



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

SEMINARIO DE TITULACION AREAS
BASICAS Y CLINICAS

PROTESIS REMOVIBLE
IMPRESIONES INTRARRADICULARES

[Handwritten signature]

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
CATALINA ROCANDIO VAZQUEZ



México, D. F.

Mayo, 1993

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

I N D I C E

	Página
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I LA ODONTOLOGIA RESTAURADORA EN DIENTES DESVITALIZADOS	
A. QUE ES UN RETENEDOR.....	7
B. CLASIFICACION DE RETENEDORES.....	
-INTRACORONARIOS.....	7
-EXTRACORONARIOS.....	8
-INTRARRADICULARES.....	9

CAPITULO II PREPARACION DE ORGANOS DENTARIOS
PARA PERNO-MUNÓN

A.	CONSIDERACIONES PREVIAS.....	13
B.	PREPARACION.....	15

CAPITULO III ELABORACION DE PERNO-MUNÓN METODO
DIRECTO

-	HERBERT T. SHILLINGBURG	20
-	S.F. ROSENTIEL.....	23
-	TYLMAN'S.....	26
-	GEORGE E. MYERS.....	28
-	ALLAN.....	29
A.	INDICACIONES.....	30
B.	CONTRAINDICACIONES.....	31
C.	VENTAJAS.....	32
D.	DESVENTAJAS.....	33

**CAPITULO IV ELABORACION DE PERNO-MUNON METODO
INDIRECTO**

A. IMPRESION CON HULES DE POLISULFURO.....	35
B. IMPRESION CON SILICONAS	38
C. OBTENCION DEL PATRON DE CERA.....	39
CONCLUSIONES.....	40
BIBLIOGRAFIA.....	42

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

La Prótesis como parte de la Odontología, tiene como función primordial, la de rehabilitar o sustituir a aquellos órganos de la cavidad oral que por algunas circunstancias han sido dañados, mutilados o inclusive se han perdido.

Con los diferentes tratamientos protésicos no sólo se logra devolverle al órgano dañado su aspecto original, sino que también podemos devolverle la función perdida, y en muchos casos se puede influir positivamente en el aspecto psicológico del paciente.

En la Prótesis Dental debemos considerar toda la serie de procedimientos utilizados para la rehabilitación de cualquier órgano dentario. Uno de estos procedimientos comprende el de realizar un perno-muñón colado, ya que se trata de un tipo de procedimiento que impide hasta el último momento la pérdida del diente, con la ventaja de poder ser incorporado como posible pilar cuando se realiza una prótesis.

Un sinnúmero de procedimientos se han utilizado, algunos con más éxito que otros. Sin embargo, consideramos que la

mejor técnica es aquella en la cual se obtienen óptimos resultados.

En el presente trabajo se valoran y resumen las técnicas más utilizadas para realizar una construcción de perno muñón colado.

No se pretende influir en la decisión de elaborar o desarrollar alguna técnica especial, sin embargo, aunque todas ellas son importantes, algunas tienen más demanda que otras.

Así mismo, se tomaron en consideración y se resumieron investigaciones de autores que han utilizado diversos métodos para la rehabilitación de un diente desvitalizado.

C A P I T U L O I

LA ODONTOLOGIA RESTAURADORA EN DIENTES DES - VITALIZADOS

A. QUE ES UN RETENEDOR

B. CLASIFICACION DE RETENEDORES

- INTRACORONARIOS

- EXTRACORONARIOS

- INTRARRADICULARES

Históricamente los dientes con tratamiento de conductos fueron restaurados con procedimientos empíricos.

Con las continuas investigaciones y progresos en el campo de la Ciencia Odontológica, se han ido modificando y diversificando todo tipo de tratamientos que involucran a los órganos dentarios desvitalizados. Esto planteó la disyuntiva de que si es el Endodoncista o acaso el Protesista quienes deberían de restaurar dichos dientes.

La respuesta es no! Por el contrario, éste requiere de una serie de acciones multidisciplinarias que permitan asegurar el éxito absoluto desde que se interviene al diente endodónticamente hasta que se está cementando la corona unida al perno o al endoposte.

De esta manera y aunado a los diversos programas de control de caries y conservación de órganos dentales altamente destruidas, se logró incrementar significativamente el número de pacientes tratados con restauraciones en órganos dentarios desvitalizados en los últimos años.

Se utilizaron coronas con pernos cuando era imposible restaurar el diente con obturaciones sin la remoción de la pulpa.

