



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ODONTOLOGIA

**PROTESIS INMEDIATA
FIJA Y REMOVIBLE**

T B S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
MA ANTONIETA CHAVEZ PADILLA**

CIUDAD UNIVERSITARIA

1984.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

Capítulo 1: Introducción

Capítulo 2: Evaluación Clínica del Paciente

2.1 Historia Clínica

2.2 Estudio Radiográfico

2.3 Exámenes de Laboratorio

2.4 Diagnóstico

2.5 Pronóstico

2.6 Plan de Tratamiento

Capítulo 3: Prótesis Inmediata

3.1 Definición

3.2 Ventajas

Capítulo 4: Prótesis Fija Inmediata

4.1 Definición

4.2 Clasificación

4.3 Contraindicaciones

4.4 Ventajas y Desventajas

4.5 Plan de Tratamiento

4.6 Tipo de Materiales

4.7 Preparación de Modelos

4.8 Provisionales

4.9 Técnicas de Impresión

4.10 Materiales Usuales

Capítulo 5: Prótesis Removible Inmediata

5.1 Definición

5.2 Indicaciones de La Prótesis Removible

5.3 Ventajas y Desventajas

5.4 Plan de Tratamiento

5.5 Relaciones Oclusales

5.6 Terminado

Capítulo 6: Conclusiones

Capítulo 7: Bibliografía

INTRODUCCION

En la presente Tesis, se trata de ver el valor que tiene la Prótesis Dental Inmediata como un medio de rehabilitación bucal, ya que en la actualidad la utilización de dicho procedimiento quirúrgico es día con día empleado con mayor frecuencia, pues las ventajas que nos brindan son superiores en muchas de las veces a las que nos ofrecen la PRÓTESIS MEDIANA, en la mayoría de los casos, siempre y cuando el procedimiento sea correctamente realizado.

Es importante mencionar algunos de las ventajas que nos ofrece la Prótesis Inmediata:

1.- En ningún momento perdemos la relación dentomaxilar, proporcionándonos un equilibrio más favorable en la relación de la ley de Gorton ó Polígono de fuerzas resultantes.

2.- La función masticatoria no se suspende.

3.- La fonética difícilmente se altera con la Prótesis Inmediata

4.- La adaptación del paciente al aparato protésico es más rápida.

Se puede ver que la única desventaja en la Prótesis Inmediata es que trascurrido cierto tiempo tendremos necesidad de ajustar, en algunos casos, un rebaje ó bien colocar otro aparato protésico definitivo en el caso de que el primero se encuentre desajustado, ya que la adaptación muscular puede ser bastante crítica después de algunos meses al aumentarse el brazo de palanca en la prótesis - por la pérdida de apoyo en la mucosa gingival.

Si durante el tratamiento y la elaboración de la Prótesis tenemos la precaución de guardar con todo cuidado sobre los puntos indicados, lograremos que esos casos justos tarden más tiempo en hacer su aparición ya que es sabido que la resorción alveolar siempre tiene un grado de potencia.

No sólo por las ventajas enumeradas anteriormente, sino también debido al ti-

no de vida sociológica en que nos desenvolvemos activamente, nos obliga en muchos -
casos a utilizar la Prótesis Inmediata, ya que el paciente no interrumpe su actividad
y con la aplicación de este procedimiento quirúrgico en poco tiempo queda completa-
mente rehabilitada su cavidad oral.

Considero que por las razones citadas en los párrafos anteriores, se establece
el porqué de la importancia de este procedimiento quirúrgico.

En esta tesis deseo hacer un resumen de los puntos sobre los cuales esta
basada la Prótesis Inmediata, así como de los puntos que debemos tener presentes an-
tes, durante y después del acto quirúrgico rehabilitante.

HISTORIA CLINICA

Es de gran importancia en lo que respecta al diagnóstico; se requiere de una habilidad del que lo practica ya que este debe orientar al paciente para evitar que se desvien los datos requeridos.

La historia clinica basicamente consta de 2 partes que son:

a) La anamnesis o interrogatorio.

b) Exploracion clinica

El interrogatorio debe ser detenido para poder llegar a un diagnostico rapido a su vez el interrogatorio puede dividirse en antecedentes hereditarios y personales y tambien con respecto a la enfermedad actual padecida.

A pesar de que en la historia clinica se empieza con los datos personales aqui el médico debe de preguntar el motivo de su consulta primero en la cual se recopilaran datos de su enfermedad, motivo por el cual asistio al consultorio.

Antecedentes familiares: se debera realizar un interrogatorio en enfermedades o causas de fallecimiento en los padres, hermanas, abuelos, hijos.

La importancia de los antecedentes familiares se vean en que existen muchas - pronosis displasicas o deformativas de tipo familiar que sigue la ley de la herencia por ejemplo unbetas, hemofilia, drogadiccion etc.

Antecedentes Personales o tiempo de la sintomatizacion:

1.- Nombre de puericia y apellido.

Este primer dato se determina como medio de fijacion y de identificacion en lo que respecta al expediente del individuo a interrogar.

2.- Edad.

En este punto se ordena que determinar la edad real y entre parentesis la edad aparente del individuo; es bien sabido que en diferentes etapas de su vida se presentan

La con mayor frecuencia de un número de enfermedades; por ejemplo en la infancia y adolescencia predominan lesiones exantemáticas, enfermedades inflamatorias agudas (traqueas, hepatitis virales), enfermedades propias de la niñez tales como varicela, rubéola etc. En la etapa adulta es frecuente encontrar enfermedades de tipo metabólico tales como diabetes.

3.- Grupo étnico:

Determinado tipo de enfermedades se presenta con mayor frecuencia en determinado grupo de raza.

4.- Sexo:

Este dato reporta datos interesantes ya que en la mayoría de los países el hombre tiende a vivir menos que la mujer.

Un dato importante en lo que respecta al sexo es que la mujer enferma más que el hombre pero se recupera más rápidamente; entre los procesos patológicos más comunes en la mujer está la alitiasis biliar, anemia, en lo que respecta al hombre son procesos coronarios, tales como angina de pecho, infarto al miocardio, problemas de índole respiratorio tales como bronquitis, asma, tuberculosis, problemas de índole hepático como la cirrosis.

5.- Estado civil:

Este dato debe de proporcionar estadísticas tales como el matrimonio, divorcios, viudez etc. los cuales representan diferentes formas de vivir del individuo pudiéndose ocasionar trastornos tanto a nivel funcional como a nivel orgánico.

6.- Ocupación:

Se refiere a todas aquellas enfermedades de índole profesional que son adquiridas en el transcurso de su trabajo como ejemplo problemas a nivel broncopulmonar en obreros que trabajan en el ramo de la construcción ya que están expuestos a cambios térmicos; individuos que están en contacto con agentes químicos pudiéndose provocar alteraciones a nivel de la piel etc.

7.- Dirección y teléfono:

Esté dato es con el fin de proponer una localización del individuo.

Dentro de la historia clínica, la exploración se debe chequear datos tales como peso, estatura y facies.

Antecedentes Personales:

Son de importancia ya que reportan de una manera correcta situaciones particulares en el individuo pudiéndose clasificar en Patológicas y no Patológicas.

Entre los antecedentes patológicos se deben reportar enfermedades que ha padecido o bien un cuadro patológico actual, por ejemplo: diabetes, problemas cardiovasculares, nerviosos, a nivel muscular, etc.

Antecedentes personales no patológicos se deben reportar datos como ulteriores, tabaquismo, ciertos fármacos o drogas que son estimulantes del S.N.C.; así mismo se pueden incluir hábitos, intervenciones quirúrgicas a las cuales ha sido sometido.

Antecedentes Familiares o Hereditarios:

Este tipo de antecedentes son importante ya que determinados tipos de alteraciones se considera que pueden ser hereditarias u generacionales posteriores sobre todas - aquellas de tipo nervioso.

La diabetes tiene tendencias hereditarias y en caso de leucemia que es transmitido por sangre etc.

Revisión de Aparatos y Sistemas:

Se hace un estudio detallado de órganos, aparatos y sistemas comprendiendo los siguientes puntos:

Examen de la piel:

Debe ser revisado y analizado en primera instancia, muchos signos de inminente - cutaneo puede ser detectado por el medico tales como coloracion de la piel, textura y lesiones de diversa indole por ejemplo en pacientes que presentan hipertension - cronica la coloracion de la piel tiende a ser rubicundez o errogecida, en pacientes con uremia la coloracion sera pulida, en pacientes con trastornos ictericos la - coloracion de la piel sera amarillenta.

Requisitos para el examen de la piel:

1.- Buena iluminacion

2.- Examinar la piel en toda su extension y de ser necesario retirar la ropa de inspeccion.

3.- Palpacion de la lesion

4.- Examinar la lesion y de ser necesario utilizar lupa.

Despues del examen cuidadoso de la piel se debe tener los siguientes datos:

1.- Estado general de la piel; se determina textura, si es grasosa, humeda, seca, analizar su consistencia si es dura; blanda.

2.- Sitio de la lesion.

3.- Color de la lesion

4.- Forma

5.- Tamaño

6.- Tipo de la lesion

7.- Olor

Lesion primarias en piel:

Las lesiones primarias son las erupciones cutaneas mas frecuentes, se clasifican para su estudio en:

a) maculas: lesion perfectamente circunscrita, plana, ejemplo pernio.

b) Placas, zona de cambio de color, se encuentran circunscritas y elevadas, ejemplo pecos canillas.

c) *Papulas*: lesiones superficiales con diámetro mínimo de 1 cm. circunscritas y elevadas, ejemplo verrugas.

a) *Konchas*; es un cluso de papulas con la diferenciación de que es edematosa y pasajera ejemplo picaduras de insectos.

b) *Nódulos*: Lesiones que tienen hasta 1 cm. de diámetro, son nódulos, se presentan encima de la superficie cutánea, ejemplo chancro sífilítico.

f) *Tumores*: lesiones que exceden a 1 cm. de diámetro que pueden encontrarse a nivel de la superficie o debajo de la superficie cutánea ejemplo epitelomas.

g) *Vesículas*: son elevación circunscrita de la piel que contienen un líquido seroso ejemplo *herpes*, *herpes*.

h) *Impollas*: son lesiones elevadas y circunscritas en su interior tiene un líquido seroso ejemplo quemadura de 2° grado.

i) *Pústulas*: son elevaciones circunscritas, tamaño variable que en su interior tiene líquido purulento por ejemplo el acné.

j) *Petequias* son lesiones que tienen una coloración roja.

Lesiones de índole secundario

a) *Escamas*: células epidérmicas muertas exfoliadas y que pueden estar secas o grasosas ejemplo caspa.

b) *Kostra*, su masa de color variable debido a exfoliación de células de índole infecciosa y como un medio de protección y reemplazo.

c) *Escoriaciones*; son laceraciones de la piel; superficiales y traumáticas ejemplo picaduras de insectos sometidos a rascaientos.

d) *Trigéas o fisuras*, ejemplo sífilis congénita.

e) *Úlceras*, excavaciones que se forman posterior a una ampolla, forma y tamaño variable pudiendo extender hasta la dermis.

f) *Telangiectasia*, vasos sanguíneos superficiales y dilatados ejemplo hemangioma

g) Tuercos. Se presenta a nivel de la epidermis y pueden ser pequeñas y cortas como es el caso de la sarna.

Examen de Cabeza y Cuello.

En este punto se incluye un examen de la cara, cavidad nasal, paladar duro, paladar blando, encinas, carrillas, lengua etc.

Examen de Cabeza.

1.- Posición de la cabeza ya que si se observa que el individuo presenta una tendencia hacia adelante se puede denotar una anomalía a nivel de las vertebras cervicales.

Por lo que respecta a los movimientos anormales en el mal de Parkinson el paciente presenta un temblor constante.

Por lo que respecta al aumento de volumen y forma del cráneo se presentan anómalas tales como la hidrocefalia, turricefalia, este tipo de pacientes presentan exoftalmos.

Otras alteraciones a nivel craneal se presentan en la sífilis congenita: en las cuales se pueda presentar escurrimientos, se pueden presentar anomalías en cuanto al tamaño como es el caso de la macrocefalia y microcefalia en las que hay aumento de la bóveda craneal.

No todas las alteraciones a nivel craneal van acompañadas a través de un retraso mental ya que en algunas de ellas el trastorno se presenta a nivel maso sin presentar daños a nivel del cerebro.

Exploración de la Cara

1.- Examinar los cambios de coloración de la piel que en un paciente ictérico la coloración se torna amarillenta, en insuficiencia uremica, la coloración es pali

da y el problema de unido cardiaco se presenta.

Otras características que deben observarse en cara son los rasgos faciales, el volumen y la forma de la cara como ejemplo un individuo que presenta ictericia.

Otro dato a nivel de la cara es observar la simetría de la cara.

Examen de labios.

Sufren diferentes alteraciones en algunas ocasiones desde la etapa de la infancia como es el caso del labio leporino.

A nivel del ángulo de la comisura de los labios se presenta la queratosis angular. También se presenta a nivel del labio el herpes labial. Por lo que respecta al cráneo alfarístico se presenta tanto en el labio superior como en inferior y que se presenta como una úlcera endurecida e indolente. Se pueden observar manchas rojizas o rojo azulado que pueden significar la presencia de tumores de vasos sanguíneos.

