



298
2ej

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

RESTAURACIONES PROVISIONALES

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

LUZ MARIA SOTO PEREZ

México, D. F.

1987



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

INTRODUCCION

CAPITULO I

DEFINICION Y OBJETIVOS 1

CAPITULO II

OBTURACIONES Y APARATOS

PROVISIONALES 4

CAPITULO III

CORONA METALICA ANATOMICA PREFORMADA 8

CAPITULO IV

RESTAURACION PROVISIONAL PARA UN

DIENTE DESVITALIZADO 18

CAPITULO V

FERULAS PROVISIONALES 34

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

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

Es en la Odontología Restauradora donde convergen múltiples facetas que constituyen el arte y la ciencia de hoy día.

En este estudio hacemos mención de un punto que consideramos de vital importancia, considerando que de -- ello depende el éxito o fracaso y teniendo en cuenta que trabajamos para restablecer una acción importante tanto para la función como para la estética y salud del Aparato Es tomatognático del paciente.

Es importante que mientras se confecciona una restauración colada, el o los dientes preparados estén protegidos y que el paciente se encuentre cómodo. Si se resuelve con éxito esta parte del tratamiento, se ejercerá una -- influencia favorable en el resultado final y el paciente -- depositará su confianza en nosotros.

Esta fue nuestra inquietud y de ahí, el presente trabajo.

CAPITULO I

DEFINICION Y OBJETIVOS

La restauración utilizada durante el lapso de -- tiempo comprendido entre el tallado de la preparación y la colocación de la Restauración definitiva se denomina **PROTESIS TEMPORAL O PROVISIONAL**.

La importancia y objetivos de la Prótesis Provisional son:

- a) Proteger los tejidos dentarios comprometidos en el tallado de la preparación.
- b) Mantener los dientes en sus posiciones y evitar su extrusión, inclinación, giroversión, etc.
- c) Conservar la estética y recuperar la función masticatoria de manera satisfactoria hasta la construcción de la prótesis definitiva.
- d) Proteger los tejidos gingivales de toda clase de traumatismos.

**CONDICIONES QUE DEBE REUNIR UNA
RESTAURACION PROVISIONAL**

- a) Protección Pulpar.- Debe estar fabricada de un material que evite la conducción térmica; los márgenes deben estar adaptados de modo que no haya filtraciones de saliva.
- b) Estabilidad posicional.- El diente no debe extruirse ni migrar en alguna dirección. Cualquier movimiento requiere ajuste o rectificación de la restauración final antes de su cementado.
- c) Función oclusal.- Haciendo que la restauración temporal tenga función oclusal, se beneficia el confort del paciente y se ayuda a prevenir migraciones.
- d) Limpieza.- La restauración debe estar hecha de un material y una forma que facilite la limpieza durante el tiempo que estará colocada. Si los tejidos gingivales permanecen sanos el tiempo que el provisional es utilizado, probablemente no será éste el problema que surja después del cementado de la restauración final.
- e) Márgenes no lesivos.- Es de suma importancia que los márgenes de las restauraciones provisionales no lesionen los tejidos gingivales.

- f) Solidez y retención.- La restauración debe resistir -- las fuerzas que actúan sobre ella sin romperse ni desprenderse.

- g) Estética.- En algunos casos la restauración provisio-- nal debe producir un buen efecto estético, especialmen-- te en dientes anteriores y en los premolares superio-- res, así como de color estable.

- h) Deben tener la capacidad de ajustarse y asimismo, ser de fácil fabricación y funcionalidad.

- i) Deben ser fácilmente corregibles o alterables, pues se pueden reducir con fresas o bien pueden rebasarse para variar en forma, tamaño y color.

- j) No deben reaccionar adversamente al cemento provisio-- nal.

La prótesis provisional debe cumplir con todos -- los requisitos mencionados, debiendo poner al conocimiento del paciente que este trabajo le servirá únicamente duran-- te el período que transcurra en la elaboració de la próte-- sis definitiva.

CAPITULO II

OBTURACIONES Y APARATOS PROVISIONALES

Durante el tratamiento provisional para la construcción de prótesis se usan diversas restauraciones y aparatos. Las restauraciones se utilizan para proteger la dentina y la pulpa del diente una vez concluida la preparación del retenedor y antes de que el puente esté listo para cementarlo.

También se hacen para tratar caries en los dientes que van a servir como pilares de puentes, pero cuya preparación no se hará hasta que se haya concluido el tratamiento de otras zonas bucales cuando es necesario hacerlo como parte del tratamiento general que puede requerir el caso particular.

