

432
20j



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TRATAMIENTO ENDODONTICO Y COLOCACION
DE ENDOPOSTES.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N
NOHEMI ROSALES GUTIERREZ
JOSE LUIS ESPIRITU MORALES

México, D. F.

1986



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.

C O N T E N I D O

| | PAGS. |
|--|-------|
| I N T R O D U C C I O N | |
| I.- DIAGNOSTICO | 1 |
| 1.1 Definición | 1 |
| 1.2 Palpación | 7 |
| 1.3 Percusión | 8 |
| 1.4 Estudio Radiográfico | 8 |
| 1.5 Modelos de Estudio | 9 |
| II.- INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES | 13 |
| III.- ENDODONCIA | 15 |
| III.1 Obturación de cono único | 19 |
| III.2 Condensación Lateral | 19 |
| III.3 Obturación de cono invertido | 20 |
| IV.- INSTRUMENTAL Y PREPARACION PARA POSTE MUJON | 24 |
| V.- TECNICA DE IMPRESION | 25 |
| VI.- PROVISIONAL | 30 |
| VII.- MODELO DE TRABAJO. | 33 |

| | PAGS. |
|---|-------|
| VIII.- TRABAJO DE ELABORACION | 35 |
| IX.- CEMENTACION DEFINITIVA DEL POSTE-MURON | 38 |
| X.- PREPARACION | 40 |
| CONCLUSIONES | 49 |
| BIBLIOGRAFIA | 50 |

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

Es bien sabido que la endodoncia es la rama de la Odontología que se va a encargar de la etiología, diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades de la pulpa así como sus complicaciones.

Para terminar el tratamiento de la endodoncia o tratamiento de conductos se tiene que elaborar inicialmente, la historia clínica completa donde el paciente nos refiera todos sus datos sobre su estado de salud y finalmente un estudio radiográfico de las piezas a tratar, una vez llegado al diagnóstico de aquí partimos a realizar llevando a cabo los procesos que determinan dicho tratamiento, tomando en cuenta que estos procesos son muy importantes y fundamentales para el Cirujano Dentista General.

En verdad no estamos aportando nada nuevo a la Odontología, solo hemos extraído de algunos libros las técnicas más adecuadas y sencillas para el tratamiento de Endodoncia y la colocación de Endopostes.

C A P I T U L O I

DIAGNOSTICO

I.1 DEFINICION:

Diagnóstico es el conocimiento de los signos y síntomas que se presentan en una enfermedad, el conjunto de estas normas forma una unidad informativa que es útil al médico para la formación del diagnóstico, el tratamiento, medicación y rehabilitación del caso.

Es importante que a partir del primer encuentro el médico realiza una valoración general del paciente, esto incluye las condiciones generales sobre el estado mental y emocional del mismo, así como el temperamento y actitud.

Para realizar el tratamiento de cualquier enfermedad y que este sea el más adecuado tanto para atender la molestia originada por la misma, como para la tranquilidad y seguridad del paciente, es importante establecer un buen diagnóstico para lo cual se tomará la historia clínica.

El proceso de la elaboración de la historia clínica mejora las relaciones entre odontólogo y paciente, puesto que demuestra la preocupación del primero por el segundo en su totalidad, y no solamente por su dentición.

Para empezar ha realizar la historia clínica es imprescindible que obtengamos del paciente la siguiente información:

1.- DATOS GENERALES

- a) Nombre
- b) Edad
- c) Sexo
- d) Ocupación
- e) Estado Civil
- f) Nacionalidad
- g) Dirección
- h) Teléfono

2.- ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES.

- a) Diabetes
- b) Sifilis
- c) Obesidad
- d) Antecedentes
- e) Otros

3.- DATOS PERSONALES NO PATOLOGICOS

- a) Dieta
- b) Horas de Sueño
- c) Tipo de Trabajo
- d) Mestrución
- e) Hemorragfas
- f) Embarazo
- g) Lactancia
- h) Otros

4.- DATOS PERSONALES PATOLOGICOS

- a) Enfermedades de la Niñez
- b) Amigdalitis
- c) otros
- d) Operaciones Practicadas
- e) Fracturas
- f) Accidentes
- g) Alegrias
- h) Sencibilidades a los Medicamentos

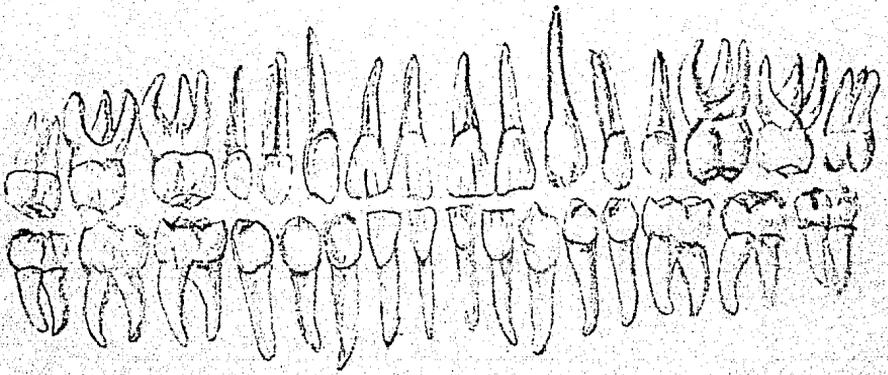
5.- ESTUDIO DE APARATOS Y SISTEMAS

- a) Digestivo
- b) Aparato Cardiovascular
- c) Aparato Respiratorio
- d) Genitourinario
- e) Sistema Endocrino
- f) Sistema Ernotopoyetico
- g) Sistema Nervioso Central
- h) Estado Bicológico