Examen de Dientes y Encías.

Examen de dientes.

Se deberá realizar un estudio para saber diagnosticar alteraciones de forma como es el caso de los dientes de Hutchinson, macrodoncia, microdoncia, cambio de coloración, anomalías de número.

Examen de las Encías.

Se deben observar clínicamente los gingivitis, otro agrandamiento de tipo gingival puede ser debido a una deficiencia de vitamina C en donde las encías se observan agrandadas, blancas y sangrantes. Otra alteración es la gingivitis ulcerosa necrosante que es producida por estrés emocional otro agrandamiento es por la ingestión de drogas como es el Dilantin y el Etoposid, también se puede observar durante el embarazo un agrandamiento que se llama púrpura del embarazo.

Examen de la lengua.

Debe de comprender las zonas de localización de las papilas gustativas, la movilidad de la lengua y a que se puede presentar anquilosis, se pueden presentar cambios de coloración, se pueden observar la denudación de pequeñas zonas en la lengua como consecuencia de la atrofia de las papilas filiformes, presencia de grietas en la lengua. Dentro de los cánceres a nivel oral el carcinoma de lengua tiende a ser de lo más maligno sobre todo cuando se localiza en los 2/3 posteriores de la lengua.

Por último se debe observar las anomalías en cuanto al tamaño de la lengua como es el caso de la macroglosia o microglosia en el cual intervienen factores a nivel de la hipófisis.

Examen de la Cavidad Bucal:

En este examen comprenden zonas como carrillos, piso de boca, paladar duro y blando.

Realizando un estudio en lo que respecta a la garganta o faringe y observar un enrojecimiento en esta zona será un signo patognomónico de una faringitis o un proceso infeccioso.

Por lo que respecta a paladar se deberá denotar la presencia de tumores tanto benigno como maligno (Torus palatino).

En lo que respecta al piso de boca se pueden presentar tumores benignos de glándulas salivales (Kerula)

Estudio de Aparatos y Sistemas

Aparato respiratorio

Falta de respiración, Cianosis, Hemoptisis (presencia de sangre al toser).

Diseña: Dificultad para respirar.

Estridor: Respiración difícil que se caracteriza por un ruido durante la inspiración pudiendo ser debido a alguna alteración a nivel de los alveolos pulmonares.

Estertor: ruido que se presenta al paso del aire a nivel de los alveolos pulmo

nares.

Bronquitis aguda, ó infección de los bronquios se caracteriza por tos.

Astma: es una obstrucción de las vías respiratorias debido a la presencia de algunos agentes de tipo alérgico.

Bronquitis crónica: es un proceso infeccioso a nivel bronquial y que se caracteriza por tos, esputo purulento.

Emfisema pulmonar: alteración que se caracteriza por un excesivo volumen de aire a nivel de los pulmones.

Sistema Cardiovascular

Taquicardia, bradicardia, cianosis.

Angina de pecho: Se define como un dolor intenso precordial que se caracteriza por una isquemia del miocardio.

Infarto del miocardio: Es una consecuencia de una isquemia en el corazón que posteriormente desencadena una necrosis a nivel del miocardio.

Soplo cardíaco: es el paso de sangre a través de válvulas normales.

Aterosclerosis: se caracteriza por acumulo de lípidos a través de vasos sanguíneos.

Flebitis inflamación aguda de vena provocada por una falta de circulación sanguínea.

Appato Digestivo:

Se le preguntará acerca de que si ha tenido vómito, dolor epigástrico, úlcera gástrico-duodenal, gastritis, colitis, estenosis gastroenteral, litiasis hepática ó renal, ictericia etc.

Sistema Nervioso:

Neuralgia, corea (movimientos rápidos e involuntarios)

Apnea: dificultad para articular palabras.

Parálisis de Bell ó facial, parestesia, paraplejia, hemiplejia.

Disartria: trastornos en el habla debido a una atrofia en los movimientos de la lengua.

Epilepsia.

Sistema Endocrino.

Hipertiroidismo, hipotiroidismo, hiperparatiroidismo, hipoparatiroidismo.

Enfermedad de Addison (alteraciones en la corteza suprarrenal, este tipo de individuos presentan una disminución de los glucocorticoides).

Enfermedad ó Síndrome de Cushing: hay aumento de glucocorticoides.

Hipoglucemia.

Deficiencia gonadal.

Gigantismo hipofisario, enanismo hipofisario.

Estudio Radiográfico.

El conocimiento básico de la radiología dental para el Cirujano Dentista y otros especialistas odontológicos le ayudan a comprender las anomalías de desarrollo y ciertos tipos de trastornos patológicos, es por ello que el Cirujano Dentista debe recurrir al examen radiográfico con la finalidad de encontrar los datos clínicos necesarios que refuerzan su diagnóstico, esa exploración radiográfica deberá efectuarse siempre que su criterio lo considere necesario.

Por medio del estudio radiográfico podremos observar, mediante la opacidad o grado de destrucción que existe tanto en los avulsivos, como en los piezas dentales; ó el grado de separación existente entre la relación de las coronas y el hueso alveolar, es decir el espacio que ocupa la membrana periodontal, cambio orgánicos, relaciones endémicas ósea ó del tejido dentario forma y tipo de estructura, etc.

Examen de Laboratorio.

Un examen es todo aquello que no pueden ser aplicados a la cabecera del enfermo se requiere de instrumental, técnicas y conocimientos especiales; que por lo mismo son practicados por personas que a ello se dedican ejemplo, análisis de sangre, orina, de materias fecales, examen cerológico, histológicos, citológicos, cultivos bacteriológicos etc.

En un estudio fisicoquímico del tejido hemático sabemos de cualquier alteración en la salud del individuo por las modificaciones que se observan en su estructura.

Del tejido hemático nos interesa conocer.

La biometría hemática nos podrá orientar sobre posibles leucocitopenias, linfocitosis, mononucleosis, etc.

El número normal de eritrocitos es para el hombre de 5 a 6 millones, en la mujer de 4 a 5 millones por milímetros cúbicos en sangre.

El número de leucocitos varía de 7 a 10 mil por mm. en sangre.

El número de trombocitos puesto que está relacionado directamente con los estados hemorrajicos, por lo que es importante conocer su número, siendo los límites de 250,000 a 400,000 por mm. cúbico.

En relación al plasma es necesario determinar el tiempo de coagulación del mismo tiempo de protrombina y de serófalo.

Tiempo de protrombina. 4 a 7 minutos

Tiempo de serófalo 1 a 3 minutos

Tiempo de coagulación 3 a 5 minutos.

La cantidad de glucosa que es de 0.1 al gr. por cada 100 c.c.

El estudio de la orina se divide en .

Físico.

1.- La cantidad de orina secretada en 24 hrs. Lo normal es de 1 a 1.62 lts. en no más de 6 micciones.

2.- Color que puede descubrir estados febriles hepáticos y filtraciones de células hemáticas.

3.- Ulor

4.- Aspecto puede estar turbia por contener en suspensión moco, albumina, pus, elementos hemáticos etc.

químicos.

Este estudio de la orina nos proporciona datos como:

Cantidad de albúmina y globulinas en suspensión y entre otros.

Urea; la cual tiene un promedio de 4 a 1 gr. es 24 hrs.

Glucosa; que cuando está elevada nos puede indicar diabetes, la cantidad normal es de 0 a 100 mgrs.

Antibiograma; es el estudio de la potencia bactericida de algunos antibióticos sobre determinadas cepas.

Cultivos; es el estudio de los microorganismos en determinados medios.

Diagnóstico

Se define como aquel procedimiento que tiene por objeto la identificación en una forma cierta, de una alteración patológica.

Para realizar o elevar este diagnóstico se debe de realizar en primer término un interrogatorio, así como una exploración clínica.

Un diagnóstico de primera certeza es aquel que se presenta cuando el medico observa una serie de sintomatología objetiva que denotan ciertos cuadros patológicos si estos síntomas requieren de una exploración clínica y de métodos auxiliares de exploración (rx, fotografías, modelos de estudio); se podrá llegar a establecer un

estado de diagnóstico presuntivo, una vez que se ha excluido todas las situaciones anteriores se puede llegar a establecer el pronóstico si bien el cual es el Diagnóstico el que nos determinará el tratamiento a seguir.

Pronóstico

Se define como un pronóstico que apunta al cuadro patológico basándose en secuelas favorables o desfavorables.

Es importante hacer notar que mientras no se establezca un diagnóstico y un pronóstico clínico no se podrá establecer un tratamiento adecuado.

PROTESIS INMEDIATA

Definición;

La Prótesis Parcial Inmediata es el procedimiento quirúrgico por medio del cual podemos efectuar la colocación del aparato dentoprotético, como su nombre lo indica en forma inmediata, es decir que se puede efectuar la colocación de dicho aparato -enseguida de haber realizado la o las intervenciones dentarias que el caso amerite, habiendo procedido anteriormente a la preparación de sus piezas pilares; así como del terreno que recibirá el aparato protético, el que necesariamente estará terminado antes del momento quirúrgico.

Materiales de Impresión;

Clasificación;

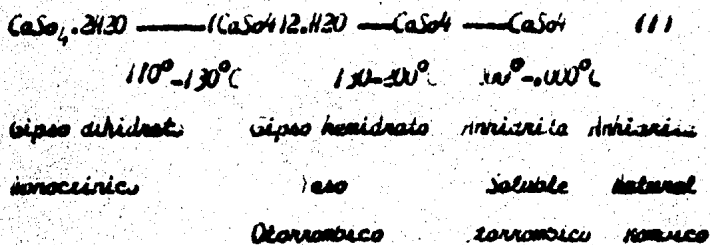
	Yeso Dental
Rígidos;	Pasta zinc-fosfórica
	Alginato
	Gomas de silicona
Elasticas	Gomas de caucho
	Gomas de poliuretano
	Madelinas
Termo plásticas	Cera
	Hidrocoloides re-ensibles.

Rígidas;

Yeso Dental:

Es el resultado de la calcinación del yeso. En la industria, en primer lugar se le tritura y luego se le somete a una temperatura de 110° a 120°C .

Durante este período, parte del agua de cristalización se evapora y se produce la primera etapa de reacción (I). Cuando se eleva la temperatura, se elimina el agua de cristalización restante y el producto final se forma como se indica en (II).



El principal componente de los yesos dentales es el sulfato de calcio hemihidratado $(\text{CaSO}_4)_{1/2} \cdot \text{H}_2\text{O}$. Tanto el hemihidratado como la anhidrita soluble son ortorrómbicos, diferenciándose solo en sus distancias interatómicas en el retículo cristalino.

Resinas Zingiberáceas.

Están formadas por ácido de zinc y eugenol, se utiliza en odontología como cemento quirúrgico, como material de obturación temporal, como sellador para conductos radiculares o como material de impresión en personas con ortognatia.

Composición;

Componente activo;

Óxido de zinc, resina, caucho de neopreno

Líquido reactor;

Eugenol, glicerina, aceite de oliva.

Otros aceleradores comunes a los aluminatos. El aceite de oliva actúa como plastificante y disminuye la acción irritante del eugenol.

Propiedades físico-químicas generales;

Los compuestos glicéricos no deben de separarse ni romperse cuando se retiran de la boca.

Deben endurecer a la temperatura de la boca.

No sufrir contracción ni expansión.

Debe reproducir con exactitud todos los detalles de los tejidos bucales.

Elasticos;

Un alginato es una sal del ácido alginico que se obtiene de las algas marinas. Se considera que es un polímero lineal de la sal de sodio del ácido anhidro betadimurónico.

El ácido alginico no es soluble en agua, algunas de sus sales lo son. El ácido se puede transformar rápidamente en un éster ya que los grupos carboxilos, polares tienen libertad de reacción.

La mayoría de las sales inorgánicas son insolubles, excepto las de sodio, potasio, calcio y magnesio.

Los materiales dentales para impresiones contienen esencialmente alginato de sodio o de potasio.

Los alginatos solubles, al mezclarse con agua forman un gel similar al del agar.

Composicion;

Una fórmula probable de un material para impresiones de alginato basada en las asociaciones anteriores.

Alginato de potasio	12%
Tierra de diatomas	14%
Sulfato de calcio	10%
Fosfato trisódico	6%

Elastómeros y Silicónes:

Además de los hidrocoloides hay otro tipo de materiales su expresión que son blandos y muy semejantes al caucho técnicamente son conocidas como elastómeros a diferencia de los hidrocoloides son hidrofobos.

En Ultracología se emplean dos tipos de elastómeros como materiales para impresión uno de ellos tiene como base un compuesto polisulfurado mientras que el otro su base es una silicóna.

Se utiliza para todo tipo de impresiones, principalmente para la toma de impresiones de una o varias cavidades en la construcción de quemas, coronas e impresiones totales.

Química de los Mercapturos ó Hules de Polisulfuro

El proceso por el cual el producto base ó polímero líquido se transforma en un material semejante al caucho, se conoce como vulcanización, el componente básico del polímero líquido es de mercapturo funcional o polímero sulfurado, el cual por medio de un reactor se polimeriza para dar el polisulfuro de caucho, el reactor que se emplea con más frecuencia es el reactor de plomo y el azufre.

El peróxido de plomo es el agente polimerizante y el azufre interviene a mejorar las propiedades físicas, cuando se mezcla el peróxido de plomo con el polímero sulfurado se forma el polímero de caucho.