Las dentaduras provisionales removibles se colocan cuando hay que sustituir dientes perdidos por extracciones o por traumatismos, con el objeto de conservar la estética y la función, y para evitar que los dientes contiguos se muevan hacia el espacio desdentado, o que aumente la erupción de los antagonistas hasta que se pueda construir una restauración fija.

Los mantenedores de espacio sirven para impedir -

que los dientes contiguos o antagonistas al espacio resultante de la extracción de una o más dientes se muevan o aumenten su erupción; están indicados en aquellos casos en que no es factible la construcción de una dentadura ó de un puente provisional.

OBTURACIONES PROVISIONALES

Las obturaciones provisionales están indicadas en dos condiciones generales:

1.- Para proteger dientes ya preparados hasta que la restauración esté lista para cementarse o para proteger dientes que se están preparando desde una visita hasta la siguiente, y,

2.- Para tratar lesiones de caries y conservar -- dientes que se van a usar como pilares en citas posteriores.

En el primer caso, la obturación servirá solamente durante unos días; en el segundo caso pueden pasar varios meses antes de que se empiece el tratamiento definitivo.

Para cumplir los objetivos anteriores se usan distintas clases de obturaciones y restauraciones provisionales, ejem:

- a) Obturaciones de cemento.
- b) Obturaciones de amalgama.
- c) Coronas metálicas.
- d) Restauraciones y coronas de resina
- e) Coronas anteriores de policarbonato.
- f) coronas provisionales para dientes desvitalizados.
- g) Puentes provisionales de acrílico.

OBTURACIONES DE CEMENTO

En las obturaciones provisionales se usan cementos de fosfato de zinc y cemento de óxido de zinc-eugenol. Ninguno de estos cementos resiste mucho tiempo la acción abrasiva y disolvente a que están sometidos en la boca. Tampoco pueden resistir los efectos de la masticación sin fracturarse.

Los cementos pueden usarse con éxito en cavidades pequeñas intracoronarias durante períodos que no excedan de los 6 meses, pero nunca se usarán como topes para mantener una oclusión céntrica solamente se pueden usar en cavidades donde la guía oclusal céntrica caiga en cualquier parte de la superficie oclusal que quede por fuera de la restauración. Duran más en las cavidades clase V y de clase III, porque quedan protegidas de la oclusión.

Por lo tanto las restauraciones de cemento sir--

ven en el tratamiento de caries en dientes que después van a servir como pilares en los seis meses siguientes, en posiciones que no estén sujetas a las fuerzas de oclusión, o que no queden como guías de oclusión céntrica.

Hay que evitar la naturaleza irritativa de los cementos de fosfato de zinc y en cavidades profundas es indispensable colocar una base de material sedante.

Los cementos de óxido de zinc-eugenol no tienen acción irritante para la pulpa cuando se coloca en la dentina que cubre el tejido pulpar y deben ser preferidos.

CAPITULO III

CORONA METALICA ANATOMICA PREFORMADA

Se usan de acero inoxidable y aluminio. Pueden -- surgir situaciones clínicas en que no es posible o desea-- ble hacer una corona provisional a medida de acrílico. Una de las mejores indicaciones de las coronas metálicas pre-- formadas es la emergencia que se presenta cuando se fractu-- ra una cúspide. El óxido de zinc-eugenol sólo no se adhie-- re suficientemente al diente, y raramente hay tiempo sufi-- ciente en una cita de emergencia para fabricar a la medida una corona de acrílico.

Con las coronas metálicas preformadas se puede pro-- porcionar al paciente un recubrimiento provisional que le proteja el diente y que prevenga la irritación de la len-- gua y de las mucosas.

Estas coronas metálicas mejoran las relaciones - - oclusales y axiales, pero continúan siendo maleables y per-- miten que el paciente dé forma a la oclusión de la restau-- ración provisional. La porción cervical posee cierta cons-- tricción y ello permite una mejor relación con los tejidos.

La elección del tamaño de las coronas preformadas es un factor fundamental en la respuesta satisfactoria de

los tejidos.

Una de las ventajas que presentan estos productos comerciales es el ahorro de tiempo.

Existen varios sistemas útiles para este propósito que se basan en los mismos principios generales. El procedimiento consiste en:

- 1.- Preparación mínima del diente.
- 2.- Medición y selección de la corona.
- 3.- Recortado y adaptación del margen gingival.
- 4.- Ajuste oclusal.
- 5.- Cementado.

INSTRUMENTAL

- 1.- Turbina.
- 2.- Fresa no. 170.
- 3.- Calibre para seleccionar la corona.
- 4.- Juego de coronas preformadas.
- 5.- Bloque de ensanchar coronas.
- 6.- Tijeras para metal.
- 7.- alicates de contornear.
- 8.- Pieza de mano.
- 9.- Discos de lija.
- 10.- Papel de articular.
- 11.- Pinzas de Miller.