6.- TEJIDOS BLANDOS

- a) Labios
- b) Lengua
- c) Mucosa Bucal
- d) Piso de la Boca
- e) Paladar
- f) Glandulas Salivales
- g) Velo del Paladar
- h) Ganglios
- i) Tejido Gingival
- j) Amigdalitis
- k) Oclusión

7.- TEJIDOS DUROS



ANALISIS DE LAS ESTRUCTURAS DENTARIAS

8.- ESTUDIO DE LABORATORIO

- a) Biometría Hemática
- b) Química Sanguínea
- c) C. Total de Glucosa
- d) Examen Radiográfica
(Periapical y Oclusal)
- e) Otros

En la exploración de los tejidos duros y --
blandos, el odontólogo debe auxiliarse de los. -

sentidos tales como vista, oído y tacto.

En esta inspección de los tejidos el paciente puede revelar cambios de color, forma, tamaño,-- textura de los elementos bucales; es importante-- observar las reacciones del paciente a diversas-- pruebas de diagnóstico.

1.2 PALPACION

El uso del sentido del tacto es de gran ayuda para el cirujano pues por medio de esta prueba se pueden localizar ciertas anomalías.

En condiciones normales los tejidos bucales-- tienen cierta textura, pero cuando empieza la enfermedad esta textura cambia siendo menos o más-- firme, más grande más pequeña y posiblemente-- sensible al tacto.

1.3 PERCUCION

Los sonidos poco comunes, son beneficios en el proceso de diagnóstico, el golpeo de las piezas dentarias con el mango de un espejo producen un sonido agudo en las piezas dentarias normales, y sordo en algunas enfermedades dentales, en ocasiones al realizar esta prueba el paciente tiene dolor, lo cual nos puede referir un absceso o algun trastorno de la pulpa.

1.4 ESTUDIO RADIOGRAFICOS:

Las radiografias de las piezas dentarias del hueso son el instrumento de diagnóstico más valioso con que cuenta el odontólogo y al presentarse la ayuda necesaria para penetrar en los tejidos y localizar los conductos pulpares además de observar y analizar forma y tejido que rodea al diente.

El valor de una radiografía depende de la ca-

lidad de la propia imagen y de la capacidad del cirujano para interpretarla

1.5 MODELOS DE ESTUDIO

Los modelos de estudio son reproductores, en yeso de la dentadura y tejidos circundantes del paciente.

Para obtener un mayor análisis del tratamiento adecuado a seguir es conveniente obtener una reproducción completa de los maxilares tanto superior como inferiores; Estos modelos proporcionan la información sobre posición, tamaño y forma de las piezas dentarias y los tejidos blandos además de la oportunidad para estudiar la oclusión o relaciones de mordida del paciente.

Para lograr unos buenos modelos de estudio, es

necesario usar porta impresiones totales perforados teniendo como limite a impresionar en el maxilar superior en dirección apical más allá de la línea gingival por distal hasta los últimos molares o la tuberosidad del maxilar; vestibularmente estará separada por no menos de tres milímetros además de tener una altura suficiente en la porción palatina para la adaptación y soporte del material de impresión.

Lo primero ha realizar antes de tomar una impresión es probar y adaptar el portaimpresiones en la cavidad oral después se le pide al paciente se enjuage y se toma la impresión con alginato, tomando en cuenta las instrucciones del fabricante al igual que el mezclado y espesado.

Se coloca el alginato en el porta-impresiones teniendo precaución en que no queden bolsas de aire o espacios sin alginato, la superficie de éste debe ser tersa.

Se lleva a la boca del paciente en posición erecta, conviene colocar un esector de saliva para la comodidad del paciente.

Con lo que respecta a la arcada inferior se realiza llevando el porta-impresiones desde la parte distal abarcando los molares posteriores o la región retromolar sin comprimir los frenillos ni de- formar el pliegue mucovestibular.

Se mantiene en posición el porta-impresiones hasta que el alginato ha gelificado esto ocurre después de 4 a 8 min., se retira la impresión tirando firmemente del mango de la cucharilla.

El vaciado de las impresiones se realiza vi-
brando estas y colocando pequeñas porciones de yeso-
piedra, empezando de otra y a ambos lados de las ar-
cadas hasta que estas esten cuviertas por completo;-
se coloca un exeso para formar el zocado y se deja -
fragar por un mínimo de dos horas.

Los modelos se recortan simetricamente de -
tal forma que la porción posterior no interfiera al-
ocluirlos.

Las ventajas de tener los modelos son la de
fijar los ejes longitud de los dientes a tratar, el -
ancho de los espacios meciales y distoles, el despla-
zamiento dentario, la cantidad de tejidos que hay --
que eliminar para obtener una buena preparación y de
terminar el patrón de incerción para nuestro trabajo.