Posee elasticidad, resistencia adecuada, resiste los ángulos muertos sin deformarse.

Composición de los Hules de Polisulfuro.

Base: Polímero polisulfurado, óxido de zinc y sulfato de calcio.

Accelerador o reactor: Peróxido de Plomo, azufre, aceite de castor y otros.

Este producto se presenta en dos partes la que es de color blanco es la base, - -

la que contiene el reactor es café oscuro.

Química de los Silicones;

Los silicones están formados por el poli-dimetil-Siloxano.

El tiempo de vulcanización de los silicones es aproximadamente de 3 a 5 min.

Ceras:

Lo primero que se hace para el colado para una incrustación es el patrón de cera.

La cavidad se prepara en un diente, se talla el patrón sobre el mismo o sobre un troquel que es una reproducción fiel del diente en su cavidad y el patrón se hace en el mismo diente la técnica se denomina método indirecto.

Composición:

La cera para incrustaciones está formada por cera parafinada, blanca, de abeja, cera carúcula y colorante.

El componente principal es la parafina que es un derivado del petróleo.

La cera blanca de abeja y la cerasina se añaden a la parafina para mejorar su dureza, aumentar la resistencia a las fracturas, al escumarse.

Tiene varias propiedades que deben cubrir las ceras para incrustaciones:

Es necesario ablandar la cera al calor e insertarla en la cavidad ya preparada durante este período no debe escumarse.

Cuando se calienta debe permanecer plástica y mantener una textura suave.

La cera debe ser rígida cuando alcanza la temperatura de la boca.

Deberá ser capaz de tallarse hasta los márgenes más delgados sin desprenderse, escumarse ó estillarse.

El color de la cera deberá hacer contraste con los tejidos de la boca.

Deberá evaporarse completamente sin dejar residuos cuando se quema.

Modelinas;

Forma parte del grupo de los compuestos para modelar que se hielan por acción del calor y que solidifican cuando se enfrían sin que tengan ningún cambio.

A este material se le clasifica como termoplásticos, se usan para impresiones de boca en pacientes edentulo o para impresiones de cavidades dentales.

Las modelinas se clasifican en:

a) Modelina de baja fusión:

Siene en forma de barra, sirve para rectificar bordes en mordencia total y para toma de impresiones de cavidades con bandas de cura. Con la modelina se hacen los negativos o impresiones, sirve para tomar impresiones en personas dentadas.

b) Modelina de alta fusión:

Siene en forma de pastas, sirve para tomar impresiones en personas dentadas.

Propiedades de las modelinas.

Deben estar exentas de compuestos nocivos o irritantes.

Endurecer a temperaturas de la boca o ligeramente a una temperatura superior.

Ser plásticas a una temperatura superior a la del paciente de modo que se produzca: quemaduras en los tejidos bucales.

Endurecer uniformemente cuando se enfría sin sufrir deformaciones ni distorsiones.

Formar a la temperatura de almacenamiento una consistencia que permita registrar todos los detalles.

Deben de ser de tal manera o naturaleza que el retiro de la boca no se deforme ni fracture.

Presentar una superficie lisa; después de haber sido pasada por la flama.

No experimentar cambios de volumen o de forma ni antes ni después de ser retirado de la boca y mantener como las dimensiones originales inmediatamente hasta el momento de ser usada en la impresión.

Composición:

Plastificantes: Cera de abeja, goma laca, gutapercha y resina.

Estearina: Ac. esteárico, ác. oleico, ác. palmítico, resina havi.

Hidrocoloides Reversibles:

En cierto sentido, la gelación de un hidrocoloide es un proceso de solidificación - la energía interna del gel es menor que la del sol.

Por otra parte al igual que el hielo, por ejemplo, el gel del hidrocoloide no retorna a su condición de sol a la misma temperatura a que solidifica. El gel para que retorne a su condición de sol se debe de calentar a una temperatura más alta, conocida como temperatura de licuefacción. El retardo entre la temperatura de gelación y de la licuefacción - del gel se conoce como histeresis.

Sin embargo el proceso es reversible en el sentido de que la gelación se puede gelificar a la temperatura de gelación y licuar a la de licuefacción a voluntad. Esta es la razón por la que se los denomina hidrocoloides reversibles.

El fenómeno de la histeresis es, precisamente, el que hace posible utilizar el agar como base de materiales hidrocoloides dentales.

El Odontólogo puede licuar el gel, colocarlo en una cubeta y transportarlo a la cavidad bucal a una temperatura tolerable por parte del paciente. El material se puede entonces enfriar en la boca a la temperatura de gelación y retirarlo como gel.

Ventajas de la Prótesis Inmediata

Las ventajas que ofrece este procedimiento quirúrgico, tanto al paciente como al operador son.

a) Reposición de piezas anterosuperiores y grupos laterales, especialmente cuando afectan la estética, aun cuando se trata de una sola pieza.

No es preciso tener todo el complejo anterior completo para pensar en utilizar una restauración inmediata.

b) Cuando tengamos un conito de guía que nos permita un duplicado exacto de la posición de las piezas dentarias en relación con la cabeza, lo que nos orienta los dientes anteriores para su posición vertical, anteroposteriores para el arco anterior y demás.

c) También en los anteriores inferiores es conveniente y útil la Prótesis Inmediata y puede estar indicada por razones estéticas, frente a las extracciones de premoляres

d) Tienen indicaciones de origen quirúrgico y biológico.

Quirúrgico porque el post-operatorio se hace más apreciable cuando las heridas cicatrizan a "cielo cubierto", siendo las prótesis en algunas ocasiones un "ventaje" para la herida y un tapamiento frente a una posible hemorragia.

e) Biológicamente su indicación reside en que la cicatrización parece estar dirigida; el modelado óseo se hace en mejores condiciones, aparte de que la orientación trabecular se acomoda según la nueva función, en atención a las fuerzas ejercidas sobre el hueso.

f) Su adaptabilidad será mayor, pues se reserbará más temporaneamente su movilidad para mantener en posición la prótesis.

g) La fonética es otra ventaja y la más importante.

PROTESIS PARCIAL INMEDIATA FIJA

Definición:

Es aquella en que la colocación del aparato dentoprotésico se efectúa inmediatamente después de haber procedido a la abulación de una ó más piezas dentarias y la prótesis es fijada en su posición correcta, mediante la cementación del mismo, a sus soportes lo cual impedirá al paciente la remoción de este aparato protésico por medios comunes.

Clasificación:

Tipos de puentes:

Los puentes pueden dividirse en cinco tipos distintos detallados más abajo. De ellos están los fijos-fijos y los fijos-movibles, pueden subdividirse en anteriores y posteriores. Esta subdivisión es necesaria a causa de los distintos factores de uso - que afectan a cada tipo.

- | | | | |
|---------------|-----------|------------------|-----------|
| | anterior | | anterior |
| 1.- Fijo-fijo | | 2.- fijo-movible | |
| | posterior | | posterior |
-
- 3.- Elástico
 - 4.- de extensión
 - 5.- Comuestos

Puentes fijo-fijo y fijo-movible

Fijo-fijo:

En un puente fijo-fijo todos sus componentes están unidos en forma rígida ya sea por soldadura de las unidades individuales entre sí o por medio de un colado en una -

sola pieza. \cup

de esta manera todas las tensiones que actúan sobre el puente se distribuirán en forma bastante regular entre los dos o mas dientes pilares.

En general esto constituye una ventaja en casos de brucias largas o cuando el estado periodontal es dudoso y requiere los beneficios de la femurización. Empero puede ser una desventaja en puentes cortos porque para ellos será necesario una retención igual y muy buena sobre ambos pilares. Si no puede lograrse precisará el cementado y habrá que realizar preparaciones bastantes extensas en todos los dientes pilares.

Fijo-movible:

La puente fijo-movible se introduce el principio del superforzaje, que divide al puente en dos secciones por medio de una cola de nilón y una ranura. La parte a la que está unida al pñtico se denominará retenedor mayor y aquella que tiene la ranura para la cola de nilón retenedor menor. Del mismo modo se llamará diente pilar mayor y menor.

A causa de que los dos retenedores de un puente fijo-movible no tiene que tener el mismo eje de inserción, en general, es necesario que el menor curvatura de diente y la preparación es mucho mas relativa. Un punto intermedio entre el puente fijo-fijo y el fijo-movible es el tipo fijo-semimovible, que permite un movimiento muy limitado entre los dos componentes.

Un sistema para lograrlo es el de la unión a bolilla, pero con la ventaja de que no limita el movimiento a un plano vertical como lo hace la cola de nilón y la ranura.

Puente elástico:

El puente elástico, el pñtico se conecta con el retenedor por medio de una barra palatina larga y flexible. básicamente es una protesis retenida por los dientes.

tes y soportada por la mucosa. Las fuerzas de la masticación que se aplican sobre el pontico son absorbidas por el recuperamiento palatino y se disipan por completo antes de alcanzar el diente pilar.

Son varias sus ventajas, entre las que se cuentan:

- 1.- En general, se requiere como pilar solo un diente, y posterior.
- 2.- Es el unico diseño de puente en el que es posible tener un diastema a cada lado del pontico.
- 3.- La flexión de la barra palatina actúa como un absorbedor de impacto que permite usar un pontico fijo o corona de porcelana con pocas probabilidades de fracturas.

La dificultad con el puente elastico es que las consideraciones técnicas comprendidas en su construcción deben ser entendidas, en su totalidad, tanto por el profesional como por el técnico, lo cual solo se logra gracias de una experiencia considerable con este diseño. Sin embargo una vez dominada constituye una ayuda de valor notable para el armamentario del Ortodólogo y es siempre muy apreciada por el paciente. Superar las dificultades que pueden resultar insalvables como un puente convencional.

Puente a Extensión:

Es el más simple de todos y si se lo diseña en forma correcta, tiene más probabilidades de éxito que cualquier otro tipo.

El pontico se extiende directamente a un lado del diente pilar, y por ello la carga al periodonto es mucho mayor que con un puente fijo-fijo o fijo-removible. El área de la superficie radicular del diente o dientes pilares debe ser considerablemente mayor que la del diente que se reemplaza.

Se usa sobre todo en la región de anteriores.

En la zona posterior rara vez se justifica el puente a extensión ya que la carga oclusal aplicada sería demasiado grande.

Una excepción a esta regla es el primer premolar inferior que habitualmente se puede extender de dos retenedores soldados en el segundo premolar y el primer molar porque el área de su cara oclusal es reducida y puede hacerse con forma parecida al conino.

Puentes Compuestos:

Esta expresión significa la combinación de dos o más de los tipos de puentes mencionados. Si se requiere un puente fijo-fijo para reemplazar al primer premolar superior y también está ausente el lateral, se puede construir un puente fijo-fijo del canino al segundo premolar y colocar el lateral a extensión de la cara mesial del canino.

Del mismo modo los diseños fijo-fijo y fijo-removible pueden combinarse y simplificar la construcción de un puente bastante complejo. Otro ejemplo es la combinación de puente fijo-fijo y elástico.

Edad del Paciente:

Las investigaciones realizadas en el Instituto de Cirugía Maxilar, basadas en más de mil puentes, indican que cuanto más joven sea el paciente en el momento en que se le cementa un puente, mayor es la probabilidad de que éste fracase.

Contraindicaciones:

El empleo de Prótesis Inmediata para la reposición de piezas posteriores en los casos que no se modifican la dimensión vertical, pues el factor estético no cuenta aún.

Está contraindicado en casos de pacientes que hayan perdido varias piezas anteriores.

Cuando la reabsorción maxilar sea muy marcada y cuando el paciente no esté dispuesto a que en un espacio de tiempo variable necesite hacerse ajustar su aparato protésico o a colocarse uno de sustituto, puesto que el grado de absorción nos da muy resultado muy marcado.

Otra contraindicación sería en pacientes con presencia de múltiples abscesos paradontales.

En pacientes con diabetes no controlada.

Ventajas y Desventajas

Las ventajas que se presentan para el paciente con la Prótesis fija Inmediata son:

*Reposición de piezas aterosuperiores especialmente cuando afectan la estética, -
aún cuando se trata de una sola pieza.*

*No es preciso tener todo el complejo anterior completo para pensar en utilizar una
restauración inmediata.*

*También en los anteriores inferiores es conveniente y útil, la Prótesis Inmediata -
y puede estar indicada por razones estéticas frente a las extracciones de premolares.*

Plan de Tratamiento para la Prótesis fija Inmediata

Como factores principales tenemos:

1.- Evaluación clínica del paciente (completa)

2.- Registros y controles previos

*Contar con la mayor cantidad de datos posibles que le faciliten en los más -
posible otorgar al paciente nuevamente condiciones lo más naturales posibles.*

3.- Preparación del campo operatorio.

4.- Impresiones y modelos

5.- Registros de relación.

6.- Fabricación de provisionales

7.- Montaje en articulador

8.- Modelado y vaciado

9.- Prueba de metales

10.- Terminado de la prótesis

11.- Acto quirúrgico

12.- Colocación del aparato Protético

13.- Controles postquirúrgicos.