- 12.- Espátula para cemento.
- 13.- Loseta.
- 14.- Cemento de Oxido de zinc-eugenol.
- 15.- Vaselina.
- 16.- Bruñidor curvo.
- 17.- Sonda.
- 18.- Espejo bucal.
- 19.- Seda denta.

PASOS A SEGUIR:

- El diente ha de ser tallado mínimamente para hacer sitio para las coronas. Se empieza por la reducción oclusal siguiendo los planos inclinados de la cara oclusal. La profundidad será de 1mm. en las cúspides no funcionales y de 1.5 mm en las funcionales. Se talla un bisel en la cúspide funcional de 1.5 mm de profundidad.

- Se hace una reducción proximal para que pase la corona. Si el molar es portador de una obturación MOD, esta reducción se hace con toda facilidad eliminando la obturación de las cajas al mismo tiempo que se quitan zonas cariadas.

- El calibre para seleccionar coronas tiene tres zonas con láminas convergentes. Cada zona abarca diferencias de diámetro de 1 mm, de 9 a 10 mm, de 10 a 11 mm y de

11 a 12 mm. El calibre apoyado en las caras oclusales de los dientes de la arcada se alinea con los puntos de contacto y se desliza hasta que quede acufiado en los puntos de contacto de los dientes contiguos al preparado. El calibre indica el tamaño de la corona a utilizar.

- La corona se prueba en el diente preparado. Si el collar gingival resulta demasiado estrecho, se ensancha en la preparación adecuado del bloque de ensanchar. Este está constituido por ocho preparaciones cónicas que se corresponden con dientes posteriores naturales superiores, inferiores, derechos e izquierdos. Empujando la corona en la preparación cónica de plástico, se ensancha y se abocarda, formándose una rebaba en gingival. también es necesario el abocardado si la pieza o corona está tallada con --hombro.

- La corona se coloca en el diente y se evalúa su longitud ocluso-gingival. Se compara la altura a la que está el borde de la corona con el borde gingival de la pieza contigua.

- Se recorta la corona con unas tijeras para metal, festoneando el borde con el mismo contorno que la inserción gingival del molar.

- Las rebabas y todas las irregularidades del bor-

de gingival se alisan con un disco de papel de lija.

- Con unas pinzas de contornear se bombea un poco la corona por debajo del borde. con esto se cierra un poco el contorno.

- Se prueba la oclusión con un papel de articular. Se retira la corona y se bruñen todos los puntos que están en hiperclusión.

- Colocamos un poco de vaselina en el exterior de la corona para que no se adhiera el cemento a la corona. se mezcla el cemento de óxido de zinc-eugenol a consistencia de crema espesa. La corona se llena de cemento y se lleva a su sitio en el diente presionándola con el dedo. El paciente puede cerrar la boca, interponiendo un rollo de algodón para mantener la corona en su sitio.

- Se bruñen los márgenes de la corona con un bruñidor curvo antes de que frague el cemento.

- Para retirar el cemento excedente de los espacios interproximales, se pasa un trozo de seda dental. Con una sonda se quita todo el excedente de cemento que ha que dado en subgingival.

- Por último, se controlan todos los márgenes para

estar seguros de que no traumatizan la encía en ningún punto.

CORONAS ANTERIORES DE POLICARBONATO

Este tipo de coronas se encuentran en el mercado y son de primera elección para realizar restauraciones provisionales para dientes anteriores tanto superiores como inferiores en diferentes formas y tamaños según las necesidades. Tienen la ventaja de ser bastante estéticas y su color es muy parecido al diente pues como es casi transparente denota el color original de la preparación o el material que utilizamos para el rebase; nos sirve para darle mejor tonalidad.

No obstante, hay que hacer bastantes modificaciones para corregir las discrepancias en morfología y el inadecuado contorno. Si no se adapta cuidadosamente el contorno, se tendrán márgenes desbordados horizontalmente, que lesionarían la encía. Para conseguir el adecuado contorno y la necesaria retención, las coronas deben rebasarse con resina acrílica.

Para no lesionar la pulpa y para conseguir la máxima exactitud, este rebase debe ser hecho en un modelo del

diente tallado, confeccionado con yeso de fraguado rápido.