Una raíz para ser restaurada con perno muñón debe estar biológicamente sana, poseer resistencia para soportar las fuerzas de masticación, realizar una evaluación periodontal para un adecuado soporte del diente.

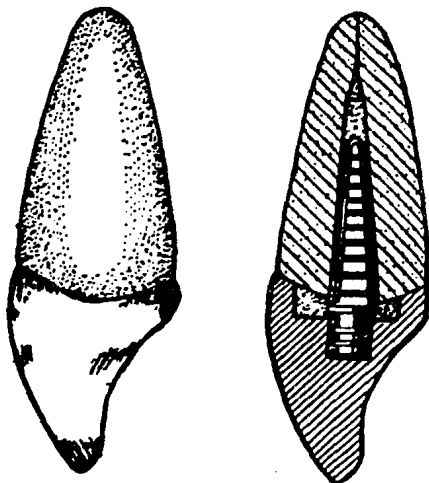
En un principio, la corona con perno fué diseñada sólo para los dientes anteriores; en la actualidad se ha tenido el mismo éxito en dientes posteriores.

Las coronas con perno dependen de su retención y resistencia al desplazamiento dentro del conducto radicular.

Un diente tratado endodónticamente es parecido a un diente cronológicamente viejo, hay reducción del contenido de humedad, disminución elástica de la estructura dental, dando como consecuencia probables fracturas readiculares, cuspidas y de coronas clínicas.

Para la integración de los dientes, en la cavidad oral se debe hacer un examen clínico radiológico, ya que el aumento de tejido blando y la inflamación complicarían el tratamiento. Así también, el paciente debe mantener buena higiene para tener una buena salud periodontal.

DISEÑO PRIMITIVO DE PERNO MUÑÓN,
QUE NO SE UTILIZA



A. QUE ES UN RETENEDOR

Es la restauración que va cementada a los pilares con venientemente preparados.

Los retenedores pueden ser rígidos como una soldadura, o no rígidos como un atache de precisión o un rompefuerzas.

B. CLASIFICACION DE RETENEDORES

En la Prótesis fija se dividen en tres básicamente :

- INTRACORONARIOS
- EXTRACORONARIOS
- INTRARRADICULARES

INTRACORONARIOS

Estos abarcan tejidos profundos de la estructura dentaria y son básicamente preparaciones para incrustaciones como la MOD, MO, OD y la Onlay usada para restaurar dientes que

han sido muy dañados; estas restauraciones no se deben usar como retenedores de una prótesis por la falta de retención y resistencia.

EXTRACORONARIOS

Son retenedores que involucran parte de la corona del diente pero no tan profundamente, y se extienden alrededor de las superficies axiales del diente.

Se dividen en:

- . Parciales
- . Totales

.Parciales

Tres cuartos en dientes anteriores; siete octavos dientes posteriores y cuatro quintos dientes posteriores inferiores.

.Totales

Corona completa en metal, corona Veneer en metal acrílico ó metal porcelana corona Jacket Crown.

INTRARRADICULARES

Son retenedores utilizados en dientes desvitalizados que han sido tratados por medios endodónticos, y que su retención se obtiene por medio de un espigo que se aloja en el interior del conducto radicular. Estos son los siguientes:

- RICHMOND
- CORONA COLADA CON MUÑÓN Y ESPIGO
- CORONA DAVIS

CORONA RICHMOND

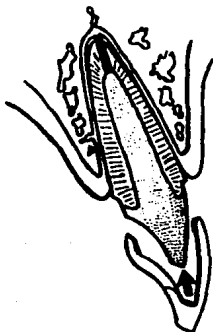
Es una corona intrarradicular, que ha sido utilizada de diversas formas en muchos años; incluye la unidad de poste y corona clínica.

En la actualidad la corona Richmond está en desuso, ya que presenta algunos inconvenientes. En dientes anteriores inferiores, es muchas veces una buena elección, dado que el espesor de la corona clínica es sumamente angosta.

Presenta como inconveniente que, para retirarla es necesario retirar el perno muñón, ya que están elaborados en una sola unidad.

CORONA COLADA CON MUÑON Y ESPIGO

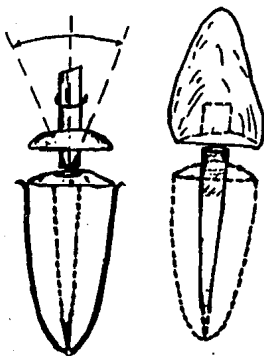
Ha sido utilizada últimamente. Es más fácil de realizar y más flexible para su mantenimiento y tiene más adaptación a los cambios bucales. Con el tiempo es necesario cambiar la corona por los cambios gingivales, retirando la corona sin tocar el espigo.