1.- La importancia de una buena evaluación clínica es básica, pues la información que obtenemos de ella nos servirá de pilar en la elaboración del plan de tratamiento sin olvidar los resultados que observamos de los métodos auxiliares de diagnóstico porque dependerá de lo minucioso que éste sea el éxito de nuestro trabajo, ya que de haber procedido correctamente en el logro de la evaluación, se la casi por uso, usado.

2.- En relación a su obtención de los registros y elementos de control adecuados siempre es conveniente contar por lo menos con:

- I- Modelos de estudio
- II- Fotografías recientes de frente y de perfil
- III- modelo frontal
- IV- Matiz y matriz de los dientes
- V- Dimensión vertical

Estos elementos son importantes para el Cirujano dentista, principalmente por:

a) Contar con la mayor cantidad de datos posibles que le facilitan en lo más posible otorgar al paciente nuevamente condiciones lo más naturales posibles.

b) Evitar el problema bastante frecuente para un gran número de profesionistas que representa el hecho de que el paciente insista en no reconocer lo que se ha hecho por él, al decir que antes del acto quirúrgico sus piezas representaban un aspecto mejor, estéticamente hablando.

3.- La preparación del campo operatorio puede ser sumamente extensa, según el caso de que se trate, pues está compuesta:

- I- curiaturas previas que son todas aquellas que tienen por objeto devolver al paciente el estado más próximo a la salud bucal, es decir, sus condiciones normales.

II- Valorado y corrección de problemas de los tejidos blandos si existiese alguno, tratamientos orofaríngeos si el caso lo amerita, obturaciones de piezas, pulido y -
rectificación de obturaciones efectuadas con anterioridad, tratamientos parodontales,

Balance de Oclusión.

Al en algunos casos estas medidas no son suficientes, sino que el Cirujano Dentista se ve en la necesidad de efectuar ciertos actos quirúrgicos, como:

Extracciones en los casos de:

a) Restos radiculares.

b) Perdida de substancias radiculares en una ó varias piezas.

c) Piezas con movilidad de tercer grado.

d) Piezas de anclaje deficiente.

e) Dientes con fracturas radiculares.

f) Mal posiciones o mal formaciones, que indican sobre el éxito protético.

g) Dientes retenidos y temporales.

h) Focos sépticos no curables o de pronóstico reservado.

Alveolectomías y regularizaciones de procesos.

Las alveolectomías sólo las efectuaremos en casos necesarios, limitándonos únicamente a la indicación y extensión de este procedimiento, lo mismo debe quedar establecido para la regularización de procesos alveolares.

Frenilectomías, en ocasiones los frenillos, debido a su implantación, presentan problemas ya sea al paciente o al operador y sólo en estos casos efectuaremos frenilectomías. En ocasiones nos veremos en la necesidad de proceder a hacer apicectomías.

Las piezas sometidas a tal procedimiento no dejen tomarse en cuenta como pilares de puentes, pues su condición biológica, la reducción de su capacidad mecánica, así como de su soporte, redundarán sobre su valor para servir de soporte protético de dichas piezas sea muy favorable, debe ser tomado con reservas.

Extracciones diversas, que puedan ser:

Quistes, abscesos, osteosarcomas, zonas óseas neoplastizadas, tumor y toda formación que pueda perturbar la salud del paciente o que sea un foco latente de complicaciones ulteriores o modificaciones al nuevo soporte, estas extracciones las debemos efectuar para obtener un mejor resultado protético.

6) Además de los procedimientos anteriores, en algunos casos, nos encontramos con -

que es necesario procesar a un tratamiento ortopédico ó ortodóncico y un equilibrio oclusal.

4.- Impresiones y modelos:

En la construcción de prótesis fija, se utilicen diversas técnicas de impresión así como diversos tipos de materiales para ese fin.

5.- Ajustes de relación:

Este es uno de los pasos más importantes para lograr éxito protético.

Si deseamos obtener esta relación, tanto en oclusión centrada como en posicionamiento, debemos examinar la oclusión centrada y evitar cualquier anomalía.

También es necesario que tengamos presente:

1- Localización del eje de bisagra temporales de la mandíbula

2- Relación de oclusión de los dientes superiores con los inferiores.

3- Registros de la inclinación angular de la trayectoria condilea.

6.- Fabricación de provisionales:

La necesidad de colocar provisionales está determinada por la protección que deseamos brindar a nuestras piezas pteares contra las agresiones que el medio ambiente pueda ejercer.

El factor estético es una causa determinante, más si en un gran número de casos preferimos la protección inmediata precisamente por su valor estético.

7.- Montaje en articulador

8.- Modelado y vaciado.

El montaje de los modelos en articulador y el modelado y el vaciado de las piezas protéticas son procedimientos correspondientes al laboratorio y solo los mencionamos muy superficialmente.

Articulación de modelos:

1- Colocamos el modelo superior en el articulador relacionándolo con el eje de

que es necesario procurar a un tratamiento ortodédico ó ortodédico y un equilibrio oclusal.

4.- Impresiones y modelos:

En la construcción de prótesis fija, se utilizan diversas técnicas de impresión así como variados tipos de materiales para ese fin.

5.- Registros de relación:

Este es uno de los pasos más importantes para lograr éxito protético.

Si deseamos obtener esta relación, tanto en oclusión centrada como en funcionamiento, debemos examinar la oclusión centrada y evitar cualquier anomalía.

También es necesario que tengamos presente:

1- Localización del eje de bisagra terminal de la mandíbula

2- Relación de oclusión de los dientes superiores con los inferiores.

3- Registros de la inclinación angular de la trayectoria condilea.

6.- Fabricación de provisionales:

La necesidad de colocar provisionales está determinada por la protección que deseamos brindar a nuestras piezas finales contra las agresiones que el medio ambiente pueda ejercer.

El factor estético es una causa determinante, pues si en un gran número de casos preferimos la protección inmediata, nos vemos forzados por su valor estético.

7.- Montaje en articulador

8.- Modelado y vaciado.

El montaje de los modelos en articulador y el modelado y el vaciado de las piezas protéticas son procedimientos correspondientes al laboratorio y solo los mencionamos muy superficialmente.

Articulación de modelos:

1- Colocamos el modelo superior en el articulador relacionándolo con el eje de

visajes del aparato.

b- Con el registro de relación céntrica colocamos el modelo inferior en el articulador en relación céntrica con el superior.

c- El registro oclusal protrusivo se coloca entre los moldes y se afirman los modelos en cada lado y se ajustan la trayectoria condílea en el articulador, de cada lado, para asegurar que esta relación es confiable.

d- El movimiento de Bennett lo determinamos con su valor máximo o por el registro.

El modelado de las prótesis se hace generalmente con cera azul, posteriormente lo enlucamos y por el procedimiento de cera perdida, estando el cuilete a esta temperatura procedemos a vaciar el metal en su interior y acias a una centrifuga.

7.- Prueba de metales:

La prueba de metales siempre debe hacerse pues resultaría sumamente embarazosa para el operador, que por haber pasado por alto este paso, al ver de sus prótesis no resultara correcta después de haber resultado o efectuado las anclaciones necesarias para la colocación de la prótesis y por no haber hecho las pruebas de metales, se topó con la sorpresa de que fuera imposible la colocación de este por algún error en el vaciado o en el modelado.

10- Terminado de la prótesis:

En este paso volvemos al laboratorio, donde se terminará la pieza protésica, uniendo los soportes; teniendo una precaución excesiva, se hará la eliminación de la o las piezas que van a ser extraídas. Al hacer dicha eliminación también se producirá un desgaste del modelo en el o los sitios donde se colocará el pontico inmediato, este desgaste tendrá una profundidad de 1 a 2 mm. aproximadamente y corresponderá con la posición del alveolo.

11- El acto quirúrgico

El acto quirúrgico consiste en efectuar las (o) anclaciones que el caso amerite y para este procedimiento debe estar preparados para cualquier eventualidad que

parada y obrar con cuidado excesivo de no causar traumas innecesarios para que la adaptación de la prótesis, posteriormente no se vea comprometida.

14- Colocación del aparato protético

Habiendo efectuado las extracciones, procederemos a la colocación de la prótesis.

Está se hará cementándola provisionalmente con el fin de que si se llegase a presentar algún problema postoperatorio, nos resultase fácil remover las piezas protéticas y remediar el problema.

15- Controles postquirúrgicos

Es necesario que el postoperatorio sea controlado pues se podría presentar alguna(s) alteración(es) que causara el fracaso de la rehabilitación.

También es recomendable efectuar este control para cuando el paciente se vea precisado a cambiar su prótesis provisional por una definitiva.

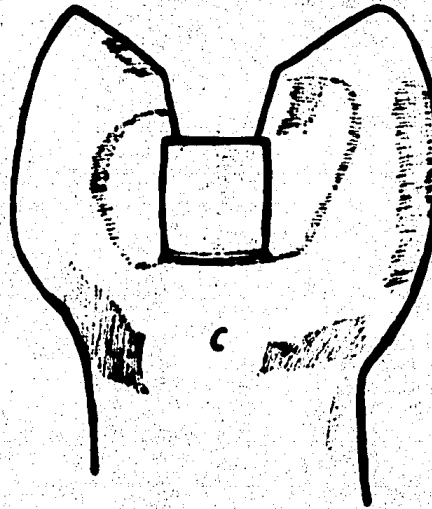
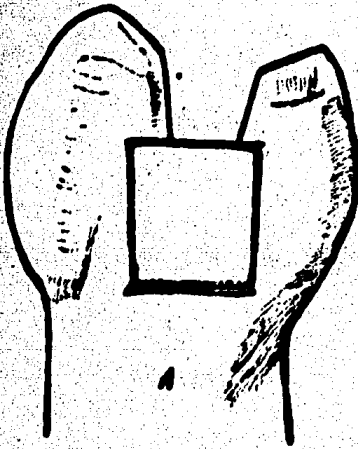
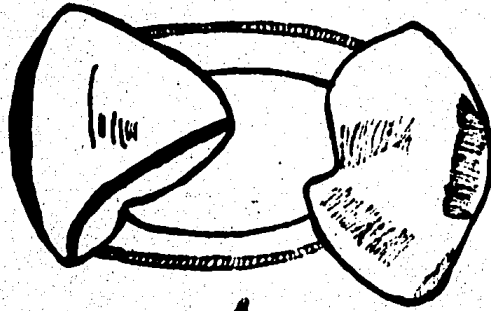
Tipo de Retenedores:

Los con mayor frecuencia son utilizados para servir como anclaje de puentes, son:

Coronas 3/4 no estéticas:

Este tipo de coronas nos brinda protección a las caras linguales ó resinas y también a las caras proximales del diente, pues estas quedan cubiertas por una delgada capa de metal que en forma de una línea hasta la cara labial, lo cual impide su desplazamiento hacia lingual.

Esta corona sólo va apoyada en la pieza soporte y no necesita de coronas para su sostenimiento, es decir que se retiene o movimiento la línea natural del diente en el cual sólo se practican unos cortes en forma de sistemas con las resinas distales para darle un eje curvado relativo sin interferir movimientos dentales.



Preparacion B O D en un 2o. molar inferior izquierdo.

- A- Vista distal mostrando la extensión de la caja.*
- B- Vista actual mostrando que la pared axial es curva para seguir la curvatura proximal interna del diente.*
- C- Imagen de la cara axial donde se produce el contacto dentario normal.*

Este tipo de anclaje está indicado principalmente para piezas posteriores y para coronas con caras vestibulares sanas y también si el órgano pulpar de estas piezas es muy grande. Debido a la estética está contraindicado en incisivos.

En incisivos inferiores algunas veces no es posible preparar los cortes en las caras proximales y no es factible colocar espigas, por tal motivo es recomendable en estos casos, practicar la pulpectomía y utilizar el conducto como anclaje ó preparar una R U D modificada.

Preparación:

- 1.- Se remueve al proceso carioso y se obturan con cemento de fosfato de zinc.
- 2.- Con piedra redonda de 2 a 3 cm. de borde por 18 a 20 cm. de diámetro, se corta el borde incisal por 0.5 cm. en ángulo de 45° hacia lingual.
- 3.- Las frasa desgastamos las caras proximales en forma ligeramente convergentes hacia lingual, sin interesar la cara labial.
- 4.- Con piedra redonda con bordes de 3 cm. por 1.5 cm. de diámetro desgastamos la cara lingual desde su borde incisal hasta el tubérculo, una capa de 1 a 1.5 mm. según la carga y la mordida.
- 5.- Con piedra redonda se hace un desgaste desde el tubérculo hasta debajo del borde libre de la arcia en forma cilíndrica.
- 6.- Pulimos todo con disco de papel.

Indicaciones Compuetas:

En el caso de que nos encontremos con la cavidad cariosa proximal orientada hacia el ángulo corti, no al punto donde se localiza la prótesis, estando con la cara proximal, investigamos si existen condiciones favorables ó no.

Indicaciones y Contraindicaciones:

Como ya mencionamos una incrustación proximo-oclusal la podemos emplear cuando existe una cavidad proximal que mira hacia la futura brecha. La cara proximal y la vecina deben estar sanas.

El valor retentivo de esta preparación depende de la profundidad que damos al nicho proximal y la ranura sagital en la cara masticatoria u oclusal, así mismo como del ancho transversal de la cola de milano.

Esta preparación esta indicada en premolares. En personas jóvenes no está indicada como medida de soporte protético debido que podemos afectar a la pulpa o causar una agresión indirecta sobre esta.