INSTRUMENTAL

- 1.- Porta impresiones parcial para anteriores.
- 2.- Alginato.
- 3.- Taza de hule.
- 4.- Espátula.
- 5.- Yeso de fraguado rápido.
- 6.- Juego de coronas de policarbonato.
- 7.- Lápiz.
- 8.- Pieza de mano.
- 9.- Piedra verde.
- 10.- Discos de lija de grano grueso, mandril.
- 11.- Cepillo grande.
- 12.- Espátula para cemento.
- 13.- Separador de resina.
- 14.- Monómero y polímero de acrílico.
- 15.- Rueda de pulir de trapo.
- 16.- Pasta de pulir blanca.
- 17.- Papel de articular.
- 18.- Loseta.
- 19.- Cemento de óxido de zinc-eugenol.
- 20.- Vaselina.
- 21.- Espejo bucal.
- 22.- Seda dental.

PASOS A SEGUIR

- Una vez terminada la preparación, se toma una impresión con alginato en un portaimpresiones parcial para - anteriores.

- Después de retirada la impresión de la boca, se vacía con yeso de fraguado rápido. Se separa el modelo de la impresión tan pronto como la uña no pueda rayar el yeso.

- Con el muestrario de tamaños que viene en el kit de coronas, se determina la anchura mesiodistal apropiada.

- Se busca una corona del tamaño elegido y la probamos en el modelo o en boca; con un lápiz se hace una señal en la porción gingival de la superficie labial. La -- distancia entre la señal del lápiz y el borde debe ser -- igual que la discrepancia entre la altura total de la corona y el tamaño incisivo-gingival del diente contiguo.

- El exceso de longitud se recorta con una piedra verde grande, utilizando la marca del lápiz como referen--cia. Se prueba de nuevo la corona recortada en el diente. Si queda muy ajustada en los espacios interproximales, se puede ajustar con una piedra verde.

- Se coloca separador de resinas en el modelo de - yeso y esperamos a que seque.

- Mezclamos el monómero y el polímero en un godete y llenamos la corona con acrílico. Cuando el acrílico empieza a perder su brillo, se inserta la corona en el modelo presionando lentamente para liberar el sobrante del acrílico. Debemos asegurarnos que esté completamente asentada en el modelo y colocaremos a ambos en agua caliente para acelerar la polimerización.

- Una vez listo el acrílico, separamos la corona del modelo rompiendo el diente si es necesario. El exceso de los márgenes se elimina con un disco de lija de grano grueso.

- No debemos dejar ningún reborde afilado ni ningún cambio abrupto del contorno cerca del margen.

- Colocamos la restauración provisional en el diente preparado y comprobamos la oclusión con papel de articular. Se ajustan todos los puntos altos con una piedra verde, después de haber sacado la corona de la boca.

- Con una pasta blanca y una rueda de trapo se pulen las superficies de la corona.

- Para evitar que el excedente de cemento se pegue a la corona se aplica vaselina en la superficie de la misma.

- La corona se cementa con óxido de zinc-eugenol, asegurándonos que todo el cemento sobrante quede eliminado por medio de una sonda y de la seda dental.

CAPITULO IV

RESTAURACION PROVISIONAL PARA UN DIENTE DESITALIZADO

Muchas veces es difícil confeccionar una corona -- provisional en un diente preparado para preparación artificial con espiga, porque queda muy poco diente por fuera de la encía.

El uso de provisionales en dientes desvitalizados es muy importante porque protege al diente preparado de -- cualquier lesión durante las citas del tratamiento, ya que en ocasiones el diente puede encontrarse extremadamente -- frágil.

Mantiene la relación del margen gingival del diente en caso que el diente preparado quede por debajo del -- margen gingival, evita el crecimiento de la encía sobre la raíz, mantiene la relación mesiodistal de los dientes adyacentes, que de otra forma podrían inclinarse hacia la raíz desvitalizada como resultado de la falta de contacto. Mantiene asimismo, la función si está correctamente restaurado.

Para la elaboración del provisional procedemos a:

1.- Se lava y se seca perfectamente bien el conducto.

2.- Se lubrica con vaselina o grasa el conducto y el tejido gingival.

3.- Se hace acrílico de polimerización rápida y -- cuando tenga consistencia de migajón se empaca perfectamente bien en el conducto reteniendo el excedente.

4.- Una vez empacado el acrílico se introduce un clip en el conducto el cual tendrá muescas de retención para que se adhiera a él la resina. El clip no deberá interferir con la oclusión.

5.- se dejan pasar uno o dos minutos y se retira -- la impresión de acrílico y se verifica si está bien, vol-- viendo a introducir en el conducto varias veces hasta que polimerice totalmente.

6.- Una vez hecho el poste le uniremos a éste una funda de resina acrílica o de policarbonato. Esto lo realizamos adaptando la funda a la porción oclusal del clip -- utilizando la técnica de elaboración y colocación de este tipo de fundas.