CORONA DAVIS

Utiliza un casquete radicular para conformar el muñón y coincidir con los dientes de porcelana y pivotes fabricados. Esta restauración en pocas ocasiones se utiliza debido a:

- riesgos de fractura
- tiene una mala retención
- su ajuste marginal es deficiente



C A P I T U L O I I

PREPARACION DE PIEZAS DENTARIAS PARA PERNO MUÑON

- CONSIDERACIONES PREVIAS

LONGITUD Y DIAMETRO DE LA RAIZ

ESTUDIO RADIOLOGICO

MATERIALES PARA OBTURACION RA-
DICULAR

METODOS PARA DESOBTURACION RA-
DICULAR

- PREPARACION

CORONA

CONDUCTO

CONSIDERACIONES PREVIAS

LONGITUD Y DIAMETRO DE LA RAIZ

La longitud mínima permitida de la raíz es de 1:1 con relación a la corona, y con el grosor del calibre de una lima endodóntica # 70 como mínimo. En dientes con raíz más larga que la corona clínica permitirán un perno muñón de 2/3 a 3/4 de la longitud radicular, con un grosor de una lima endodóntica del 80 ó 90. Si el diente está comprometido periodontalmente la longitud debe estar por debajo de la cresta del hueso alveolar.

ESTUDIO RADIOLOGICO

En éste se deben de considerarlos siguientes aspectos:

- estado periodontal de los tejidos de sostén, así como la salud periapical.

- forma de la raíz, posición, longitud y curva radicular.
- calidad del tratamiento endodóntico.

MATERIALES PARA OBTURACION RADICULAR

gutapercha

cloropercha

METODOS PARA DESOBTURACION RADICULAR

Existen diversos métodos para eliminar el material de obturación del conducto radicular, como: ensanchadores Pessó ó fresas Gates Gliden de diferentes calibres las cuales tienen punta inactiva (redonda no cortante) para seguir el trayecto del conducto sin la menor resistencia.

Otro de los métodos es calentando a la llama un condensador de Luks e insertándolo por un momento en la obturación, adhiriéndose ésta al instrumento repitiendo hasta alcanzar la profundidad necesaria.

P R E P A R A C I O N

CORONA

Se prepara el diente remanente como si no estuviera lesionado. La superficie vestibular del diente se reduce adecuadamente para obtener una buena estética, eliminando toda la estructura dental sin soporte y conservando la mayor cantidad posible de corona; parte de ésta se prepara perpendicular al poste. Los tejidos sanos servirán para prevenir al dislocamiento y la rotación producidos por las fuerzas laterales que actúan sobre la porción coronaria del diente.

En una vista proximal de la superficie supragingival se dá la forma de techo a dos aguas; en dientes cortos ó con apicectomía se prepara en forma de casquete parcial realizando la remoción de 1/3 incisal. En ocasiones es necesario remover más de ese tercio a causa de grandes restauraciones presentes.

Redondear los bordes y ángulos filosos para reducir el riesgo de fractura.

CONDUCTO

Se inicia con la selección de un escariador Pesso apropiado. En una radiografía reciente y utilizando un tope de goma en el escariador, se puede establecer la longitud del poste. Los dientes adyacentes se usan como referencia para la desobturación del conducto.

Cuando se lleva el escariador al diente se extiende en el conducto haciendo presión firme a baja velocidad, evitando orificios redondos para establecer una mejor forma de resistencia. Se continúa ensanchando el conducto progresivamente hasta el número máximo que el diente acepte. En los dientes anteriores superiores y premolares inferiores se puede llegar hasta los números 5 ó 6. los premolares superiores, incisivos inferiores y molares se puede llegar hasta el número 4.

Una vez concluido el ensanchamiento del conducto, se realizan unas guías laterales cónicas con una fresa de fisura troncocónica, haciéndolas donde la pared de la raíz sea más gruesa; estas fisuras deben ser de 1 mm de profundidad y extendiéndose de 3 a 4 mm hacia apical. Lo anterior es con el fin de prevenir la rotación del perno.

