debe tomar en cuenta la adaptación de los márgenes, - las relaciones proximales, los contornos de las restauraciones y las superficies de éstas lo más tersas posible, que son factores muy importantes en la odontología restauradora para protección - de las enclas y tejidos periodontales de soporte, pero en el análisis final, restauramos cúspides y fosas, dientes enteros y grupos de dientes con la finalidad de restablecer la función.

Antes de comenzar los procedimientos restauradores, se debe verificar la salud periodontal y gingival ya que de lo contrario podríamos enfrentarnos a consecuencias tales como la pérdida posterior de la restauración.

Nunca debemos diseñar una prótesis antes del tratamiento periodontal, puesto que al haber enfermedad periodontal la posición de los dientes se modifica y posteriormente regresa a su posición original después del tratamiento periodontal.

A los pacientes con dentaduras mutiladas y enfermedad periodontal generalizada, se les confeccionará una prótesis temporal antes de eliminar las bolsas periodontales. Se tallan en los dientes márgenes provisionales que se desplazan una vez curada la encla, Esto proporciona mejores relaciones oclusales o ferulización durante el período de cicatrización.

Dos meses después del tratamiento periodontal cuando la encía cicatriza y se localiza el surco periodontal se modifican los tallados para reubicar al margen en relación adecuada respecto al surco gingival normal y se confecciona la restauración definitiva.

La preparación de la boca para la prótesis consiste en el tratamiento de las bolsas periodontales de dientes vecinos a espacios desdentados y el tratamiento de la mucosa desdentada adyacente.

La mucosa desdentada puede estar afectada por las siguientes razones:

1. Extensión de la inflamación de bolsas que provoca que la encla cambie de color, provocando edema y una superficie brillante.
2. Por factores mecánicos: como la presión lateral de la lengua, carrillos y la excursión de los alimentos que hacen el proceso de forma triangular.
3. Por la ausencia de la acción protectora del nicho, la mucosa desdentada se puede deformar al haber empaquetamiento-

de alimentos.

Una mucosa desdentada afectada no nos sirve como soporte de sillas, o el diseño apropiado de pñnticos.

Para resolver este problema se usan pñnticos cortos con una base en forma de V profunda pero no es recomendable, porque se pone en peligro la retención del puente pues la comida se incrusta entre la mucosa y los pñnticos creando inflamación.

Objetivos de la preparación de la zona para la prótesis:

1. Obtener el surco gingival sano y que los pñnticos estén diseñados de manera que sean el nicho gingival adecuado.

2.- Eliminar tejido mucoso extraño y dejar el espacio vertical adecuado para la prótesis.

3.- Obtener base mucosa firme donde instalar sillas o pñnticos.

Aspecto periodontal del tratamiento prótesico.

Nunca debe hacerse el tratamiento de la encla, el tallado del diente y la toma de impresión en una sola sesión, pues esto no deja que la encla cicatrice y es frecuente que después de la cicatrización queden expuestos el margen de la restauración y la superficie radicular adyacente.

Los márgenes de las coronas se deben localizar en la base del surco gingival.

Este es el nivel que se alcanza cuando se introduce una sonda roma: sin presión en el surco.

El margen de la restauración no debe terminar en la cresta de la encla marginal, pues el margen de la restauración aumentada es una zona ancha y rugosa.

La placa se adhiere allí originando gingivitis, aunque se ha comprobado que un margen de corona ubicado en la cresta de la encla provoca menor gingivitis que las restauraciones por encima o debajo de ella.

No se debe forzar la restauración más allá de la adherencia epitelial, pues la encla se separa del diente formando una bolsa.

A las coronas temporales se les debe dar el mismo cuidado que a las definitivas para obtener una respuesta gingival positiva, pues si dejamos sobreextensión, las fibras gingivales se desprenden y en un período breve no se produce un daño permanente, pero después de un mes se produce una recesión gingival definitiva.

La enfermedad periodontal causa una destrucción de tejido que reduce el nivel del hueso alveolar, aumenta el tamaño del nicho gingival y origina espacios interdentarios abiertos.

Las superficies proximales y los contornos vestibulares deberán restaurarse adecuadamente.