Una vez unido el poste y la corona de policarbonato se desprende en una sola unidad, se recortan los posi-- bles excedentes y se verifica la oclusión.

La cementación es temporal con cemento de óxido de zinc-eugenol. el cemento no debe llevarse al poste únicamente a la superficie interna de la corona de acrílico.

También pueden dar excelentes resultados una corona de policarbonato con espiga incorporada que existe ya - prefabricada en el mercado. (Pin-temp).

CORONAS PREFABRICADAS DE RESINA

Este tipo de coronas están hechas con resinas acrílicas transparentes y se encuentran disponibles en el mercado en un surtido de tamaños tanto para dientes superior--res como para los inferiores. Hace algún tiempo, las coronas de este tipo estaban construídas en celuloide y, por - este motivo, aún es corriente que se les denomine formas - de coronas de celuloide.

Las coronas de celuloide no se pueden rellenar con una resina acrílica porque el monómero ablanda el celuloi- de. En cambio con las coronas de resina no hay inconve- niente alguno en rellenarlas de acrílico al construir la - corona provisional.

Las coronas prefabricadas se usan en la prepara- - ción de coronas completas en los dientes anteriores.

ELABORACION

- Se hace la selección de la corona la cual se recortará y contorneará dándole un contorno correcto de la región gingival.

- Se prepara una mezcla de acrílico lo más parecida al color del diente y se rellena la corona de resina -- transparente, presionando sobre la preparación teniendo -- cuidado de haber colocado un separador en el muñón de la -- preparación para que la corona se deslice más fácilmente al momento de desprenderla.

- Antes que polimerice por completo, se retira la corona, se eliminan los excedentes con tijeras finas, se deja endurecer, se procede a pulir.

- Y posteriormente se cementa con óxido de zinc-eugenol.

CORONAS PROVISIONALES DE ACRILICOS TECNICA DE ELABORACION INMEDIATA

Esta técnica es de forma indirecta y es muy usada cuando la anatomía de las piezas dentarias por preparar es casi completa, es muy fácil de hacerse y su elaboración es tá a la mano del operador; se realizan con resinas de poli-merización rápida.

Se utiliza debido a su semejanza con el tejido dentario; su insolubilidad a los fluidos bucales, es baja su conductibilidad térmica y por ser fácilmente manejable y adaptable, se le puede aumentar o disminuir el volúmen con suma facilidad, además se puede recementar varias veces -- sin modificar su función inicial.

Las condiciones que debe cumplir una corona provisional quedan mejor cumplidas con una corona hecha a la medida.

Por su facilidad, exactitud y protección pulpar, -- se prefiere la técnica indirecta a la directa. el contac- to del acrílico polimerizando con dentina recién cortada, podría causar irritación térmica por el calor liberado en la reacción exotérmica, o a la reacción química por el mo- nómero liberado. Se ha demostrado que produce una fuerte inflamación pulpar aguda, con acumulación de leucocitos y neutrófilos en los cuernos pulpares. Es otro irritante -- que se infringe a un diente que en la mayoría de los casos ya ha sufrido caries, restauraciones previas y que, además ha sido tallado a alta velocidad. Es una irritación adi- cional que debe ser evitada siempre que sea posible.

Si se emplea la técnica directa, la restauración -- debe ser retirada del diente antes de la completa polimeriz

zación del acrílico o bien no podrá ser retirada de ninguna manera.

Cuando el acrílico polimeriza sufre una contrac- --
ción de 7%. Y si al final de la polimerización se hace --
sin una forma que la soporte, habrá distorsiones y el ajus
te estará lejos del ideal.

INSTRUMENTAL

- 1.- Modelo de estudio.
- 2.- Cera.
- 3.- Espátula para cera no. 7.
- 4.- Portaimpresiones parciales.
- 5.- Alginato.
- 6.- Taza de hule.
- 7.- Espátula.
- 8.- Yeso de fraguado rápido.
- 9.- Cuchillo de laboratorio.
- 10.- Cepillo grande.
- 11.- Espátula para cemento.
- 12.- Godete.
- 13.- Separador de acrílico.
- 14.- Monómero y polímero de acrílico.
- 15.- Gotero.
- 16.- Pieza de mano.
- 17.- Disco de lija y mandril.
- 18.- Liga de goma.

Las resinas acrílicas pueden ser sustituidas por un derivado de la etilen-amina, que es más seguro porque no tiene monómero libre y porque su polimerización es sólo ligeramente exotérmica. Sin embargo, si se emplea mucho resulta un material altamente más caro.

PASOS A SEGUIR

- Antes de hacer el provisional de acrílico, hay que hacer un modelo que pueda servir para modelar los contornos exteriores de la restauración (superficies axiales y oclusales).