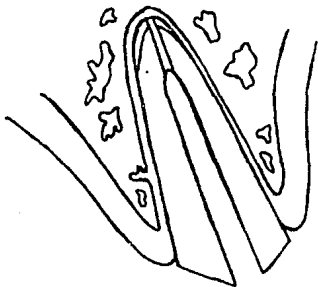
En toda la periferia supragingival se talla un contrabisel para preveer posibles fracturas, ya que al ser cementado el perno muñón se ejercen fuerzas laterales, mismas que son contrarrestadas por el contrabisel.

Para evitar la perforación del conducto, se utilizan los siguientes métodos:

- . Radiografías de diagnóstico
- . Establecimiento de la longitud con la lima inicial
- . Verificar el registro de la medida con una radiografía
- . Proceder a ensanchar con diámetros crecientes hasta la longitud establecida, con ayuda de topes de goma

En dientes mulirradiculares, por lo general los conductos no son paralelos sino curvos ó cortos. Se debe seleccionar el conducto más grande y más largo para el espigo primario, y un segundo conducto en un corto trayecto.

En los molares superiores se prepara el conducto palatino, en los molares inferiores el conducto distal, el otro conducto se hace paralelo al conducto principal, con mínima preparación para el espigo secundario. El conducto secundario por lo general tiene una longitud no mayor de 3 a 4 mm.



C A P I T U L O I I I

ELABORACION DE PERNO MUÑON METODO DIRECTO

según :

HERBERT T. SHILLINGBURG

S.F. ROSENTIEL

TYLMAN'S

GEORGE E. MYERS

ALLAN

- A. INDICACIONES
- B. CONTRAINDICACIONES
- C. VENTAJAS
- D. DESVENTAJAS

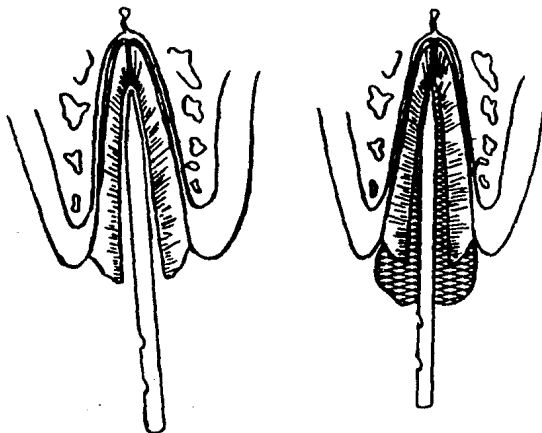
Se usan dos métodos para la elaboración de pernos colados. El patrón confeccionado en resina ó cera; la construcción de resina puede ser el método más fácil para las áreas bucales. Se pueden usar diferentes materiales para su elaboración aparte de la cera y la resina, éstos pueden ser: una fresa vieja, alambre, palillo de dientes de plástico ó una clavija de plástico. LA RESINA O CERA se adhiere a cualquiera de estos materiales y se les emplea para reproducir la forma y dimensión de la superficie interna del diente. El patrón se confecciona y se conforma directamente en la boca del paciente, una vez finalizado se le coloca el bebedero, se reviste y se cuela.

HERBERT T. SHILLINGBURG

Describe la técnica para la confección de un patrón intraradicular con resina acrílica.

Se afila y se corta un palillo de plástico para dientes, de modo que entre con facilidad en el conducto radicular, se acorta de manera que quede fuera del conducto de 3 a 4 mm, se hacen dos muescas en la superficie anterior para facilitar la ubicación del patrón; en el godete de vidrio se prepara resina acrílica autopolimerizable en consistencia fluida.

Se lubrica el canal con separador para resina. En un ensanchador Pessó se coloca un rollo de algodón mojado del separador, llevándolo al conducto. Rellenar el canal con resina líquida hasta sobreobturarlo con un instrumento para modelar. Se moja el palillo de plástico con monómero, se introduce al fondo del conducto; verificar que el contrabisel periférico quede bien cubierto de resina.



La resina empieza a polimerizar, retirando el patrón y volviendo a introducir para prevenir que queden atrapadas burbujas. Cuando la resina ha terminado de polimerizar, se retira todo el patrón, se comprueba si la resina llegó al fondo del conducto, si hay burbujas se coloca más resina, se vuelve a colocar el patrón en el conducto, se mueve el patrón hacia arriba y abajo para evitar atrapar burbujas y evitar un excesivo ajuste.

La resina acrílica ya que ha polimerizado por completo se coloca en el conducto que ha sido lubricado una vez más. Se hace una mezcla de acrílico, se coloca alrededor del patrón restante para darle forma al muñón, éste se desgasta con piedras discos y el acabado se hace en boca.