Un contorno proximal ancho produce nichos pequeños que-

comprimen papilas gingivales vestibulares y lingualmente esto - provoca retención de alimentos, que nos da como resultado inflamación gingival y bolsas. Mientras que un contorno proximal angosto produce nichos agrandados y la consecuente insuficiencia de protección a la impactación de alimentos.

La salud de los tejidos que rodean a la prótesis depende de principalmente de la higiene bucal del paciente, no importa de que material esté confeccionado el puente y el p^ontico debe estar diseñado de manera que permita al paciente limpiar la zona.

Con la prótesis provisional se valorará la dentadura - desde el punto de vista periodontal y determinar que dientes se incluirán en la prótesis definitiva antes de diseñarla.

Debemos tomar en cuenta que de el estado de salud periodontal dependerá en gran parte el éxito o fracaso de una prótesis.

B. Oclusión.

El fin principal que se persigue en rehabilitación oral es el de obtener una relación funcional entre ambas arcadas, mediante la obtención de una posición mandibular confortable, constante y fisiológico. Esta relación se conoce como una relación centrica; y es aquella donde el condilo se encuentra en su posición más posterior, superior y media de la cavidad glenoidea, - existe también otro término muy importante y es el de la oclu -

si6n c6ntrica y esto es conocido como la m6xima intercuspidaci6n de los dientes en relaci6n c6ntrica. Estas posiciones deben estar en perfecta armona, para asl obtener comodidad, salud oral, una masticaci6n eficiente y un largo periodo de uso. - Estos factores se van obtener dependiendo de los conocimientos y su experiencia adquirida.

TESIS DONADA, POR D. G. B. - UNAM

CAPITULO

CUIDADOS DE LA PROTESIS PROVISIONAL TANTO DEL CIRUJANO DENTISTA COMO DEL PACIENTE

Para que la prótesis provisional brinde buenos resultados se requiere de un cuidado extremo del paciente bajo la supervisión del Cirujano Dentista.

Se instruirá al paciente, para que se cepille las coronas temporales, mediante una técnica de cepillado, mostrada previamente por el Cirujano Dentista.

Para evitar la acumulación de placa bacteriana; ya que el acrílico es muy poroso y la atrae fácilmente.

Cuando el cepillado no se efectúa periódicamente y de manera adecuada, se podrá recurrir al masaje con los dedos para las encías estimulando la circulación sanguínea, o a través del rocío hidráulico.

Se deberá informar a los pacientes, de las incomodidades posteriores que tendrán las prótesis, ya sean coronas o puentes, las cuales deberán ser superadas poco a poco.

Otra indicación será evitar temperaturas extremas, después de la colocación de puentes para evitar el menor número de molestias posibles.

Cuando se encuentre que el provisional, tiene puntos de interferencia, deberá informarse al profesional para que los elimine; se recomendará al paciente las incomodidades de no poder masticar alimentos duros, evitándolos para guardar la armonía entre los tejidos blandos y el provisional.

Las lesiones provocadas por prótesis provisionales mal elaboradas, son muy variadas, por eso se tiene que tomar muy en cuenta el tiempo que se van a permanecer en la boca; para el éxito de la restauración final.

Se recomienda seguir los siguientes cuidados para el mejor funcionamiento de la prótesis provisional.

1.- Las citas del paciente, deberán ser adecuadas, para no tener el provisional más de dos o tres semanas sin cambiar el cemento. Ya que esto provoca irritación, isquemia e inflamación gingival.

2.- El interior del provisional, se lubricará con grasa siliconada, para evitar que el eugenol corroa el acrílico, logrando que sea retirado fácilmente en otra cita.

3.- Cuando sea necesario aumentar acrílico en las zonas oclusales, se deberá eliminar el brillo del provisional, hasta que sea una superficie áspera, ya que de lo contrario el aumento de acrílico no se unirá a lo pulido.

4.- Tratar de no mantener mucho tiempo el provisional - en la boca, ya que en casos de prótesis individuales, el diente puede cambiar su posición, entre el tiempo que se colocan y el de la restauración final.

En el caso de prótesis parcial se hará como férula completa, ya que ayuda a la remoción y recolocación.

5.- Los temporales no deben extenderse en el surco gingival, solo hasta la zona de la terminación de nuestra preparación, ya que las sobreextensiones traerían como consecuencias una recesión gingival.