Esta contraindicada en dientes desvitalizados, pues por la presión masticatoria existe el riesgo de que ocurra fracturas de cúspides o bordes.

Preparación:

Para tener una retención favorable debemos tener una profundidad adecuada sin agresión a la pulpa, el nicho proximal como el escalón oclusal.

Primero se coloca una fresa y se coloca sobre el canto proximal oclusal con una inclinación aproximada de 10° respecto al eje mayor del diente y así desgastaremos el esmalte hasta debajo del punto de contacto.

Posteriormente una piedra de diamante troncoconica, ensanchamos la cavidad y eliminamos los bordes de esmalte socavados formando el nicho proximal.

Después a la preparación del surco sagito-oclusal, se prepara una piedra de diamante de rueda de coche, profundizamos 1.5 mm. en dirección mesiodistal y ensanchándolo correspondientemente a la caries hacia bucal y lingual.

Se elimina todo el tejido cariado, ensanchamos el surco distal. preparando la cola de milano.

Por último haremos con una fresa de figura cilíndrica y alisamos las paredes con una piedra cónica y damos a las paredes una inclinación de 5° aproximadamente.

Tanto el nicho proximal como la cavidad oclusal deben tener una profundidad de 6 a 6.5 mm. El escalón proximal del mismo nicho se encontrará a 0.5 mm. -

encima del borde libre de la encía.

Por último preparamos el borde codo superficial con angulación de 45° y redondeamos con disco de papel o piedra verde los canto planos oclusales que al ser contactados con el disco, quedarán con filos.

Indicaciones a U D:

Si la rotación que necesitamos es mayor utilizaremos las dos caras proximales unidas por un escalón oclusal, obteniendo así la incrustación a U D.

Indicaciones y Contraindicaciones:

Esta preparación está indicada en dientes vivos con pulpa vital y con pared lingual y bucal con carina^o viva.

Está contraindicada en dientes devitalizados. No es recomendable en pilares intermedios, en donde se prefieren incrustaciones complejas (pino).

Preparación:

La rotación es una incrustación illi, depende de la profundidad de los nichos proximales y del surco oclusal, la profundidad debe ser la mayor posible sin hacer peligro a la pulpa y sin debilitar las paredes bucal y lingual.

El escalón oclusal comprende el tercio medio oclusal, este escalón se prepara en forma de caja, la pared pupar y gingival deben ser planas y perpendiculares al eje longitudinal de las piezas intermedias.

Los canto alidos, gingivales proximales, gingivolinguales, gingivo bucal, contribuyen a asegurar la rotación, los bordes anteriores deben ser verticalizados a 45° .

Por último pulamos con piedra verde.

Corona 3/4 no labiales:

Este tipo de coronas presentan una variación importante respecto a su tipo de fijación

ción, pues son los pins, los que en realidad mantienen, realizan el anclaje en forma confiable ya sea en dientes anteriores o posteriores.

Indicaciones:

En dientes anteriores está indicada cuando existe alguna caries o obturación en caras proximales sin que afecten al borde incisal.

En posteriores está indicada cuando presentan caries occlusales o proximales, previa obturación de la caries.

Preparación de una corona $3/4$ estética con pins y resina. (Vid. Lda).

1- Desgaste del borde incisal con una piedra de muela de coche hacia lingual en inclinación de 45° por 0.2) a 0.5 cm.

2- Con frías de carburo desbastamos caras proximales con ligera convergencia hacia lingual.

3- Con piedras rasantes de diamante desbastamos la cara lingual, desbastando un espesor de 1 a 1.5) cm. en toda la superficie lingual de la pieza que estamos tratando.

4- Con una piedra cilíndrica preparamos las oclusales con una profundidad de 1 a 1.5) cm. por encima del borde libre de la corona y de 1.5) a 2) cm. por debajo del borde incisal. Los oclusales abren desde mesial hasta distal.

5- Desbastamos el subarresto en forma de anclaje por debajo de la corona.

6- Lo ayuda de la radiografía para realizar los pins y nichos para no atacar al cuerpo prepap.

Coronas $4/5$ con Pins:

El desgaste para esta preparación es mínimo, se reservan estas áreas en los pins que se colocan en dentina pulida a los extremos mesial y distal de las figuras angulares paralelamente al eje longitudinal.

Indicaciones:

Se puede utilizar esta corona solo cuando la cara vestibular no está cariosa, y en

piezas en que se necesita un balance oclusal o que presentan una superficie oclusiva deficiente por ser cortas y dejadas sus coronas.

Preparación:

1- Desgastamos la cara oclusal, excluyendo la ó las cúspides bucales ó toda la superficie masticatoria, con piedra de diamante de media.

2- Con piedra de lanaja eliminamos la línea sagital y transversal aproximadamente 1 ó 2 mm.

3- Con frascos troncocónicos desgastamos la cara lingual por encima de la arcia, terminando el desgaste en cóndilo.

4- Con frascos de carburo desgastamos mesial y distal.

5- Con frascos de bola preparamos tres facetas, una a cada lado de la línea sagital en línea con la misma frasa.

7- Pulimos la preparación con disco de lija.

Corona total veniana de Oro;

Este tipo de restauración por ser extracoronal cubre completamente la corona clínica del diente. Esta preparación se utiliza como retenedor en piezas posteriores.

Indicaciones:

La corona total veniana está indicada en:

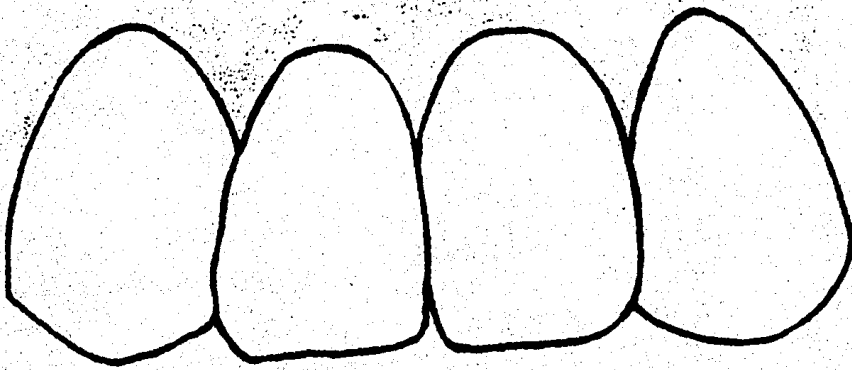
a) Cuando el diente soporte es ocrentes muy destruido por caries ó el resto aferrado varias de sus superficies por algún defecto de desarrollo.

b) Cuando la situación anatómica es deficiente por algún defecto de desarrollo.

c) Cuando la pieza presenta restauraciones anteriores.

d) En los casos en que se precisa coronar el plano cervical y sus restauraciones anteriores en nuevo contorno en todo la corona clínica de la pieza soporte.

Esta construcción está tipo de restauración en los casos de pacientes jóvenes en los cuales la cervical pulpa es muy extensa, pero debido al desgaste necesario para



*Publasi Pija Anterioras (Coronas Veneas), ya conestatas
definitivamente.*

es aluvional mismo de carúculas dentinarias que se abren facilitan la invasión del órgano pulpar.

También debemos considerar la permeabilidad dentinaria, más en pacientes jóvenes la formación de dentina secundaria es muy escasa; lo que también influye a que la erupción sérica por el órgano pulpar sea bastante escasa.

Una variante de la corona total variada es la corona telescópica.

Preparación:

1.- Las coronas ovales que presentan fístulos escaseo se tallan con una piedra de diamante cónica, teniendo cuidado de mantener la piedra paralela al eje axial del diente y eliminando todas las irregularidades.

Es necesario darle cierta inclinación a la punta de la pieza para despegar el terreno cervical, la superficie vestibular de molares inferiores y en la cara lingual de los molares superiores.

El tallado de las superficies ovales lo debemos efectuar hasta 0.5 mm. del borde gingival.

2.- La cara proximal que está en contacto con otra pieza contigua la tallaremos con una piedra más fina haciendo un corte en tajado procurando dejar una delgada capa de esmalte.

Se retendrá el corte de las caras vestibulares y lingual de la preparación. Este corte se efectúa de 0.5 mm. del margen gingival.

3.- Con una piedra redonda procuramos a despegar la cara occlusal.

4.- Se retendrá las aristas existentes entre una cervical y proximal ovales.

5.- Con piedra de forma delimitada en su posición correcta, dándole una forma de abalón.

6.- Se pulsa la preparación con discos de lija y buildones.

CORONA TOTAL:

Es una restauración paracoronaria total con laminante que es estética, pues en esta vestibular guarda concordancia de tono y color con los dientes adyacentes.

Indicaciones:

Las coronas venen la podemos utilizar en cualquier pieza que necesitamos colocar una corona total, especialmente en las regiones anteriores del maxilar y de la mandíbula donde la estética es muy importante.

Preparación en Piezas Anteriores:

a) El borde incisal del diente lo tallamos hasta una 2a. parte de la longitud de la corona clínica. Esto después lo ajustaremos con una piedra rotatoria y la preparación del borde se efectúa de tal manera que pueda recibir las fuerzas incisales en ángulos rectos, por lo cual la angulación es variable de acuerdo con las distintas relaciones incisales.

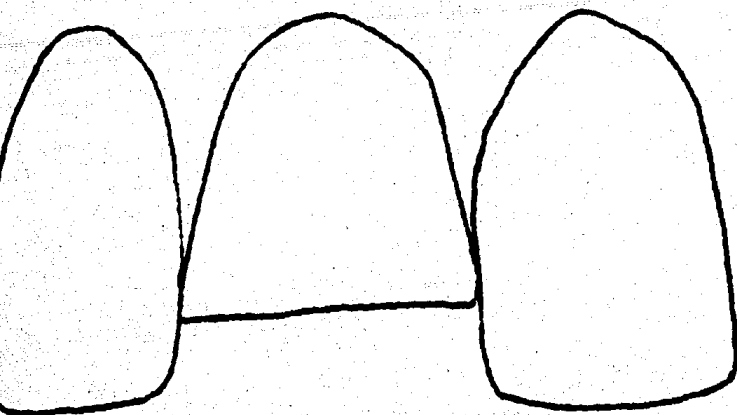
b) Con piedra cónica de diamante desajustamos la cara bucal hasta tener en el margen cervical un hueco cuando menos de 1 mm. de espesor y mientras más ancho mejor, siempre y cuando la pulpa no se vea comprometida.

Esto cuando lo continuamos por las caras proximales.

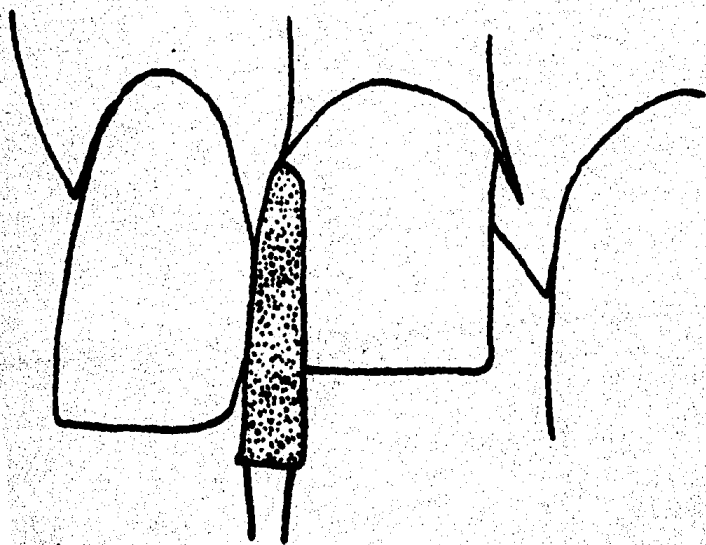
En la región incisal debemos procurar obtener una curva gradual que nos permita ir del labio a las comisuras sin afectar al órgano pulpar.

c) La cara lingual la desajustamos 0,5 mm. lo cual nos permitirá espacio para colocar el oro. El terminado de esta tallado en forma convexa, lo podemos hacer un hueco en jalo de navaja ó chiflón.

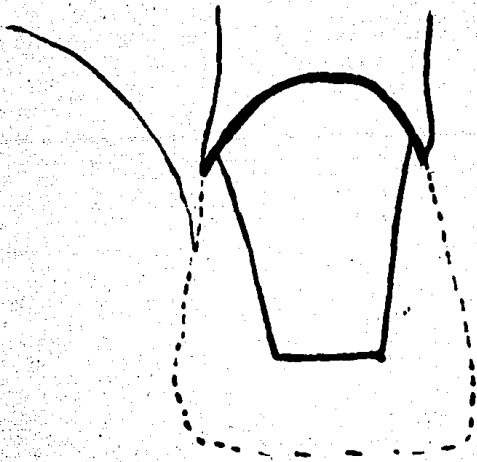
d) El terminado del bucal lo hacemos de 1 a 1,5 mm. por debajo del borde libre de la corona en la cara vestibular e incisal aseguramos gradualmente por las caras proximales y obtenemos un tipo incisal reduciendo en espesor de manera que el union con el chiflón de la cara lingual, el bucal se encuentre asegurando totalmente y al mismo nivel.