C A P I T U L O I I

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES:

Para mantener un diente en su alveolo y que este siga dando su función se han ideado varias formas, una de ellas son las restauraciones intra pulpares que están indicadas cuando:

- 1.- Por causa de agreción a la pulpa se realiza un tratamiento de conductos.
- 2.- En casos de que el desgaste coronario sea tan grande que solo nos permita realizar un trabajo como este.
- 3.- Por abración o traumatismo.

Se encuentra contraindicada en los casos siguientes:

- 1.- Por enfermedad parodontal avanzada
- 2.- Por bruxismo abanzado o incontrolable.

3.- Movilidad de 3er. grado y menos de un --
tercio apical de la raíz

4.- Cuando el diente vaya a exfoliarse

5.- Absceso o bolsas parodontales reincidentes.

Los factores más influyentes para el fracaso de un tratamiento endodóntico son:

1.- El trauma oclusal.

2.- La movilidad de la pieza dental.

3.- La bolsa parodontal.

4.- Lesión ósea

ENDODONCIA:

Es la parte de la odontología que se encarga de la etiología, Diagnóstico, Prevención y Tratamiento de las enfermedades de la pulpa así como sus complicaciones.

Esta parte de la odontología se ocupa que las enfermedades de la pulpa no afecten a los demás tejidos adyacentes a ellas.

Así tenemos que estos tratamientos van desde un recubrimiento pulpar hasta la extirpación de la misma, y la restauración de la función estética y natural del diente.

La endodoncia en la restauración del diente tiene como objeto, el refuerzo de la estructura dentaria remanente así como la reposición de los tejidos dentarios faltantes para obtener la resistencia adecuada y paredes retentivas para la restau-

ración final que debe rodear al diente protegiendo y restaurando su función.

Para la colocación de un poste-muñon en el conducto radicular primero hay que obturar éste -- con gutapercha que es el material más adecuado para poder desopturar hasta la altura necesaria para que el poste-muñon quede como refuerzo del diente.

Para obturar un conducto, debemos tener los siguientes:

- 1.- El conducto debe de estar libre de todo tejido y exudado.
- 2.- El conducto debe de estar copiosamente irrigado, empezando aproximadamente desde el ápice hasta la porción coronaria, para lograr su esterilización.

3.- El conducto debe estar lo suficientemente ensanchado.

4.- El conducto debe de estar seco.

El deterioro de los dientes anteriores puede ser probocado por diferentes factores, ya sea por-traumatismos, caries, desgaste dentario, ocasionando por bruccismo, o al lograr un acceso para realizar un tratamiento de conductos.

Un tratamiento de conductos se realizará --- cuando por la caries muy avanzada involucre la pulpa dentaria, o bien en dientes traumatizados en la cual por medio de esta podemos restablecer la función de dicha pieza.

Para reabilitar un diente desvitalizado es - necesario que realizamos un tratamiento a base de-

muñon espiga que se localizará dentro de los conductos pulpaes. Para realizar este tratamiento es necesario seguir varios pasos que nos llevarán a obtener una preparación adecuada y lograr colocar nuestro muñon espiga.

Lo primero que realizaremos será un excelente diagnóstico que consiste en realizar un examen de las estructuras dentarias y las estructuras de soporte, debemos tener en cuenta que tanto el tejido dentario como el de soporte deberán estar bien implantados sobre todo está última, pues al no existir tejido óseo sano y al tener movilidad dentaria hará fracasar todo nuestro trabajo.

Por tal motivo es importante que al realizar nuestro diagnóstico pongamos nuestros sentidos y nuestra voluntad en lograrlo.

5.- El diente debe estar cómodo.

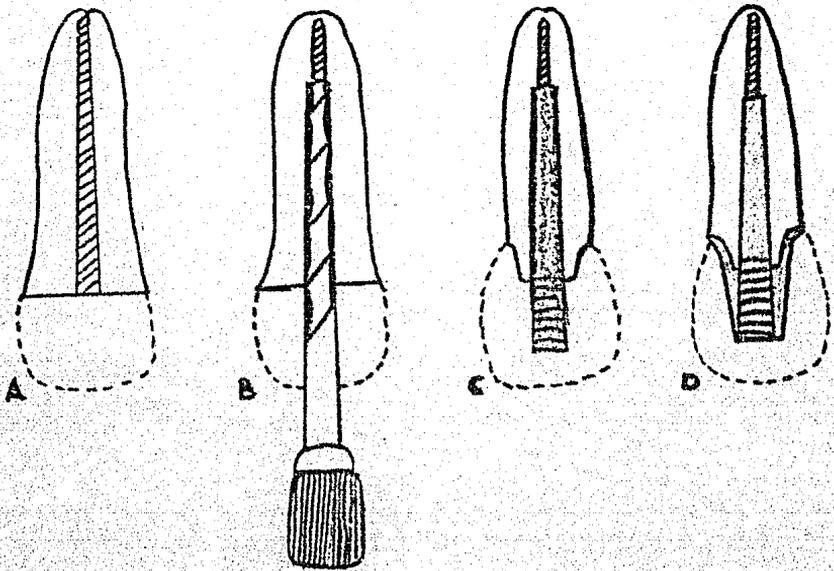
Las técnicas que se utilizan para la obturación con gutapercha son tres:

I. OBTURACION DE CONO UNICO

Se realiza colocando una sola punta de gutapercha para obturar todo el conducto. Existe una modificación de esta técnica, que consiste en ensanchar el conducto a la medida de la gutapercha previamente escogida por nosotros.