6.- El cemento que se debe usar es el que produzca menor irritación. Preferiremos cementos quirúrgicos a base de óxido de zinc y eugenol ya que ayuda como sedante; se obturarán las cavidades accesorias en la preparación, así como la cicatrización del tejido del derredor lastimado, durante la preparación. - También se puede con este cemento.

En la corona provisional, en su parte externa se pondrá una capa de jalea de petróleo, que ayudará a la remoción del cemento excedente de la colocación del provisional.

Lo que pudiera quedar empaquetado sobre la encla se eliminará con un explorador.

7.- El provisional deberá poseer una retención, acepta-

ble, para que tenga un ajuste perfecto y evitar el desajuste del provisional entre cita y cita.

8.- Los acrílicos autopolimerizables para la elaboración de provisionales tiene un periodo corto de uso.

9.- Deberá tenerse especial cuidado de que la restauración provisional, no sea más aceptable en estética y funcionalidad, porque traería como consecuencia que el paciente no acepte la restauración permanente.

10.- Los materiales de metacrilato autopolimerizables, curan entre 5 y 8 minutos. Esto se selecciona porque tiene menos monómero libre, que dan mayor aceptación y menor irritación.

11.- La prótesis provisional debe tener un espacio adecuado, para proteger la papila interdientaria y que los dientes aparezcan separados dando un aspecto más natural.

Cuando la corona clínica es más corta y las superficies interproximales más unidas, causan hipertrofia o inflamación de la papila.

12.- Los colores más utilizados en la elaboración de provisionales son, 60, 61, 65 y 66. Que son los más adaptables satisfactoriamente en las bocas, en la mayoría de los casos proporcionando una mejor estética.

13.- Se le explicará al paciente la diferencia entre co

ronas provisionales de acrílico, y las coronas definitivas con metal.

14.- Las restauraciones provisionales tienen que tener un contorno adecuado, ser suaves y poseer un buen pulido para que el paciente no lo catalogue como un objeto extraño y cause malos hábitos.

15.- Cuando en la parte superior e inferior de la cavidad oral, se van a colocar provisionales es necesario llevar a céntrica primero y después se harán los provisionales superiores.

16.- Los provisionales de acrílico bien realizados taen gran satisfacción al paciente, por lo que debe hacerse con gran esmero por parte del Cirujano Dentista.

CONCLUSIONES

Es fundamental para poder asegurar el éxito del tratamiento provisional conocer a fondo las técnicas para la elaboración de los diferentes tipos de tratamiento indicado en cada caso clínico, y elegir el o los materiales adecuados a los mismos.

Como sabemos contamos, en la mayoría de los casos con un tiempo limitado entre las preparaciones de los dientes y la colocación de la o las restauraciones definitivas, debemos proporcionar protección adecuada a los dientes por restaurar y a los tejidos adyacentes, para asegurar el bienestar del paciente.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- BAUM, Lloyd
Rehabilitación bucal
México, Interamericana, 1977
- 2.- D.F. William y CUNNINGHAM, J.
Materiales en la odontología clínica
Buenos Aires, Ed. Mundi, 1982
- 3.- JOHNSTON, F. John y PHILLIPS, W. Ralph
*Práctica moderna de prótesis de coronas
y puentes.*
Buenos Aires, Ed Mundi, 1979
- 4.- KAZIZ, Harry y KAZIS, J. Albert
*Rehabilitación oral completa mediante
prótesis de puentes y coronas*
Buenos Aires, Editorial Bibliográfica
Argentina, 1957.
- 5.- MEYERS, E. George
Prótesis de coronas y puentes, 5a. ed.
España, Ed. Labor, 1979

6.- MILLER, Jay Charles

Clinicas Odontológicas de Norteamérica

Simposio de

I. Prótesis de coronas y puentes

II. Materiales dentales

Buenos Aires, Ed. Mundi, 1969

7.- TYLMAN, Stanley, D y WILLIAM, Malone, F.P

Teoría y práctica de la protodoncia

fija, 7a. ed.

Buenos Aires, Ed. Intermédica, 1981

8.- VILLEGAS, Malda Roberto

Materiales de impresión

México, Diogenes, 1976