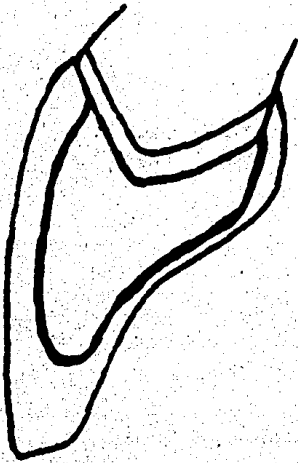
Usábase uniformemente el borde incisal hasta la base de los guiso de movilidad con la misma pieza de dentista.



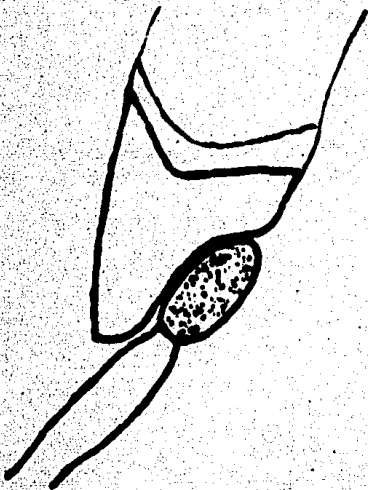
después de haber curado una matriz en el diente adyacente o / si se notarla sigas usala, por lo mismo, entre se dentista comienza paralela al eje axial del diente para rellenar los curvas proximales.



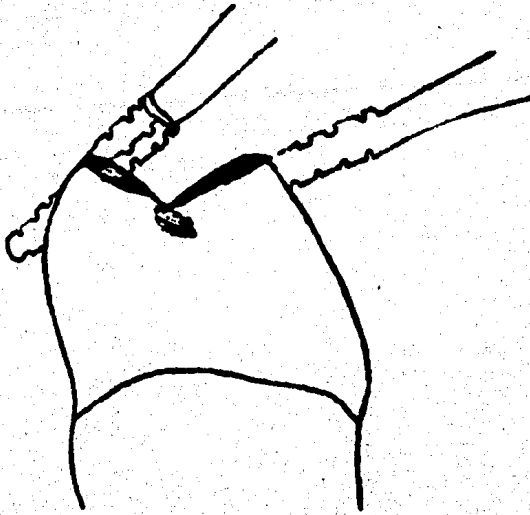
La convergencia excesiva de las paredes proximales reduce la retención y pone en peligro la integridad pulpar.



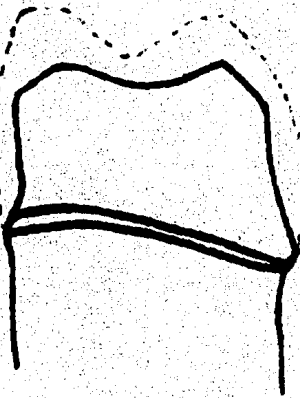
Al mismo tiempo, realícese un chanfrón gingival oculto en la cara vestibular que se extiende hasta las superficies proximales.



Útillese la cara posterior hacia incisal del círculo con una piedra de diamante ovoide y, siguiendo el contorno original del diente, efectúese una separación de por lo menos 6 mm, entre la preparación y el engastamiento en contacto.



Créese un espacio incisal de 1mm, tallando toda la cara oclusal paralelamente al contorno visico del diente. Considerase usarlo la parte lateral de una presa cilíndrica # 5X para ubicar las guías de profundidad en la cara oclusal.



La reducción correcta de las vertientes cuspidas impide el tallado excesivo de los puentes axiales y provee una mayor retención en el tercio gingival de las caras vestibular y lingual.

Preparaciones de piezas posteras:

La técnica a seguir para efectuar está procesos en molares y premolares es básicamente la misma que en anteriores y su única variación se encuentra en el tallado de la cara oclusal en lugar de efectuarse en el borde incisal.

Coronas de Porcelana fundida en oro.

Esta es otro tipo de coronas pericoronarias totales estéticas, donde el oro queda totalmente oculto, pues la porcelana en este caso, no permite que esté sea visible.

Indicaciones y contraindicaciones:

Estas son las mismas que mencionamos en la corona veneer.

Preparación:

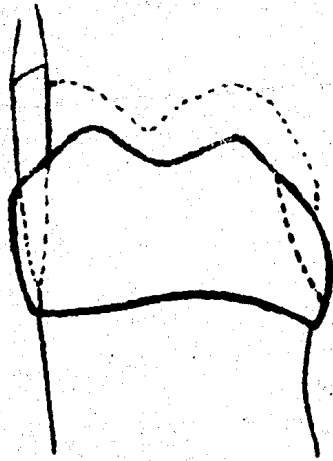
Para la colocación de una corona de porcelana fundida en oro es básicamente igual a la técnica empleada para cualquier corona de cerilla, tanto en piezas anteriores como en posteriores.

Es recomendable sin embargo que la pieza tratada cuente con bicel en toda su circunferencia para aumentar su resistencia como su calidad estética, puesto que en ocasiones al efectuar la preparación en chafón, frecuentemente la delgada capa de porcelana, en el área cervical, deja transluccir la base opaca presentándose en esos casos una deficiencia estética.

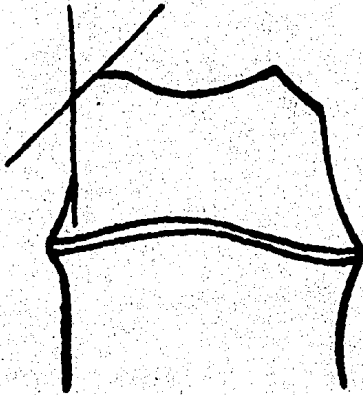
Cuando el factor estético para coronas veneer que permite dejar un mayor espesor de porcelana en la región cervical.

Preparación en molares:

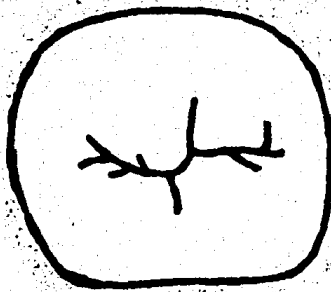
Esta restauración puede ser utilizada en premolares, caninos e incisivos superiores e inferiores, su preparación es igual en todos los dientes, variando únicamente en la forma del anillo de oro para adaptarse a la anatomía de cada diente en especial.



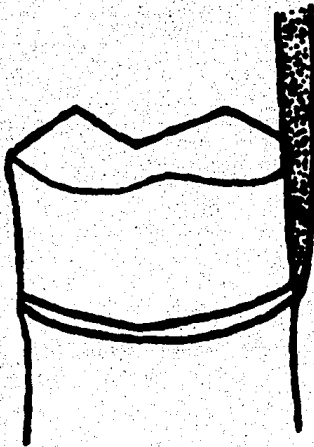
Háganse guías de profundidad de 1mm. en los $\frac{2}{3}$ gingivales de las caras vestibular y lingual con la piedra de diamante en forma de llave sostenida de tal manera que gracias a la convergencia del instrumento se usen las paredes paralelas al eje de inserción y con una mínima convergencia entre sí.



Úsese la piedra de diamante en forma de llave para hacer un instrumento con caras vestibular y lingual. Aunque estas no se consideren acientadas, una convergencia mínima brindará una mejor retención. Esto se logra rotando los planos occlusal, vestibular y lingual en dos direcciones distintas, como se muestra en la figura.



Si las guías de profundidad se siguen con cuidado, las paredes axiales resultantes serán casi paralelas y relativas.



Algunas usando la piedra se diamante en forma de llave sosteniéndola paralela al eje de inserción para recibir las caras proximales y conformar sus paredes de uso que sean relativas y paralelas entre si.

a) La preparación de las piezas consiste en eliminar toda la porción coronal y conformar una cara radicular llevando los márgenes de ésta por debajo del borde libre de la encía, principalmente en la cara vestibular, por lo cual el contorno de la preparación estará determinada por el borde gingival. Se deja un hombro de 1 mm. aproximadamente elevados del muñón colado de oro y ese hombro se termina con un bisel de 45° para una corona venosa, ó sin bisel, para un jacket de porcelana.

b) El conducto radicular se alisa y se le da una profundidad de 2/3 de la raíz.

c) El conducto lo debemos ovalar ligeramente para evitar una posible rotación posterior.

d) Después de haber tomado la impresión del conducto radicular y obtenida la espiga y muñón, se hace la prueba de retales y si el resultado es satisfactorio, procedamos a cementarlo.

e) Posteriormente tomamos una segunda impresión, pero con el muñón ya cementado y desarrollamos la técnica adecuada al tipo de restauración final que deseamos colocar - considerando el muñón de oro como si está fuera un muñón normal de diente incluido.

Protección de los pilares con una prótesis provisional:

Inmediatamente después de terminar las preparaciones en los dientes pilares debe colocarse una prótesis provisional.

Actúa como un apoyo para impedir la rotación gingival, aliviar la irritación y la inflamación marginal y promover la rápida cicatrización en los tejidos subgingivales traumatizados. Al mismo tiempo es beneficiosa porque conduce, realmente al ligamento periodontal a las mejores fuerzas oclusales y reanuda los ligamentos atrofiados de dientes que han estado fuera de función.

Traje de inevitable traumatismo que implica la preparación de un diente, la restauración provisional lo sella contra mejores irritaciones de orden térmico, microbiano y químico. También proporciona un vehículo óptimo para un cemento sedente.

Las Prótesis provisionales; evitan la extrusión y el desplazamiento de los dientes pilares, y por ende, se usan para estabilizar la posición y relación de estos entre sí y con respecto al arco antagonista.

A fin de que la restauración provisional cumple con estos propósitos múltiples debe ser fabricada con materiales adecuados. Estos poseerán una baja conductividad térmica y resistencias para soportar las fuerzas de la masticación, serán compatibles tanto con los tejidos blandos como con el cemento y, además estéticamente agradables en el sector anterior de la boca.

Los bordes de la prótesis Provisional serán terminados con claridad y adaptados de modo correcto para sellar completamente la preparación sin molestar a los tejidos gingivales.

Usando, toda la prótesis se pulirá para comodidad del paciente y mayor estética.

En el pasado se emplearán varias técnicas para las restauraciones provisionales de las preparaciones intracorónicas. Una es un Oído de Zinc y Esmal reforzado, mejorado y ubicado en las preparaciones correctas.

Otra consiste en la gutapercha presionada sobre arena por fin, fijada con cemento de óxido de zinc y esmal.

Una tercera posibilidad es el uso de una resina autopolimerizable.

Las coronas preparadas hechas de acero, aluminio, cerámica o resinas han sido muy populares para el tratamiento provisional de las preparaciones extracorónicas. En general se seleccionan por la longitud y la circunferencia para el tipo de diente en particular incisivo, premolar, molar, y por su forma. El largo de la corona se recortan y se alisan los bordes gingivales.

Las coronas metálicas se pueden contornear, se las lloran y se las fija con una mezcla espesa de cemento de óxido de zinc y esmal.

Las coronas de plástico, por otra parte, se lloran con una resina autopolimerizable del tono adecuado, se coloca poco tiempo sobre la preparación barnizada, se las cura completamente en agua caliente, y por fin se las fija con un cemento temporario.

Únicamente una prótesis provisional es capaz de acondicionar en forma apropiada a los tejidos blandos, a los dientes y al paciente y, por lo tanto, debe utilizarse en todas las puentes como rutina.

Técnicas de Impresión:

Impresiones totales con Hidrocoloides:

Elipir una cubeta con rebordes recuadros, se puede utilizar cubetas parciales para restauraciones individuales o coronas aisladas y se seleccionará un total para restauraciones o pilares múltiples.

Se prepara la cubeta para la impresión superior haciendo un dique posterior con compuestos para impresiones o con cera para confinar el material. Esto evita que el hidrocolode fluya hacia el paladar y también el movimiento de la cubeta que provocaría distorsiones durante el periodo de gelación. En casos de bóvedas altas, se coloca compuestos de acetalar ó cera en la parte posterior de la cubeta para asegurar un espesor uniforme del material e impedir así la distorsión.

Lavar la jeringa de plástico con jarros de hidrocolode de 4 cm. de diámetro.

Colocar la jeringa en el compartimiento para servir de la unidad acondicionadora durante 4 a 6 minutos.

El material de la jeringa es mas fluido que el de la cubeta, en mayor fluidez lo hace ideal para inyectarlo alrededor de las preparaciones.

Se seca el diente con una toallita de egypton o con la jeringa de aire y se retraen los tejidos gingivales con un hilo.

Se carga la cubeta con el material.

Tomando la jeringa directamente del compartimiento de almacenamiento, se retira la cubierta de la punta y se expala una pequeña cantidad de material en una yema.

Luego, colocando la punta de la jeringa en el surco gingival y mientras se retira el hilo para retracción, se inyecta el material alrededor de los márgenes gingivales del diente tallado teniendo cuidado de evitar el atrapamiento de aire y sin retirar el

ajuje de la junta del material se sigue inyectando sobre la porción oclusal e incisal hasta que toda la preparación esté cubierta con hidrocólido.

Se centra parcialmente la cubeta en su sitio y se mantiene ahí en forma pasiva durante 5 minutos. El peso excesivo o el enfriamiento demasiado rápido introducirá tensiones internas y provocarán molestias al paciente debido al choque térmico.

Retiramos la cubeta colocando un dedo a cada lado de la periferia y desprendiéndola en la dirección del eje mayor de los dientes.