Es muy importante hacer el desgaste en el acrílico, después es difícil hacerlo.

Se pule y se acaba sin rugosidades el patrón de acrílico.

S.F. ROSENTIEL

Básicamente describe postes individuales para dientes unirradiculares y multirradiculares con resina acrílica Duralay.

PROCEDIMIENTO DIRECTO

- 1) Se lubrica el canal, se introduce una espiga de plástico que ajuste laxamente, extendiéndose en la profundidad del canal.
- 2) Se añade resina acrílica en la espiga de plástico por el método de pincel-gota, se introduce en el canal preparado.
- 3) Retirar y asentar el patrón varias veces para no permitir que la resina polimerice en el canal; ésto se hace mientras se encuentra en un estado gomoso.
- 4) Una vez que la resina ha terminado de polimerizar se retira el patrón.
- 5) Se identifican los socabados, se recortan las áreas.
- 6) Corregir los huecos añadiendo resina ó cera blanda, volviendo a asentar el patrón.

El patrón está completo cuando se pueda insertar y eliminar fácilmente; posteriormente se añade resina adicional al núcleo.

Utilizando metal colado se puede utilizar la técnica directa para dientes monorradiculares y dientes multirradiculares.

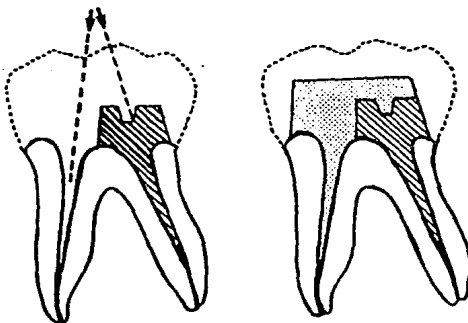
PROCEDIMIENTO DIRECTO PARA DIENTES MONORRADICULARES

- a) se emplea un metal prefabricado ó un poste de resina acrílica.
- b) se agrega resina por la técnica de goteo aplicándolo en el endoposte.
- c) se sobreconstruye el muñón y se deja polimerizar, se conforma el muñón con fresas de carburo, se corrigen los defectos con cera, se retira el patrón y se revigte.

PATRON DIRECTO PARA DIENTES MULTIRRADICULARES

Se emplea un muñón único con postes auxiliares. El muñón se cuela directamente sobre el poste de un canal. Este procedimiento es fácil siempre que se utilicen postes cónicos ó postes cilíndricos lisos.

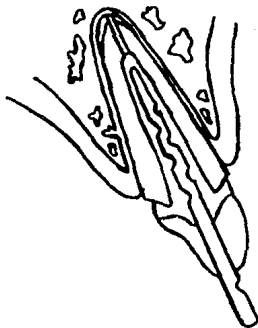
Se introducen los postes prefabricados en los canales preparados, se crean irregularidades en uno de los postes, los otros se dejan lisos y lubricados, se construye el muñón con resina por la técnica de goteo, se conforma el muñón dándole la forma deseada, se sujetan los postes lubricados lisos con unas pinzas, se reviste y cuela el muñón con el poste único irregular.



TYLMAN'S

La técnica que describe es la siguiente:

Se lubrica el conducto; si se utiliza un dowel plástico liso, se debe hacer áspero ó con muescas para retener el acrílico, al dowel se le aplica una resina como el Duralay en estado de hebra, se inserta el dowel en el canal, después el dowel es retirado e insertado ésto se repite varias veces, para evitar que se atrapen burbujas, se agrega resina con un pincel para construir la corona, después de que la resina ha polimerizado se retira el patrón del conducto, si hay vacíos - en el acrílico se coloca cera blanda en ellos y se reinserta el patrón, ésto se repite hasta que este tenga un aspecto satisfactorio, posteriormente se desgasta la porción de la corona hasta que tenga el aspecto deseado de la preparación.



DIENTES MULTIRRADICULARES

Por lo general los conductos no son paralelos. El espigo primario es colocado en el conducto más grande y más largo, los otros conductos serán secundarios.