II. CONDENSACION LATERAL.

En esta técnica se utilizan varios conos de gutapercha condensándolo con un instrumento, esto se realiza teniendo un cono principal al conducto y después colocar puntas accesorias hasta dejar sellado en su totalidad el conducto



A.- Extirpación de la cámara pulpar.

B.- Instrumentación Mecánica (ensanchar el conducto).

C.- Obturación del conducto (técnica de Cono Unico).

D.- Reconstrucción del muñon.

III. OBTURACION DE CONO INVERTIDO.

Esta técnica se realiza en conductos demasiado anchos y en dientes jóvenes donde el forámen apical no está totalmente formada.

Se coloca el cono de gutapercha con el extremo más grueso en dirección del ápice condensándose en forma usual, utilizando puntas accesorias en el resto del conducto.

Todas las técnicas anteriores se realizan colocando previamente la gutapercha en el cemento de nuestra predilección.

La endodoncia es realizada como un procedimiento quirúrgico que requiere de una estricta cadena aséptica, de la cual el dique de hule, es el primer eslabón.

La esterilización del conducto radicular queda establecida desde el comienzo mismo del tratamiento y continua a lo largo de cada visita hasta la obturación del conducto radicular, entre visitas el diente debe quedar debidamente sellado -- para evitar infiltraciones.

El dique de goma ayuda también a proteger la cavidad de los medicamentos en general y -- de las sustancias tóxicas en particular, asimismo impide la deglución accidental de algún instrumento. Ningún diente, sea cual sea su posición o valor estratégico, merece correr semejante riesgo.

Existen muchos tipos de grapas, que van a ayudar a detener el dique de goma en el diente.

En muchas ocasiones el diente que se va ha traba--

jar no se presta para la colocación de la grapa, es por este motivo que para facilitar su colocación, - se realicen varios agujeros que formen un cuarto de arcada y después colocar la grapa en su diente más accesible

Así no sólo el enfermo valorará la comodidad sino que el dentista contará con mayor visibilidad y mayor espacio para trabajar.

En la obturación de conductos, se han encontrado diversos tipos de materiales con resultados muy decepcionantes, el único que tienen características necesarias para la obturación de conductos es la gutapercha, ya que cumple con los siguientes requerimientos.

1.- Radioplaca

2.- Resistente a los cambios dimensionales

- 3.- No irritante para el tejido periápical.
- 4.- No apta para el desarrollo microbiano.
- 5.- Su colocación es fácil al igual que su retiro.
- 6.- Capas de tomar la forma del conducto.
- 7.- Incapaz de absorber humedad.
- 8.- No ser térmico.
- 9.- Insoluble a los líquidos tisulares.

C A P I T U L O I V

INSTRUMENTAL Y PREPARACION PARA POSTE-MUÑON:

En la preparación del conducto poste-muñon debemos tener muy en cuenta el material que vamos a utilizar, lo primero que debemos tener es una fresa de diamante de forma de flama, final de punta o --- bien de cono extralargo, tener siempre a la mano -- una radiografía del diente a trabajar, una regla milimétrica, un instrumento que nos sirva para medir la profundidad del conducto puede ser una lima, un parodontómetro, etc., además del instrumental básico, como es el espejo, explorador cucharilla, pinzas.

Para lograr una preparación adecuada es necesario dejar opturado un tercio de la raíz total del diente.

Al hacer la preparación del conducto, el poste no debe quedar menos largo que la corona clínica o de preferencia dos tercios de la longitud -

C A P I T U L O V

TECNICA DE IMPRESION:

Después de haber realizado la preparación del conducto procedemos a la impresión del mismo, - por medio de una jeringa que contenga las siguientes características:

Deberá ser una jeringa de alta presión -- que consta de cuerpo, embolo, punta y pluger. La -- parte importante de la jeringa para poder hacer la -- presión lo constituye principalmente la punta de -- plástico, en cuya presentación se observa un orificio sumamente pequeño, que con la ayuda del pluger -- y el embolo tenemos que hacer una presión bastante -- fuerte para que el material en este caso el silicón de cuerpo pesado pueda tener la suficiente fluidez -- a través del orificio pequeño de la punta de plás-- có y de esta manera a base de la impresión podemos -- empacar el material a todo lo largo del conducto.

Realizada esta operación llevaremos una -

cucharilla individual con el resto del material -- (silicón de cuerpo pesado) sobre las piezas que -- nos interesan.

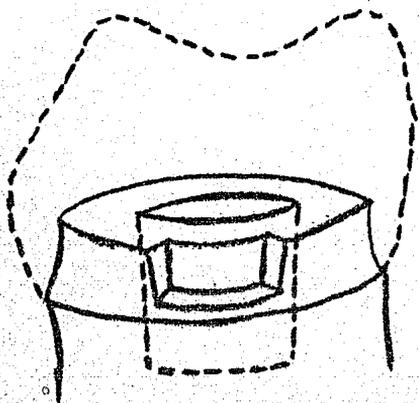
Después de haber tomado la impresión con silicón de cuerpo pesado se procede a la rectifi-- cación con el silicón de cuerpo ligero que es un -- poco más fluido en la misma forma que cargamos la -- jeringa para la primera impresión se hace para es-- ta segunda, aquí debemos extremar nuestras precau-- ciones para que la primera impresión tenga la mis-- ma posición que la segunda.