Se observa rápidamente la impresión para ver si está completa y si hay precisión en los contornos. No debe haber distorsión ni zonas interrumpidas en ubicaciones críticas.

El exceso de material se advertirá más allá de las márgenes gingivales.

Se lava con suavidad la impresión en agua a temperatura ambiente para eliminar la sangre y la saliva.

Inmediatamente se corre la impresión.

Elastómeros:

En alternativa la impresión de trabajo pueda tomarse sea con una silicona o con un masaplasto. Estos materiales requieren la preparación y el uso de una cubeta individual pero permite la fabricación de modelos.

Uso de una cubeta individual de acrílico:

Antes de la cita para el tallado de los dientes debe construirse una cubeta individual de acrílico para todo el arco de acuerdo:

Se sumerge el modelo de estudio en agua durante unos minutos.

Se sumerge 2 o 3 veces el modelo de estudio en el recipiente con cera (Júp) para proveer una capa uniforme de cera de 2 a 3 mm. sobre los dientes y la zona gingival.

Se recorta el exceso de cera.

Recortamos la cera de las caras oclusales de los dientes anteriores y posteriores que no se vayan a tallar para conseguir un triángulo de topes oclusales.

Para facilitar la manipulación del acrílico se aplica vaselina en la punta de los dedos.

Esperamos hasta que el material haya pasado del estado filamentosos al estado plástico, esto facilita la manipulación y aquel no se pega en los dedos.

Luego se envuelve el material para cubrir hasta formar un cilindro de 8 cm.

Se presiona el cilindro durante forma de 11.

Se apoya sobre el modelo de estudio y con una presión suave hasta hacerlo fluir — hasta los bordes de la cera.

Se recorta el exceso de material que sobra, aseo los bordes de la cera.

Dejamos que el material polimerice a la temperatura ambiente.

Cuando en aproximadamente 3 minutos el material haya endurecido se separa la cubeta de la cera con una presión suave y se deja polimerizar por completo.

A medida se va para la cera junto con la cubeta del modelo retiramos la cera del interior de la cubeta.

Con un recordador para acrílico y lija se contornea la cubeta.

Colocamos la cubeta en el modelo de estudio y observamos la expansión, la estabilidad y los posibles sitios de enclavamiento en los tejidos.

Se pule la cubeta con piedra pómez.

Limpiamos la cubeta con un cepillo duro; eliminarse todos los restos.

Técnica para una impresión completa con elastomero:

Se limpian y se secan perfectamente los dientes y libranos de ser, se los uncas y gingivales. Realizaremos la retracción de los tejidos gingivales introduciendo con suavidad un hilo para retracción en los surcos.

Se colocan lonchitas iguales de base y acelerador del material liviano de los tubos sobre una loseta de mezcla, por lo general 3 cm. del material liviano para llenar la jeringa y cubrir tres ó cuatro pilares.

Se comienza el espátulado levantando el material de base sobre la espátula rígida e incorporándolo al acelerador.

Retiramos el envase de la jeringa y los cerquitos con el material para impresiones presionando repetidas veces su extremo abierto sobre la mezcla.

Limpiares la jeringa con una gaza con el objeto de eliminar el material para impresiones de la resaca y facilitar así la reusión del paco una vez que el material haya polimerizado.

Mientras tanto se sigue el mismo procedimiento de mezcla para la pasta pesada pero usando 1) cm. de material.

Se lleva el material a la cubeta individual con la hoja de la espátula.

Injectamos ahora el material liviano dentro de los surcos con la punta de la jeringa mientras se retira con lentitud el hilo de retracción del surco.

El material para impresiones fluirá hasta que las preparaciones quedan cubiertas.

Colamos la cubeta para impresiones con un ligero balanceo para que no quede atrapada ninguna burbuja de aire. Dejamos que el material para impresiones polimerice durante 15 minutos.

Retiramos la cubeta en una dirección recta y con un movimiento decidido.

Lavamos la impresión con agua, la separamos con aire y luego la revisamos para confirmar la presencia de todas las zonas críticas.

Impresiones individuales con bordes de cobres:

Se seca el diente tallado con aire comprimido.

Presionamos la barra sobre el diente.

Aplicamos un explorador para marcar el contorno gingival sobre la barra.

Se recorta y contrahace la barra y la prevenimos nuevamente. Esto se hace con todos los dotes pilares.

Ablordamos sobre la llana un lápiz un compuesto para impresiones de baja temperatura de trabajo y llenamos la barra.

Colocamos la barra con el compuesto ablordado sobre la preparación y presionamos suavemente hasta abajo hasta llevarlo a su posición.

Veremos que el material ablordado se extrae por la parte superior y forma la zona gingival mientras la barra de cobres se desliza sobre el pilar.

Se mantiene la banda en su sitio con una presión digital, revisamos todos los márgenes de la banda.

Se deja endurecer el material, usamos un raspador para eliminar el exceso de material de la parte superior de la banda, retiramos el sobrante de la parte gingival.

Con pinzas para retirar coronas tratamos de separar la banda en una sola dirección y movimiento.

Tomamos la banda de cobre con la impresión preliminar. Mantenemos esta acción en un minuto. Volvemos la banda al pilar de modo el material se extraiga por su parte superior, aplicamos presión digital.

Se revisa la impresión terminada en el tubo de cobre para asegurar de que están bien reproducidas en el compuesto todos los márgenes de la preparación. Se encajona la impresión y se hace el vaciado con yeso para troqueles.

Relaciones Oclusales:

Este paso se puede realizar de la siguiente manera:

1.- Antes de realizar cualquier ajuste de las piezas, se toma un poco de cera rosa, se recorta circularmente como el arco dentario, se pisa por la parte del cochero y se lleva a la boca del paciente, se le pide que muerda, con ayuda nuestra llevamos la mandíbula a la posición más centrada.

2.- Se retiramos, si quisieramos estar seguros de las marcas que dejó se puede recibir con hule.

3.- Se moldea el hule en una lozeta de papel hasta quedar uniformemente, posteriormente se coloca el material en todas las marcas de las caras oclusales de los dientes (Superiores e Inferiores).

4.- Se lleva el trozo de cera rosa ya con hule a la boca del paciente y nuevamente pedimos que muerda, pero siempre con ayuda nuestra para que la mandíbula la llevamos a la posición más centrada.

5.- Retiramos la cera y de inmediato la chocamos, para estar seguros que no exis-

en irregularidades.

6.- Está unida en cera a la maquina al laboratorio junto con los modelos de trabajo (Ya realizadas las preparaciones de los dientes que se desean).

7.- Esto le servira al laboratorio como guía en el momento de articular y colocar dientes.

PROTESIS RENOVIBLE INMEDIATA

DEFINICION:

La Prótesis Renovable Inmediata es aquella en que la colocación del aparato protésico se efectúa inmediatamente después de haber procedido a la extracción de una ó más piezas dentarias y podrá ser quitada a voluntad del paciente para el caso de la misma.

Indicaciones de la Prótesis Renovable:

Existen varias indicaciones específicas para el uso de una restauración renovable:

Caso de extracción distal;

Exceptuando aquellas casos en los cuales la reposición de los segundos molares no es aconsejable o es innecesaria, o en los cuales el reemplazo de un molar molar perdido puede hacerse mediante una restauración fija o extensión, la reposición de los dientes posteriores perdidos sin la presencia de un pilar posterior, debe realizarse con una prótesis parcial renovable. Los casos más comunes de arcadas parcialmente destruidas, son las que corresponden a las clases I y II de Kennedy.

Extracciones Recientes:

La reposición de dientes recientemente extraídos puede llevarse a cabo satisfactoriamente mediante restauraciones fijas. Debe recurrirse a una prótesis parcial renovable cuando se necesita un resaca posterior y se va a construir una restauración fija en línea. Si se utiliza una prótesis totalmente de acrílico en vez de una prótesis parcial más elaborada, el costo inmediato para el paciente, es mucho menor; la boca de resaca puede llevarse mejor a futuras oscilaciones temporales.

Necesidad Protéticas Laterales:

Una brecha lateral puede ser totalmente dentosomática si los pilares y los medios para transferir el soporte a la prótesis son adecuados y si el arazon protético es -
suficiente. Existe poca diferencia si la hay, entre el soporte proporcionado, a una próte-
sis parcial removible y el proporcionado a una restauración fija por los pilares adya-
centes.

Una prótesis parcial removible que otorga su retención soporte y estabilización de
pilares del lado opuesto, está indicado con el mismo ras lógico de reponer dientes per-
didos.

Necesidad de Estabilización Unilateral:

La Prótesis Parcial Removible puede accionar como una fuerza peridontal a través
de la acción de estabilización bilateral sobre los dientes adyacentes por enfermedades -
parodontal.

Cuando se han preparado correctamente varios pilares a lo largo de la arco el -
efecto benéfico de una prótesis parcial puede ser mayor que el efecto de una prótesis -
fija unilateral.

La Estética en el Sector Anterior:

Entre las exigencias estéticas y fonéticas surgen la importancia en el resultado de
dientes anteriores perdidos, muchas veces éstas se cumplen mejor mediante el uso de una
prótesis parcial removible, en vez del puente fijo. Esto resulta cierto cuando se han
perdido varios dientes anteriores, y cuando además del uso de dientes artificiales -
es posible lograr un mejor soporte, contorno y fonética.

VENTAJAS Y DESVENTAJAS

En algunos casos es necesario elaborar la prótesis parcial que sustituya uno ó varios dientes anteriores para su colocación inmediata. Cuando se lleve a cabo este procedimiento, se deben reemplazar solo dientes anteriores, los dientes posteriores pueden substituirse inmediatamente solo en contadas ocasiones.

La técnica para elaborar la prótesis parcial inmediata es básicamente la misma que la que se emplea para la prótesis completa, con algunas variantes. Se toma impresión en la forma habitual, si existen carizulas extensas en los dientes que se van a substituir, es conveniente cubrirlos con cemento antes de introducir el material de cemento, para evitar que este se resque al sacarlos de la boca.

En el modelo de yeso se retiran los dientes que se van a extraer y se simulan las cuencas una vez elaborada el esqueleto se ajustan los dientes al proceso resumiendo del modelo y se unen a la rayilla de retención con cera. Si se va a emplear un revorte lateral, los dientes se colocan en la cera que forma el abombamiento de la prótesis.

Los dientes comunes para prótesis, ya sean de foscilera ó de resina acrílica se usan como substitutos de los dientes naturales ya que pueden reemplazarse fácilmente con otros nuevos cuando el proceso alveolar se reabsorba formando un espacio entre diente y hueso.

Una vez colocados correctamente los dientes, articulados con su artificio y unido el esqueleto con cera, se continúa el proceso habitual en la elaboración de una prótesis. En la siguiente cita se extraen los dientes naturales y se coloca la prótesis.

Las ventajas de la técnica inmediata son evidentes para el paciente que debe aparecer en público para continuar su vida normal.

Las desventajas son que un resorción del hueso alveolar desde el momento de las extracciones deben compensarse posteriormente con procedimientos de ajustes. Esto implica un costo adicional, así como molestias para el paciente.

Otra desventaja es que no pueden probarse previamente los dientes dentro de la boca. En consecuencia la primera vez que los ve el paciente es después de que se han

extraído los dientes naturales y se han colocado la prótesis.

Es importante indicar al paciente que será necesario ajustar la prótesis de cuando en cuando al presentarse la resorción, y que al llevar a cabo esta operación tendrá que dejar la prótesis en el consultorio para realizar el trabajo de laboratorio.

Este es el momento oportuno de analizar con el paciente las ventajas de tener más de una prótesis; sin duda esté considerando esta posibilidad si no desea ver interrumpidas sus actividades diarias.

Plan de Tratamiento

Cuando se ha decidido finalmente el tipo de diseño de la prótesis prescrita, basándose en un análisis minucioso de los datos reunidos, puede formularse el Plan de Tratamiento. Este procedimiento consiste en señalar en términos claros y concisos - cada uno de los pasos clínicos que deben llevarse a cabo y en el orden que van a desarrollarse, con el fin de preparar la cavidad bucal para la colocación de la prótesis.

Secuencia del Tratamiento:

El Plan de Tratamiento constituye, de otro modo, un bosquejo que describe los pasos clínicos que deben realizarse con el fin de aprovechar los elementos que favorecen el diseño mismo, eliminando o por lo menos disminuyendo al mismo tiempo los elementos desfavorables.

Procedimientos quirúrgicos:

En muchos pacientes que necesitan prótesis parcial removible se requieren diversos procedimientos quirúrgicos para una ó otra finalidad. La extracción de dientes enfermos debe llevarse a cabo en las primeras etapas del tratamiento.

Conveniencia Estética

Un diente puede necesitar ser extraído cuando su posición en el arco interfiera -

con la inserción y remoción de la prótesis con el diseño deseado.

Raíces retaridas y Restos de dientes:

Es difícil decidir la eliminación de raíces y restos retaridas antes de la elaboración de la prótesis, sobre todo porque el paciente es de edad avanzada ó de salud deficiente y es posible que responda en forma inadecuada a la cirugía.

Cuando se decide dejar el diente impactado, es conveniente examinar periódicamente este sitio valiéndose de placas radio,gráficas.