- La superficie interior se modelará con un modelo de la preparación o preparaciones terminadas.

- Para hacer la superficie exterior se han propuesto varios materiales y técnicas. Se han empleado con este propósito impresiones con polisulfuro, alginato y casquillos de plástico moldeados al vacío. Las impresiones con polisulfuro ofrecen buena estabilidad pero tienen la desventaja de ser caros. Los casquillos al vacío son probablemente los más estables; pueden servir para control de la reducción y para iniciar el encerado del patrón. Sin embargo, no todos los consultorios dentales están equipados con la máquina de moldear al vacío.

Las impresiones de alginato ofrecen una solución fácil y económica, que da resultados aceptables. Dará buenas restauraciones provisionales si su uso se limita a un solo cuadrante.

- El primer paso consiste en hacer una sobreimpresión del diente sin preparar, si el diente a restaurar tiene una lesión evidente, la sobreimpresión se hace del modelo de estudio. En el primer caso la impresión se toma mientras se espera a que haga efecto la anestesia.

- El modelo de estudio se prepara arreglando todos los defectos con cera bien alisada y sumergiéndolo en una taza de hule con agua durante 5 minutos. Mojando el yeso de este modo, se impide que el alginato se le adhiera.

- Una vez fraguado el alginato, se retira el modelo de estudio y se examina la sobreimpresión para comprobar si está completa. Para recortar el exceso de alginato se utiliza un cuchillo. Se elimina la delgada franja de alginato que corresponde al surco gingival, para asegurar un perfecto asentamiento del modelo en la sobreimpresión en posteriores operaciones. La sobreimpresión se guarda en una servilleta húmeda.

- Una vez terminado el tallado del diente, se toma -

una impresión del cuadrante correspondiente. Esta impresión se vacía inmediatamente con yeso de fraguado rápido. Una vez fraguado el yeso, se recorta con el recortador de modelos, eliminando todo el exceso de material. Las zonas del modelo que reproducen tejidos blandos deben recortarse al máximo.

- Comprobamos el modelo y eliminamos las perlas de las caras oclusales y del surco gingival que impedirían un asentamiento correcto. Una vez limpio se coloca en la sobreimpresión se controla el perfecto ajuste.

- El modelo del diente preparado y adyacente se pinta generosamente con un separador para acrílico. Debemos esperar a que el separador esté seco antes de mezclar la resina. El secado se puede acelerar con la jeringa de aire.

- En un godete se mezcla la resina acrílica con una espátula. Esta mezcla se coloca en la sobreimpresión de modo que llene por completo el área del diente para el que se hace la restauración provisional.

- Colocamos el modelo de yeso rápido en la sobreimpresión, asegurando que la alineación y el anclaje sean perfectos. La fuerza con que se asienta el modelo en la sobreimpresión es crítica. Una presión excesiva comprimirá el -

alginato y una fuerza aplicada de un modo desigual desviará el modelo; las dos cosas afectarán mucho a las restauraciones provisionales.

- Una vez que se ha asentado el modelo firmemente y se ha exprimido el exceso de acrílico, el modelo se mantiene en posición mediante una liga de goma grande. Colcamos el conjunto de sobreimpresión-modelo-resina en una taza de hule llena de agua caliente por 5 minutos.

- Cuando el acrílico haya polimerizado, quite la liga de goma y separe el modelo de la sobreimpresión. Si la pieza acrílica no se separa fácilmente del yeso, se rompe el diente con un cuchillo de laboratorio.

- Eliminamos todos los restos de yeso que hayan podido quedar en el interior de la restauración provisional; -- una de las ventajas de usar yeso fraguado rápido es precisamente la facilidad con que se retira del acrílico, por ser este yeso mucho más frágil que los otros.

- El exceso de acrílico se recorta con un disco de carburo. Las superficies axiales próximas a los márgenes se suavizan con un disco de papel de lija.

INSTRUMENTAL DE CEMENTACION

- 1.- Papel de articular.
- 2.- Pieza de mano.
- 3.- Pinzas de Miller para el papel de articular.
- 4.- Piedra verde.
- 5.- Rueda de trapo de pulir.
- 6.- Piedra pómez en polvo.
- 7.- Espátula para cemento.
- 8.- Loleta.
- 9.- Cemento de óxido de zinc-eugenol.
- 10.- Vaselina.
- 11.- Sonda.
- 12.- Espejo bucal.
- 13.- Hilo dental.

CEMENTACION

- La restauración se coloca en el diente; comprobamos la oclusión con papel de articular delgado. Retirando la restauración del diente ajustamos los contactos oclusales prematuras con una piedra verde.