Es recomendable colocar un lubricante pa-- ra que de esta manera resbale o podamos retirar fá-- cilmente nuestra impresión.

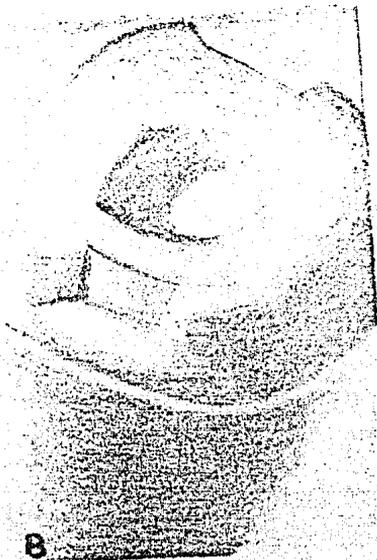
Existen diferentes métodos para este pa-- so, hay que mencionar que la salivación funciona -- magníficamente como lubricante, haciendo que la --

saliva, penetre previamente a nuestra impresión, - con esto corremos el riesgo que la impresión quede con burbujas o que el material de impresión no penetre hasta el final del conducto pese a la presión que ejerzamos al introducir el material de impresión.

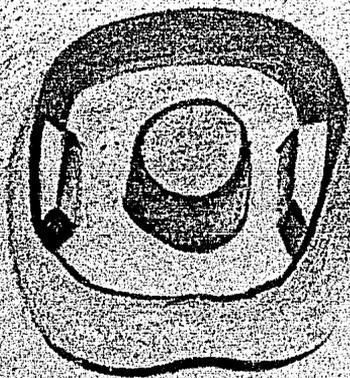
Entre los principales requisitos que deben tener las jeringas de impresión tenemos: la jeringa debe estar diseñada de manera que el material pueda ser aspirada, es mejor que el embolo de la jeringa sea transparente para poder vigilar la cantidad de su contenido y material que va penetrando, los extremos de la boquilla son de distintos tamaños para poder disponer de los pequeños y realizar inyecciones más profundas según sea el caso, por último la jeringa debe ser fácil de desarmar y armar para limpiarla.



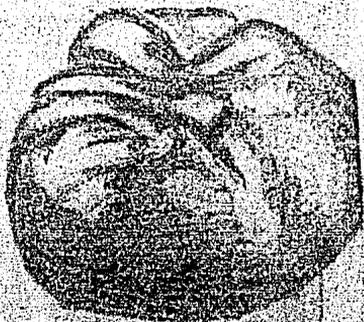
A



B



C



D

La preparación de la boca para la hora de la toma de impresión.

Preparar la boca antes de tomar la impresión elástica, hay que seguir varios pasos; estos incluyen:

- 1.- La limpieza de boca y de las preparaciones
- 2.- El aislamiento del área de la impresión.
- 3.- Eliminación de todo rasgo de saliva y de humedad.
- 4.- La colocación de apósitos para retraer los tejidos en casos necesarios.

El paciente debe enjuagarse perfectamente bien la boca, después el Odontólogo podrá quitar cualquier residuo de saliva secando las zonas de las glándulas mucosas con una gasa de algodón.

También hay que limpiar cuidadosamente las preparaciones de los dientes, para que queden libres de residuos y de partículas de cemento.

Se coloca un eyector de saliva y se aplican los rollos de algodón para aislar el área de la impresión. A continuación se secan los dientes y la mucosa con torundas de algodón, las partes interproximales - de los dientes se secan con la jeringa triple, por último se secan las preparaciones con torundas y aire - para mayor comodidad.

La boca queda así lista para colocar los --
apósitos de control de los tejidos.

C A P I T U L O VI

PROVISIONAL:

Cuando quedan las paredes dentarias retentivas adecuadamente, el método para restauraciones provisionales de los dientes tratados endodónticamente difiere de los dientes vitales sólo en que la protección de la dentina expuesta no es esencial.

El recubrimiento provisional puede quedar intencionalmente lejos de la encía marginal; esto permite que estos tejidos sanen lo más favorablemente posible.

En los casos en los que la preparación se extienden a las zonas de la bifurcación o que el borde gingival de la preparación ha sido alterado por amputación radicular, el contorno de la restauración provisional debe llenar los requisitos del diseño fisiológico, este diseño debe brindar una acción opcional de limpieza y estímulo de la encía.

Las restauraciones confeccionadas con resina permiten mayor flexibilidad para dar forma al recubrimiento temporal de tal manera que se asemeje lo más posible al contorno de la restauración final.

En caso de que la mayor parte de la corona se encuentre en buen estado, el poste sirve de refuerzo y la restauración final sirve como un anillo de protección.

Cuando encontramos que se perdió un tercio de la dentina coronaria, se restaura por medio de un poste muñon y la restauración final servirá como una virola.

Cuando en la dentina coronaria se perdieron dos tercios esta se reemplaza por medio de un poste-muñon que brinda retención y refuerzo, dos milímetros de la dentina hacia gingival permiten que la restauración final funcione como anillo de protección.