En el conducto primario se coloca el dowel plástico y en el conducto secundario se coloca el dowel de acero inoxidable, previamente lubricado del grosor que se utilizó la última lima, el dowel plástico es muescado o corrugado y se cubre con resina; cuando ésta ha perdido su brillo se inserta el dowel en el conducto primario, se agrega resina para construir la corona, el dowel de acero se encuentra dentro del patrón se desgasta la porción de la corona, después de que la resina ha polimerizado, el dowel de acero es retirado del diente y el patrón usando unas pinzas, el dowel de acero es calentado hasta tomar un color rojo cereza para que se oxide; después de que enfríe se reinserta dentro del patrón, esto mantiene el orificio para el espigo durante el colado; la oxidación del dowel de acero evita que forme parte del colado. Después del colado es removido el dowel de acero con unas pinzas. Cuando se prueba el espigo se usa un nuevo dowel de acero inoxidable del mismo tamaño que el primero.

Un dowel para un diente unirradicular ó un conducto primario de un diente multirradicular debe tener el tamaño de por lo menos de una lima endodóntica del # 90; si es de un calibre menor dá como resultado un espigo débil.

Para los conductos divergentes, también se pueden hacer es
pigos entrelazables; ésto permite incorporar más longitud
para el conducto secundario, aunque esta técnica es más com
plicada y se ocupa más tiempo.

Es importante efectuar primero el patrón de la raíz más di-
vergente y después establecer el eje de inserción de las -
otras preparaciones en forma paralela a la ranura de inser-
ción.

GEORGE E. MYERS

Método directo cera.

Se afila el extremo de un pedazo de alambre. Este debe ser
tres veces mayor que la longitud de la corona clínica del
diente; la superficie del alambre se hace rugosa con un dis
co de carburo, una fresa diamantada o de carburo; se calien
ta el alambre a la llama y se cubre con cera pegajosa. Pos
teriormente es colocada cera de incrustaciones en la parte
superior de la cera pegajosa; cuando la cera se encuentra -
blanda, colocar el alambre en el conducto del diente, el ex
ceso de cera que quede alrededor del conducto es condensada
hacia la superficie radicular. Se deja endurecer la cera
en posición del conducto, se retira el patrón de cera, se
observa que sea satisfactorio, se vuelve a colocar en posi

ción el patrón sin que sufra modificaciones, se agrega más cera en la superficie de la corona dándose forma hasta obtener la preparación deseada. No es fácil darle forma conveniente, ya que en muchos casos la presencia del alambre no permite realizar el desgaste del muñón. El acabado se realiza cuando el patrón está vaciado.

El patrón de cera es revestido y se cuela, se desgasta dándole la forma deseada y se pule. Es probado el patrón colado en la boca y se realizan los ajustes antes de cementarlo.

A L L A N

Se selecciona un conformador de bebedero troncocónico. Se calza de tal manera que quede flojo a lo largo de todo el canal preparado. El bebedero desempeña dos funciones: Una como conformador y otra como soporte para el canal radicular.

Humedecer el conducto, ablandar una porción de una barra de cera azul para incrustaciones. Calentar un extremo del conformador en la llama sosteniéndolo con los dedos; esto nos permite determinar y controlar la temperatura del conformador para no causar daños en la boca del paciente.

Insertar el conformador calentado dentro de la cera lentamente a lo largo del conducto hasta llegar al final de la preparación.

Esperar a que se enfríe, se modela la cera del muñón, remover el conformador con la cera adherida. Examinar la superficie del canal, si hay irregularidades agregar pequeños incrementos de cera, reinsertar el patrón de cera.

Asegurarse de que la cera se adhiera firmemente al conformador, se remueve el patrón de cera de la boca.

A. INDICACIONES

- Dientes decolorados y propensos a la fractura después de un tratamiento de conductos.
- Dientes vitales con retención insuficiente para una corona.
- Cambios mayores de 1 mm en el plano axial. Dientes en mal posición e inconveniente para ortodoncia por edad ó por deficiente cooperación del paciente.
- Pérdida de la corona en un diente tratado endodónticamente.

- Dientes tratados endodónticamente que serán utilizados como pilar de una prótesis.
- Cuando hay varios dientes tratados y se necesita de un anclaje de una prótesis soportada en un diente como sería una sobredentadura.
- Cuando la mayoría de los dientes son de una raíz.
- La técnica indirecta está indicada para dientes multirradiculares.
- Cualquier diente con tratamiento endodóntico requiere de una estabilización coronarradicular. Cualquiera que sea su posición en la arcada dentaria.
- Los premolares que hayan perdido más del 50% de su estructura requieren perno muñón colado.
- Los molares que hayan perdido más del 60% de su volumen.

B. CONTRAINDICACIONES

- Patologías periapicales persistentes.