- Una vez colocada la restauración y ajustada la articulación de modo que no moleste, se pule la restauración con polvo de piedra pómez en la rueda de trapo. Se puede -

dar brillo con una pasta de pulir, si se trata de dientes anteriores.

- La restauración debe cementarse con óxido de zinc-eugenol. Una vez mezclado el cemento a una consistencia de crema espesa, se le añade un poco de vaselina para reducir un poco de su fuerza. Esto facilitará su retiro en la próxima cita. Si la preparación es corta o poco retentiva, no debe añadirse la vaselina.

- Después de haber cementado la restauración debe -- eliminarse el excedente de cemento con una sonda y con hilo dental en los espacios interproximales.

TECNICA DE IMPRESION CON SILICON Y ACRILICO DE AUTOPOLIMERIZACION

TECNICA DE ELABORACION INMEDIATA INSTRUMENTAL

- 1.- Porta impresiones parcial.
- 2.- Silicón de cuerpo pesado.
- 3.- Activador.
- 4.- Vaselina.
- 5.- Godete.
- 6.- Monómero y polímero de acrílico.
- 7.- Pieza de mano.
- 8.- Discos de lija.

ELABORACION

- Se toma una impresión de silicón de los dientes en tratamiento, el mismo día que se van a preparar. La impresión se toma mientras se espera a que haga efecto la anestesia.

- Terminadas las preparaciones, se coloca un poco de vaselina sobre los dientes y se mezcla el acrílico de autopolimerización.

- La mezcla de acrílico se coloca en la sección de la impresión que corresponde a los dientes preparados. Esta debe estar en consistencia de migajón.

- El conjunto se lleva a su posición en la boca, teniendo en la mano una pequeña porción de acrílico para juzgar el progreso de la polimerización.

- Se retira la impresión justo antes de alcanzar la polimerización.

- Retiramos el acrílico de la impresión con silicón y lo colocamos en los dientes correspondientes para controlar la oclusión y los márgenes.

- Cuando la prótesis provisional esté polimerizada -

podrá recortar los márgenes, pulir y cementar.

El proceso de cementación es el mismo al anteriormente descrito.

TECNICA DE MOLDE

(OMNIVAC)

En esta técnica son necesarias las impresiones totales de las arcadas tanto superior como inferior, corridas con yeso piedra, éstas deben ser tomadas antes de realizar las preparaciones.

Si se va a restituir un diente o más en el espacio edéntulo; se pueden encerar o bien utilizar un diente de --acrílico.

El molde se confecciona con la ayuda de una máquina de vacío térmica que adapta una hoja de plástico transparente al total del modelo de yeso piedra. Posteriormente se --recorta en torno de los dientes por preparar.

Terminado las preparaciones, se hacen las coronas --provisionales de manera similar a las puestas en práctica --para las coronas de celuloide. El plástico debe retirarse --antes de cementarse.

LIMITACIONES EN LAS RESTAURACIONES PROVISIONALES

Debemos tener plena conciencia de la insuficiencia - de las restauraciones provisionales, por diversas razones.

Las restauraciones provisionales plantean problemas relativos a todas las técnicas y materiales existentes.

A continuación, se expone una lista de las limitaciones de los provisionales:

1.- Falta de resistencia intrínseca. Las restauraciones provisionales se fracturan en los tramos largos y en pacientes con espacio interoclusal reducido. Si se eleva el volúmen, el malestar del paciente aumenta, así como los períodos de adaptación.

2.- Mala adaptación marginal. Esta es una tarea difícil de cumplir para lograr una terminación marginal y pulido minuciosos.

3.- Inestabilidad de color. Se aprecia en pacientes a los que se les colocan restauraciones provisionales durante un tiempo prolongado.

4.- Escasa resistencia al desgaste. Los dientes se

correran o experimentarán torsiones si el paciente aplica una carga oclusal excesiva a la restauración provisional.

5.- Emisión notable de mal olor. El olor se desprende pese a la atención que ponga el odontólogo para crear espacios suficientes en las troneras. Las resinas, en particular las de autopolimerización, son porosas y permeables a los líquidos.

6.- Características inadecuadas de cementado. En la actualidad son pocos los cementos que aseguren una relación adecuada en la interfase con los acrílicos. La incompatibilidad entre los cementos sedantes y los materiales polimerizables es destacada.

7.- Respuesta pobre del tejido a la irritación. Se hallan en todas las formas actuales de recubrimiento provisional, algunas técnicas son menos nocivas que otras.

8.- Remoción ardua del cemento. No es raro encontrar cemento en la zona gingival proximal y en el ápice de las áreas de troneras. A menudo las radiografías post-operatorias son una ayuda.