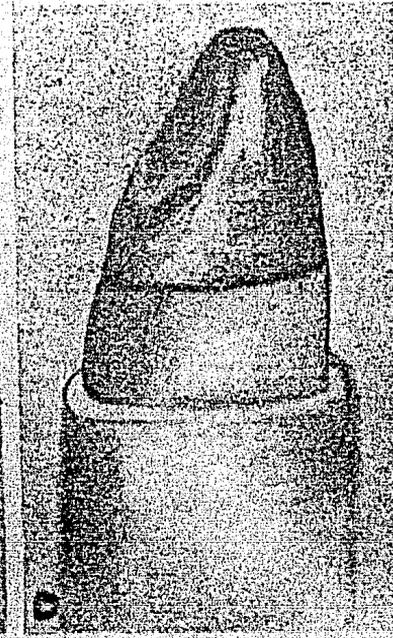
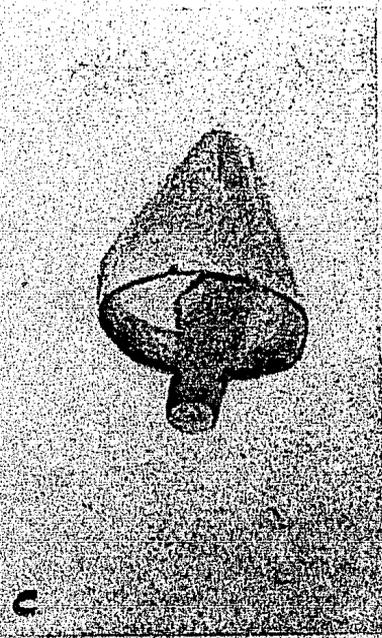
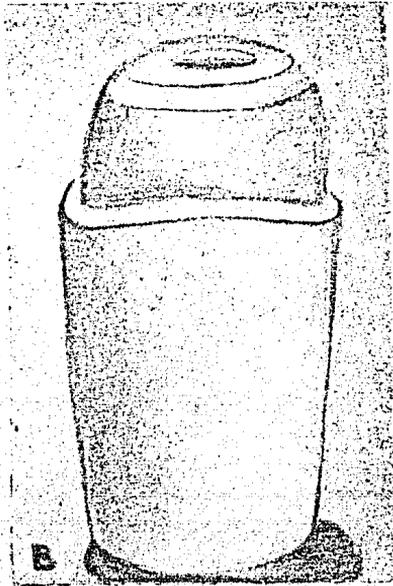
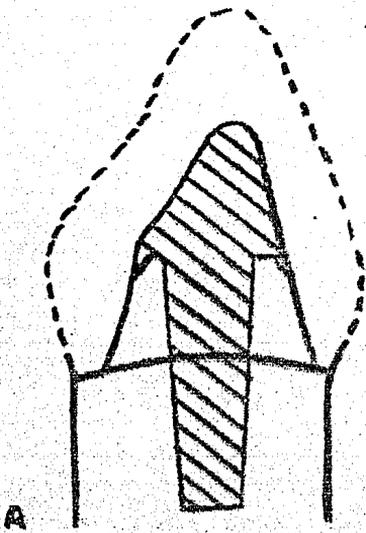
En los casos en los que se perdió la dentina coronaria está indicada la función completa, que consiste en el poste que va dentro del conducto radicular, el muñon brinda el soporte necesario para la colocación de la corona artificial y entre ambos forma el cuello para que no pueda haber fractura en el resto radicular.

MODELO DE TRABAJO:

La impresión se realiza con un movimiento rápido, se lava y se examina, si esta libre de imperfecciones se realiza el vaciado en yeso velmiz, ya que los yesos piedra, el primero es más duro y conserva la forma de la impresión.

El vaciado de la impresión se hará con esmero, ya que la presencia de una superficie crespada, nódulos u otras imperfecciones puede requerir otras citas con el paciente y otra impresión, en lo que se refiere a las proporciones de agua-yeso, ---pués las variaciones en ésta modifican la estructura superficial, la resistencia y la extensión del --fragüado, el espatulado mecánico que se realiza mejor al vacío es efectivo para asegurar superficies lisas y compactas.

El yeso se coloca en pequeñas proporciones en la impresión y se vibra mecánicamente con suavidad, el vibrar con demasiada intensidad, produce -



huecos en los modelos, para que el yeso conserve su dureza y pueda retirarse el modelo de la impresión, deben pasar por lo menos de unos 30 a 60 minutos. La separación prematura tendrá como consecuencia superficies ásperas y hasta la ruptura del mismo.

El modelo antagonista se podrá tomar con alginato y al vaciado se podrá hacer con yeso piedra, teniéndolo tan exacto como el modelo de trabajo y obteniendo así una relación exacta de las arcadas.

C A P I T U L O V I I I

TRABAJO DE ELABORACION

Ya obtenido el modelo de trabajo y el antagonista se realiza en el laboratorio el vaciado del poste con muñón de metal, el cual se efectúa en la siguiente forma:

Se lubrica el conducto, se busca un perno plástico que penetre al conducto flojo, y que quede más alto que este para que sirva como agarre y como perno de colado, se obtiene el patrón del conducto para hacer el vaciado en cera para incrustaciones o en cera pagajosa, cuando se enfria, se seca para observar si no existe algún defecto que requiera de corrección, en seguida se le forma un excedente para darle forma y sirva de muñón.

Completado el patrón del poste y muñón, se le retira por medio del alfiler plástico y se le reviste para colar.