- Oclusiones radicales cortas o excesivos espacios muertos.
- Higiene oral deficiente por falta de cooperación del paciente.
- Soporte dentario posterior insuficiente.
- Corona translúcida muy delgada.
- Diente natural con estética que presenta pequeñas de coloraciones o pérdida de tejido dentario.

C. VENTAJAS

- La impresión del conducto es precisa y fácil de construir.
- El perno muñón está integrado y colado con el mismo material.
- En la técnica indirecta se puede asociar con otras preparaciones utilizando una impresión.

- Se requiere menos tiempo de trabajo, ya que no se necesita una segunda cita para la preparación de la corona.
- Las formas de resistencia y retención son mejores, ya que la impresión es casi una copia perfecta de la porción interna del conducto.

D. DESVENTAJAS

- Si no se detalló la impresión de la parte del muñón y aún estando en el colado, se requiere de una segunda cita para la preparación de la corona, ya que si se conforma al cementar el perno muñón hay pequeños movimientos.
- En dientes multirradiculares es más laborioso y se requiere de más tiempo la técnica directa.
- En el método indirecto, los laboratorios hacen los -pernos cortos.
- Evitar perforaciones laterales.

C A P I T U L O I V

IMPRESION DE PERNO MUÑON METODO INDIRECTO

- A. IMPRESION CON HULES DE POLISULFURO
- B. IMPRESION CON SILICONAS
- C. OBTENCION DEL PATRON DE CERA

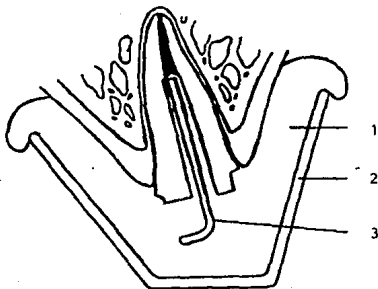
Los materiales más usados para la realización de impresión indirecta son los siguientes elastómeros, tales como: base de caucho, poliéter y vinil polisiloxano.

IMPRESION CON HULES DE POLISULFURO PESADO

Se ailsa el cuadrante y se lubrica el conducto con una torunda de algodón con vaselina sólida o líquida, ésto ayuda a reducir el desgarramiento del material de impresión.

Se cortan piezas de alambre ortodóntico de forma y longitud a la letra J, se rectifica el ajuste del alambre en el o los conductos radiculares, se reviste el segmento con adhesivo y se unta con el material de impresión, se inyecta el material en el conducto y se deja fluír, se inserta el alambre con acción de bombeo, inyectándose más material alrededor del diente preparado. Se coloca la cucharilla para impresiones en la boca al paciente y se le sostiene durante 15 minutos, se retira la impresión, obteniéndose el positivo con yeso.

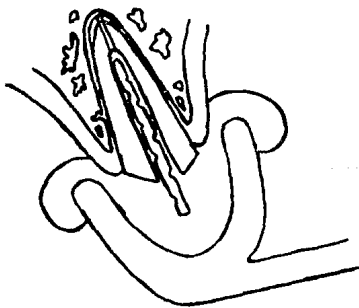
Con el empleo de un poste plástico se usa cera para incrustaciones blanda para obtener una adaptación precisa. Se añade por incrementos empezando por la parte apical hasta terminar de incrementarla en todo el conducto, después se conforma el núcleo de la porción del muñón.



- 1 material de impresión
- 2 porta impresión prefabricado
- 3 refuerzo metálico

Se puede obtener otra impresión con hule de polisulfuro li
gero y pesado.

Seleccionar un perno troncocónico que se ajuste holgado en el conducto preparado; se hace áspero el perno y se agrega adhesivo, inyectándose polisulfuro de consistencia ligera en el conducto, e insertándose el perno dentro del conducto se deja hasta que el hule vulcanice. Sin retirar la impresión primaria se toma una total con polisulfuro de consistencia pesada en una cucharilla especial. Se obtiene el mo
delo y se conforma el perno muñón de cera.



IMPRESION INTRARRADICULAR CON SILICONAS

Se utiliza siliconas de consistencia masillosa; se toma una impresión primaria de los dientes a restaurar y la impresión de los antagonistas; ya que vulcanizó el material, se retira de la boca. Preparamos una cantidad de silicona fluida que es llevada al conducto por medio de un léntulo, también se lleva a impresión primaria. Se lleva a la boca haciendo - morder al paciente en una posición correcta; se retira de la boca, se lava y se seca.

En los conductos de poco espesor se puede colocar alambre me tálico, una vez que han sido llenados los conductos radicula res para que no sufran deformaciones o cambios las siliconas.