9.- El tiempo invertido en la confección puede resultar prohibitivo.

CAPITULO V

FERULAS PROVISIONALES

Las férulas provisionales suelen usarse en tratamientos periodontales avanzados o en odontología restaurada compleja; procedimiento que se emplea cuando los dientes deben soportar fuerzas más allá de sus límites fisiológicos.

El propósito de la férula provisional es distribuir y dirigir las fuerzas funcionales y no funcionales, para llevarlas dentro de la tolerancia de los tejidos de soporte remanente y eliminar cualquier movimiento presente.

Podríamos decir también, que es una reorientación de las fuerzas y tensiones que cumplen un papel en el aparato dentario, para traer los dientes dentro de la capacidad de adaptación de los tejidos periodontales. La fijación proporciona una ventaja mecánica y simultáneamente restringe los movimientos dentarios excesivos.

Las férulas provisionales aportaron en particular la oportunidad de lograr lo siguiente:

- 1.- Restablecer la forma coronaria fisiológica correcta.

- 2.- Crear troneras adecuadas antes de su reemplazo con un tipo de material de restauración más permanente.

3.- Ayudar al establecimiento gradual de una oclusión satisfactoria donde existan disparidades en las relaciones maxilomandibulares.

4.- Crear un modelo para determinar la estética óptima.

5.- Permitir la remoción periódica para la visualización óptima de la recuperación quirúrgica.

6.- Estabilización, la fuerza puede permanecer igual a la que existía antes de la ferulización, se aumenta el área unitaria de resistencia a la fuerza. Se modifica la dirección de la fuerza; la fuerza total puede ser la misma, pero estar modificada la incidencia del punto de la fuerza y puede ser reorientada su dirección terminal.

TIPOS DE FERULIZACION

- La ferulización unilateral; es la unión de dos ó más dientes en un plano de un segmento del arco. En este tipo de ferulización, la resistencia será primeramente, contra la acción de la fuerza mesio-distal. La única resistencia vestibulo-lingual es la proporcionada por los dientes firmes vecinos a una pieza dentaria debilitada.

- La ferulización bilateral ó ferulización en arco

total, incluye los dientes de dos o más segmentos del arco, incluso toda la arcada. En este tipo de ferulización la resistencia se hace a todas las direcciones de las fuerzas y los dientes móviles pueden soportar otros pilares móviles.

Como las fuerzas de la oclusión son multidireccionales, la ferulización ideal para reducir la movilidad vestibulo-lingual es la que abarca todo el arco dentario; le da una resistencia máxima contra las fuerzas multidireccionales que ocurren en la boca.

TIPOS DE FERULAS

A. FERULAS PROVISIONALES.

Se emplean por un período limitado de tiempo:

- a) Para ayudar a la curación, limitando la movilidad de los tejidos de cicatrización.
- b) Para inmovilizar y aliviar el periodonto que va a ser sometido a cirugía periodontal.
- c) Para ayudar a determinar el pronóstico de dientes dudosos.

Las férulas provisionales nos dicen si el caso será un éxito o un fracaso.

B. FERULAS PERMANENTES.

Sirven como coadyuvantes constantes para el mantenimiento de la salud periodontal.

Se emplean cuando el soporte periodontal se ha perdido y para que las fuerzas fisiológicas corrientes no sean lesivas.

La superficie del aparato de inserción debe ser más grande en relación con el tramo y la función. La fijación completa asegurará la estabilidad necesaria.

C. FERULAS TELESCOPICAS.

La telescopía es el proceso de colocar un recubrimiento total, colado-primario, en un diente preparado, y -- luego colocar otro, secundario, sobre el colado primario.

No es necesario hacer las preparaciones dentarias -- paralelas, pero el recubrimiento total colado si debe ser -- paralelo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

GEORGE E. MYERS.
Prótesis de Coronas y Puentes
Editorial Labor, S.A.
Sexta Edición, Barcelona España
1981.

SHILLINGBURG, HOBO, WHITSETT
Fundamentos de Prostodoncia Fija
Editorial Quinta Esencia
Segunda Edición
1981

TYLMAN S.D. MALONE F.P.
Teoría y Práctica de la Prostodoncia Fija
Editorial Inter-Médica
Séptima Edición, Argentina
1981

DR. LLOYD BAUM
Rehabilitación Bucal
Editorial Interamericana
1977

JOHNSTON J.F. PHILLIPS R.W. DYKEMA R.W.
Práctica Moderna de Prótesis de Coronas y Puentes.
Editorial Mundi, S.A.

KORNFELD MAX
Rehabilitación Bucal Procedimientos
Clínicos y de Laboratorio