Para revestir el patrón de cera, montado

en un alfiler plástico se coloca en el cono para colados, se coloca el anillo y se sella, este se va llenando con la mezcla de revestimientos, es importante que el revestimiento fluya por los detalles del patrón en cera y no quede aire entre la cera y el revestimiento, para obtener un colado lo más preciso posible.

Cuando se calienta el molde que contiene el patrón revestido, se elimina el patrón de cera, el molde caliente retarda el colado del metal y facilita que esté fluya por todos los detalles del molde.

Para que un colado sea satisfactorio se necesita el calentamiento rápido de la aleación en condiciones no oxidantes, hasta llegar a su temperatura de colado y el paso de metal derretido al molde con suficiente presión, para que rellene todos los detalles del molde, uno de los aparatos --

más usados para estos casos es la sentrifuga que presta una función esencial y que cumple con los detalles al usarse.

El colado se limpia manualmente de todo el revestimiento que queda y se examina con todo detalle observando que no hayan quedado burbujas o material excedente que impidan el ajuste del colado en los dientes.

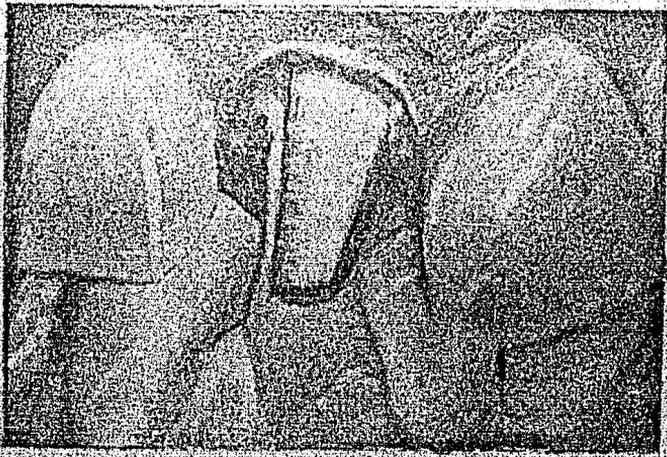
C A P I T U L O IX

CEMENTACION DEFINITIVA DEL POSTE-MUÑON.

Una vez obtenido el poste-muñon ajustado y pulido se procederá a la cementación definitiva de la siguiente forma:

Se retira la curación provicional, se irriga el conducto ya sea con peróxido de hidrógeno o bien con hipoclorito de sodio para eliminar todos los posibles restos de cemento temporal que pudieran haber quedado dentro del conducto radicular.

Realizado esto procederemos al asentamiento de poste muñon sobre el diente en tratamiento y de esta manera observar si existe ajuste y de tallado favorables, posteriormente se retira el poste, se prepara el cemento; en estos casos es recomendable auxiliarnos de una jeringa de alta presión para poder hacer inyección del cemento y que logre bajar hasta la profundidad que marcamos en la preparación, inmediatamente se toma el poste y



se lleva directamente al lugar de la impresión haciendo presión suficiente para que el poste llegue al sitio requerido y se espera el tiempo considerable para que fragüe el cemento y evitar que con la fricción de la fesa se rompa el lecho del cemento y se pierda la adhesividad que se logró en un momento dado con el cemento.

C A P I T U L O X

PREPARACION:

Cuando ya tenemos el poste muñon cementado en definitiva, se va ha preparar para recibir a la corona completa con frente estético, que va ha sustituir a la corona clinica del diente para reparar.

La corona completa con frente estético o corona veneer, consiste en una cubierta de metal - colado y de una carilla o faceta estética, la cual debe tener el color de la corona natural que tenía, para darle mayor naturalidad a la preparación.

Para obtener un buen diseño que nos ayude a recibir la corona Veneer, es conveniente retirar el tejido superficies axiales de la corona a dejar paredes paralelas y largas.

Utilizando una fresa tronco-cónica de-

extremo largo y redondo se hacen dos surcos ----- incisales en dirección vestibulo-palatino cuya profundidad es de aproximadamente 2 milímetros, para dejar el espacio para el metal o acrílico incisal.

Se talla uniformemente el borde incisal hasta la base de los surcos guías con la misma fresa.

El corte incisal debe ser perpendicular a la fuerza de la oclusión o tener menos de 90° con respecto al eje mayor del diente que se está tallando, esto ayudará a disimular las tensiones del corte aumentando la resistencia de la porcelana o acrílico.

Después de haber ubicado una banda matriz al diente contiguo con la finalidad de protegerlo, se sigue utilizando la misma fresa de diámetro colocándola paralela al eje longitudinal o --

mayor del diente para tallarlas caras interproximales y presenten cierta convergencia hacia incisales y nos proporcione cierto paralelismo en las paredes que nos brindara la retención necesaria.

Con la misma fresa de diamante se tallan dos surcos guías en las caras vestibulares, con profundidad de 1.5 mm, aunque en estos casos no vamos ha ser tan estrictos en las medidas de profundidad pues estamos trabajando en dientes desvitalizados, por lo tanto no nos preocupamos por lesionar la pulpa pero es conveniente conocer el diseño y guiarnos por estas medidas y llevarlas a cabo, abarcando desde el margen gingival, hasta el borde incisal; después siguiendo el contorno vestibular, se talla uniformemente hasta el fondo de los surcos guías.