También se pueden tomar impresiones individuales de las pre paraciones y el antagonista; la técnica es la misma.

Posteriormente obtenemos un positivo del negativo y así obte nemos nuestro modelo de trabajo y el antagonista. Se aplica lubricante para troqueles, se usa una espiga de plástico que permita la entrada y salida en el conducto que sea más larga del total del conducto.

OBTENCION DEL PATRON DE CERA

Verter en la entrada del conducto cera fundida, haciéndolo correr por una zonda caliente a lo largo del conducto. Esto se repite hasta su llenado completo. Antes de que la cera pierda su plasticidad se condensa con un obturador hasta que endurezca la cera, después se coloca un perno metálico para poder retirarlo. Si es necesario realizar agregados, se realiza con cera de menor punto de fusión, se conforma la posición del muñón, se reviste y se cuela.

Otra manera de obtener el patrón de cera es calentar un extremo de una barra de cera, provocando su plasticidad para poderla modelar con los dedos y darle una forma cónica que nos permita introducirla en el conducto.

Se puede agregar cera de menor punto de fusión, la colocamos tratando de impresionar el conducto haciendo compresión por medio de la parte rígida de la barra y manteniéndola así hasta que enfríe la cera. Se conforma el muñón.

C O N C L U S I O N E S

Mediante la elaboración de este trabajo, he querido establecer la importancia de la Prótesis fija como una rama importante de la Odontología.

La forma racional de restaurar un órgano dentario desvitalizado, es el empleo de retenedores intrarradiculares, es por eso que fué necesario clasificar la toma de impresión intrarradicular: a)directa b)indirecta

De la correcta selección de impresión depende el éxito de la restauración.

Se efectuó la recopilación y análisis de diversos libros para la elaboración de las dos técnicas de impresión para la reconstrucción de perno muñón colado.

Mencionamos las técnicas de preparación y desobturación del conducto radicular en una forma generalizada.

Según el diseño de los retenedores intrarradiculares podemos encontrar ventajas y desventajas, aspecto que debemos tomar en cuenta para asegurar mejores resultados.

El tratamiento protésico puede ser muy importante para el paciente, ya que mediante éste, el paciente recuperará su salud, funcionalidad y estética, así como aspectos psicológicos que influyen en el desarrollo del individuo como ente social.

B I B L I O G R A F I A

ALLAN / FOREMAN
PROSTODONCIA DE CORONAS Y PUENTES
Editorial Médica Panamericana
Argentina 1987
Traductor Dr. Patricio Barrancos M.

BRAWUM LLOYD
REHABILITACION BUCAL
Ed. Interamericana
México 1977 la. edic. pp 308
Traducida por Dra. Carmen Barona

JONHNSTON JOHN F., R. PHILLIPS & R. DYKEMA
PRACTICA MODERNA DE PROT. DE CORONAS Y PUENTES
Ed. Mundi
Argentina la. edic. pg. 692
Traducción Dra. María Urlaub

MYERS GEORGE E.
PROTESIS DE CORONAS Y PUENTES
Ed. Labor 6a. edic. 1981
Barcelona pg. 318

ROSENTIEL, M.F. LAND, J. FUJIMOTO
PROTESIS FIJA - PROC. CLINICOS Y DE LAB.
Salvat Editores
Barcelona 1991
Traductor Dr. Javier González Lagunas

SACCHI HECTOR
CORONAS Y PUENTES DE PORCELANA
Ed. Mundi
Argentina 1973 pg. 213

SHILLINGBURG HERBERT T., SUMIYA HOBO & D.FISHER
ATLAS DE TALLADOS PARA CORONAS
Ed. Die Quintessenz
Barcelona 1976
Traductor Rodolfo Krenn

THAYER KEITHE
PROTESIS FIJA
Ed. Mundi
Argentina 1a. edición 1987 pg. 336
Traducción Dr. Andrés Guillermo Pastori

TYLMAN STANLEY/ WILLIAM F.P.MALONE
TEORIA Y PRACTICA DE LA PROSTODONCIA FIJA
Ed. Inter Médica
Buenos Aires Arg. 1981 pg. 790
Trad. Dr. Horacio Martínez

TYLMAN'S / MALONE, KOTH
TEORIA Y PRACTICA EN PROSTODONCIA FIJA
Ed. Actualidades Médico Odontolog. Lat.Americana
Caracas Venezuela 1991 pg. 454
Traductores Dra. May Mclean y Lic. Julio M.