Se recomienda efectuar esta inspección en las citas periódicas programadas para montar la prótesis.

Alveoloplastias:

Lo más adecuado será preparar el proceso alveolar de modo que sea apto para soportar cargas adicionales, con lo que pueda llevarse a cabo simultáneamente con las extracciones.

Sin embargo cuando se encuentra que el proceso residual es rugoso y espinoso, puede optarse en algunos casos por esperar a que el organismo sane estas irregularidades ó bien intervenir quirúrgicamente y regularizar el hueso con instrumentos. Al formular esta decisión, debe considerarse principalmente el tiempo transcurrido desde la pérdida del diente, a menudo, es suficiente dejar pasar mas tiempo de cicatrización para que el hueso se regularice y el proceso tome su forma adecuada.

En algunos casos la regularización del proceso atrofiado disminuye la profundidad vestibular en tal forma que pone en peligro el soporte adecuado de la prótesis, por lo que puede colocarse una extensión vestibular.

Torno Palatino y Mandibular:

A menudo suele requerirse la eliminación del Torno Palatino, pero por lo general la prótesis superior puede retenerlo, si se considera que no conviene cambiarlo con el -

conector principal o la base de la prótesis. El torus lingual por otro lado, constituye casi siempre un obstáculo muy serio para el empleo de la prótesis y debe ser eliminado a menos de que exista alguna contraindicación.

Cuando es necesario eliminar un torus, ya sea palatino o mandibular, debe tenerse en cuenta que la herida cicatrizará más rápidamente y con menos molestias, disminuyendo al mínimo la posibilidad de complicaciones si se cubre con un soporte.

Las hipertrofias óseas pueden presentarse tanto en la mandíbula como en los maxilares. Suelen adoptar forma bulbosa y la mucosa que las cubre suele ser delgada, de tal forma que estas superficies son muy susceptibles a la irritación y al dolor si entran en contacto con alguna porción de la prótesis.

Eliminación de tejido hiperplásico:

Puede mejorar en forma notable el soporte de la prótesis. Aunque puede existir tejido superfluo en cualquier parte de la boca, suelen presentarse con más frecuencia sobre los procesos residuales y el paladar.

Realizar tratamientos paradontales y endodónticos si el caso lo amerita.

Establecer las Relaciones Oclusales:

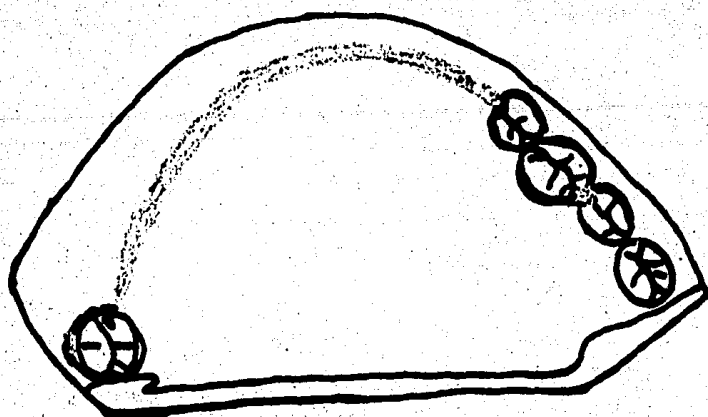
El registro de las relaciones oclusales comprenden el paso final en las confecciones de una prótesis parcial. Para la Prótesis Dentosoportada, la forma de reborde es de poca importancia ya que no interviene en el soporte de la prótesis. En cambio para una prótesis a extensión distal, los registros de las relaciones intermaxilares deben ser hechos solamente después de haber obtenido el mejor soporte posible para la base protética. Esto implica la confección de una o más bases que proporcionen el mismo soporte que tendrá la prótesis terminada. Por lo tanto, los registros oclusales no podrán efectuarse hasta que el profesional no tenga el modelo protético y haya tomado una impresión secundaria.

Para obtener los registros intermaxilares deberá corregirse la base ó emplear una nueva base de resina.

Los registros oclusales para una prótesis parcial removible pueden efectuarse mediante varios métodos. El que se utiliza con más frecuencia, es el registro de las relaciones estáticas con los dientes antagonistas. Este método involucra el uso de un arco facial para orientar correctamente el modelo superior en un articulador ajustable, un registro de relación céntrica para montar el modelo inferior y registrar protrusivos, lateralidad excéntrica, para ajustar el articulador.

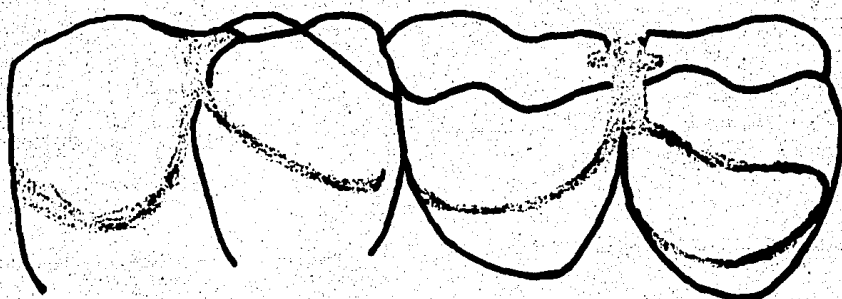
Un segundo método, que es gráfico, puede emplearse para registrar las relaciones céntricas, pero solo cuando los dientes antagonistas y los dientes naturales remanentes no presentan interferencias. Esto se debe a que el registro gráfico generalmente se realiza sobre un plano y no permite las inclinaciones cuspidas. Por lo tanto, este método se usa solamente en los casos de una prótesis parcial que tiene por antagonista una prótesis completa.

Un tercer método consiste en el registro de las trayectorias funcionales. Aquí se registran los dientes antagonistas en función y permite una oclusión de la prótesis parcial en armonía con la influencia cuspidas de los dientes naturales remanentes. Un registro de este tipo hecho en cera se transforma en una placa de montaje de yeso piedra, y los dientes artificiales se adaptan para que ocluyan con esta placa de montaje. Cuando existen dientes naturales en contacto occlusal, éstos influirán los movimientos mandibulares según la guía cuspidas así que mediante la guía condilar, tal como ocurre en prótesis completa. El registro de las trayectorias funcionales permite el asentamiento de la prótesis bajo una relación funcional con los dientes antagonistas y, en armonía, con los dientes naturales remanentes.



Retenedores múltiples en una boca quirúrgicamente mutilada, a la derecha existen abrazaderas, una barra y un retenedor circunferencial convencional, que toma los encavados linguales sobre los tres pilares.

A la izquierda hay un retenedor en forma de anillo bien diseñado que toma un socavato lingual, con un vistago de soporte sobre vestibular y un apoyo oclusal auxiliar para evitar la inclinación mesial. Notese el diseño rígido del conector mayor.



Brazos retentivos circunferenciales en horquilla y abrazadera, el terminal de cada uno toma un socavato retentivo circunferencial.

El uso del retenedor en forma de horquilla sobre el 2º molar es necesario por el hecho de que el único socavado accesible yace directamente bajo el punto de oclusión del brazo del retenedor.

Terminación:

El contorno de la zona gingival e interproximal en la resina curada es difícil y generalmente poco satisfactorio. La práctica de hacerlo data de los días cuando la vulcanita era recortada y conformada con los cínceles de tipo Pearson y el recortador era una parte del instrumental necesario en todo el laboratorio dental. La terminación se hacía con fresa para caucho y con cepillo en forma de rueda y pínz, formando los surcos interproximales que por muchos años constituyeron la típica imagen protética.

No solo esto se contraponía a los modernos conceptos de la estética sino que el tallado gingival e interproximal de la resina alrededor de las dentas plásticas, no puede ser echo sin dar origen a los dientes artificiales.

Las modernas consideraciones estéticas, exigen que el tallado gingival sea hecho alrededor de cada diente individualmente, con variaciones en la altura de la curva gingival y en la longitud de la papila interdental.

Interproximalmente, la papila debe ser convexa y no cóncava. La inserción gingival no debe tener surcos ó fosas que acumulen restos y pigmentos y debe ser lo más autolimpiable posible. Todo esto impide la conformación precisa y el recorte de las zonas gingivales después del curado. El tallado gingival debe ser echo de cara y el empujado debe ser hecho con cuidado para evitar burbujas y defectos.

El acabado debe consistir por la misma razón, solo en recortar alrededor de los dientes y de las papilas interdenciales con una pequeña fresa redonda para crear una similitud más natural de tejido vivo y en un suave granado con una fresa redonda despendada.

El pulido reside solo en un suave pasaje de un cepillo, de nunca con fresa y finalmente en un cepillado blanco con un agente de pulido no abrasivo, como el duto de estato.

El empleo de pínz en las zonas gingivales puede ser útil para pulir algunos puntos y cuando pueda ser hecho suavemente, su uso debe limitarse a un leve pulido de zonas en lo posible ya suavizadas por otros medios.

No sólo el uso excesivo de pómez sobre la resina original la "típica imagen protética" sino que altera la superficie de cualquier diente plástico. Si se usa pómez, los dientes deben ser protegidos con una adhesiva durante el procedimiento.

Esta operación de pulido de una prótesis parcial hecha con un torno, se hace peligrosa por la presencia de los retenedores que pueden fácilmente ser atrapados por la rueda pulidora, aunque el mayor daño que pueda ocurrir es la distorsión del retenedor - existe una gran posibilidad de que la prótesis pueda ser arrojada con fuerza contra el recipiente de la pulidora con el consiguiente daño del arazón y de otras partes de la prótesis. El técnico debe estar atento ante esta posibilidad y debe cubrir siempre todo retenedor que se proyecte con el dedo, mientras aquel está cerca de la rueda de pulir.

Además es aconsejable mantener el recipiente para pómez bien lleno con pómez húmedo, para que amortigüe el impacto, si ocurre algún accidente. Todo otro recipiente utilizado al pulir, debe recubrirse con una toalla o con un material rescatante con el revestimiento interno utilizado en los automóviles por la misma razón.

Frush ha hecho una lista de las reglas para variar la altura del tejido gingival en la porción cervical de los dientes:

a) Ligeramente por debajo de la línea del labio en los incisivos centrales.

b) Más alta que la línea gingival del incisivo central ó lateral mayor gingival en el cono.

c) Ligeramente más baja que el cono en el premolar y variable para molares y molares.

La línea interdentaria correctamente conformada debe ser armoniosa de modo que sea satisfactoria. Debe ser formada de modo que armonice con la edad y que sea un factor decisivo en la forma de diseño dentario visible.

Las instrucciones de Frush para terminar una prótesis que se hizo cuidadosamente concuerdan antes del ensamblaje con las siguientes:

1. - Reducir el exceso periférico, y si es necesario, elevados de los cuernos de los dientes.

2.- Recortar por lingual de los dientes y determinar cortes o valles linguales -
dentros de cualquier espacio interdentual.

3.- Abrasionar las caras vestibulares con una fresa redonda numero 3.

4.- Refinar las papilas con una fresa redonda numero 1 y finalmente con una fresa
numero 1/2 redonda.

5.- Pulir las periferias y las caras palatinas ó linguales. Luego pulir ligera-
mente las superficies abrasionadas (vestibulares) con un cepillo rueda numero 12 y -
plaz.

6.- Usar lucira al paladar (lingual) y a la periferia (bordes), pero no a la cara -
vestibular.

CONCLUSIONES

En este trabajo, he querido en extensión, tratar brevemente un aspecto de la prótesis que considero de gran importancia actualmente, pues las ventajas que nos brindan la prótesis inmediata, comparadas con sus contraindicaciones, me hacen considerar a este medio rehabilitante como uno de los factores protésicos más importantes y en muchos casos bastante superior a la prótesis mediata, no solo por su factor estético, sino porque en mi opinión el resultado funcional es mejor, puesto que en ningún momento el paciente queda desorientado o imposibilitado para proseguir sus actividades normales.

No se altera su fonética ni su relación inter-dento-alveolar y aun más este tipo de prótesis otorga una protección estera al alveolo pues al ser colocada el aparato protésico, esta zona cruenta queda cubierta, lo que favorece su cicatrización.

BIBLIOGRAFIA

La Ciencia de los Materiales Dentales

Enryer W. Shinnar, D.S.

6a. edición. Buenos Aires.

Editorial ardi.

Atlas de Prótesis Parcial Fija

David E. Camarero

6a. edición.

Ed. Medica Panamericana S.A.

Prótesis fija

H.J. Roberts

Año 1979.

Editorial Medica Panamericana.

Practico Moderna de Prótesis de Coronas y Puentes

Johnston

Última edición

Ed. Medica Panamericana.

Prótesis Parcial Removible

Dr. Ernest L. Miller

Año 1975

Ed. Interamericana S.A.

Prótesis Parcial Removible

Jayus Niccaches

Buenos Aires.

Ltd. Meridí S.A. S. C. y F.

Prótesis de Coronas y Puente

Oyer, George E.

Año 1976

Barcelona Labor.

Prótesis para el Verdadero Falso

Hucner, Carl O.

Año 1978

Buenos Aires Meridí.

Prótesis Periodontal

Greider, Arthur

Año 1973

Buenos Aires, Meridí.

Prostodoncia Dental Completa

Sherry, John

Año 1977

Barcelona.

Prótesis Total

Salzer Pedro

Año 1972

Buenos Aires.