Al mismo tiempo se realiza una terminación cervical acentuando en la cara vestibular que

se extiende hacia las superficies proximales para dar espacio al metal y al frente estético.

Se talla la cara palatina desde altura del círculo hasta el margen gingival eliminando aproximadamente un milímetro en sentido axial dejando espacio sólo para el metal, es importante asegurarnos de que el corte sea paralelo al tercio gingival de la cara vestibular para aumentar la retención.

Se talla la cara palatina con una fresa de diamante de rueda de coche y siguiendo el contorno gingival del diente antagonista en oclusión céntrica con una fresa de cono extra grande de cabeza redonda (250).

Usar una fresa de diamante pequeña para darle un acabado (bisel) a la terminación gingival y extender la línea determinación gingival aproxi-

madamente a la mitad de la profundidad del surco - y la encía marginal o casi 1 mm sin dañar el tejido gingival.

Usando como guía el diente adyacente con la fresa en forma de flama se talla el tercio incisal de la cara vestibular hacia palatino para obtener el espacio suficiente para el metal y la porcelana o el acrílico incisal.

Eliminar todas las retenciones, biselar y redondear los ángulos diedros vestibulo proximales y palatoproximales alisar todos los bordes - agudos para permitir un asentamiento más preciso del retenedor. Para biselar la terminación cervical, se deberá hacer de grano superfino como puede ser la del número 250; biselamos todo alrededor - de la terminación.

Por último con un espejo bucal y un explorador del número 4 revisamos la preparación terminada, observando que exista espacio incisal, si no esta obstaculizado el patrón de inserción y si las formas de resistencia y retención son adecuadas.

Una vez revisado lo anterior procedemos a tomar una impresión con silicon de cuerpo pesado en una cucharilla individual, se rectifica la impresión con silicon de cuerpo ligero, se vacía la impresión en yeso velmix, y se toma el color del diente que estamos trabajando, tomando el color del diente contiguo, y con estas dos cosas las mandamos al laboratorio para que nos retornen la corona del diente y sea cementada en la forma convencional dando así por terminado nuestro trabajo de restauración de poste- muñon.

de la raíz del diente.

El diámetro del poste está limitado por el grosor de la raíz, que no debe de ser mayor a un tercio del diámetro radicular.

En un diente sin pulpa requiere una protección especial como es la de tener una resistencia, un refuerzo, una preparación de chanflán con paredes de dos milímetros de longitud y una buena conicidad que rodee la parte coronaria de la raíz, se instrumenta el conducto hasta los dos tercios de lo largo de la raíz, se debe tener en cuenta la anatomía general del conducto.

Al realizar la preparación debemos tener en cuenta tres cosas que son fundamentales:

- 1.- El anillo que va a reforzar o asegurar la retención de nuestro poste.

- 2.- El poste para retención o refuerzo.
- 3.- El muñon formado por los requerimientos específicos de la preparación del pilar.

Una vez cumplida con estos requerimientos en nuestra preparación al diente sin pulpa, quedan satisfechos los criterios básicos del diseño.

Al poste y al muñon se les considera la restauración fundamental, por tal motivo se convierten en parte integral para la preparación del pilar.

La restauración final se confecciona -- después y se cementa en la forma convencional. Como la cavidad bucal está siempre en cambios, los diseños de la restauración debe permitir la remoción del retenedor de una manera fácil y que no -

ocasione distorciones en la preparación. Este requerimiento se satisface haciendo de tal forma -- que la confección del poste-muñon y la confección de la restauración final sean dos procedimientos separados.

El poste es un vástago metálico de refuerzo y retención que se extiende en las dos porciones del tercio del conducto radicular, su objetivo junto con los otros componentes es de distribuir las fuerzas generadas por la torción a todo el resto de la estructura dentaria, sin el empleo del poste de la longitud apropiada, las fuerzas generadas tendrían a concentrarse en la zona del margen gingival.

El muñon es un agregado de la preparación dentaria para proveerle de la longitud óptima para la retención, el muñon es una extensión coronaria del poste.

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

Los temas tratados en esta tésis nos muestran los pasos o métodos a seguir para un buen desarrollo del tratamiento de la endodoncia y la técnica de endopostes y el estudio que debe hacerse al diente antes de la elaboración de la antes mencionada, para así obtener un buen resultado.

Si llegara a faltar un auxiliar de estos para la aplicación del tratamiento puede llevar al fracaso por lo tanto es conveniente seguir los pasos que se mencionan en la técnica para que no se presenten problemas posteriores.

Me hubiera gustado haber realizado un trabajo más extenso pero por ciertas circunstancias no me fue posible y preferí elaborar algo que fuera concreto y elemental para el C. Dentista.

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

CLINICAS ODONTOLÓGICAS DE NORTEAMÉRICA.

Interamericana, Año 1974.

ENDODONCIA DE COHEN Y RICHARD.

Buenos Aires, Interamericana 1979.

ENDODONCIA DE INGLE.

2a. Edición Méx. Interamericana 1979.

PRACTICA ENDODONTICA DE KUTTER YORY.

303 pp. Año 1961.

ENDODONCIA DE MAISTO OSCAR.

3a. Edición, Buenos Aires. Año 1975.

ENDODONCIA CLINICA DAUSEN JOHN.

Traducida por José Luis García 128 pp.