

CASO CLINICO INTERDISCIPLINARIO

X SEMESTRE

INTREGRANTES

MARIA DEYSI CALDERON	COD. 021195
OLGA LUCIA BOHÓRQUEZ	COD. 021196
MARIA CATALINA CUELLAR	COD. 981070
EDANIS PAEZ	COD. 971030
CARLOS EDUARDO MUÑOZ	COD. 961024

PRESENTADO A:

Dra. DIANA GUZMÁN

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
ODONTOLOGÍA INTEGRADA
SEPTIEMBRE 25 DE 2002**

INTRODUCCIÓN

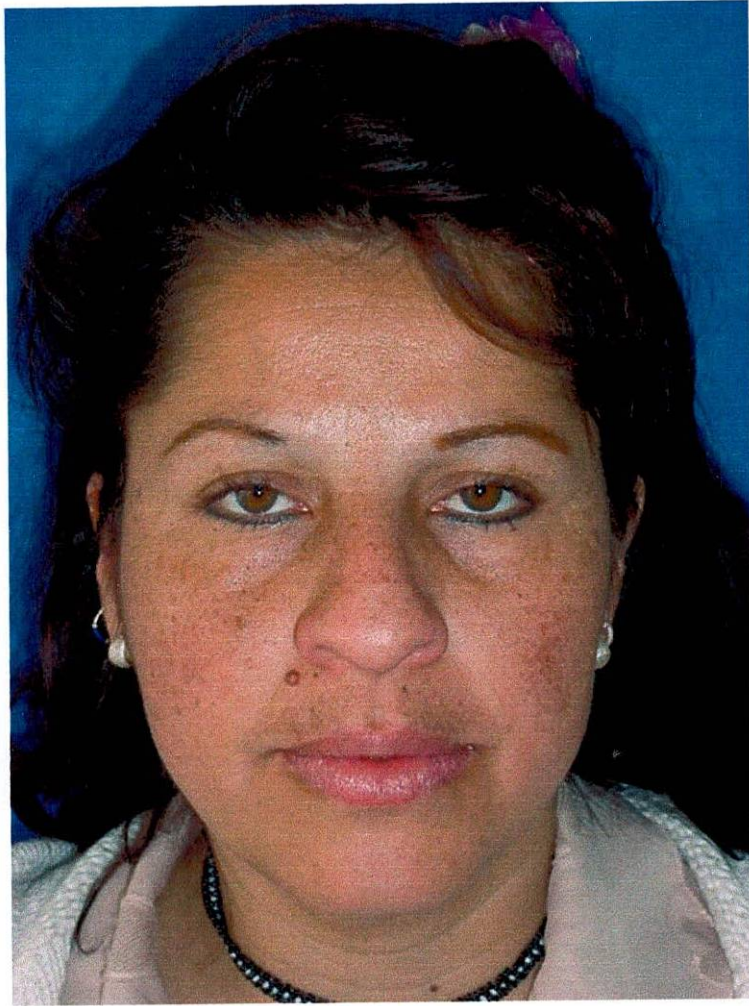
La presentación de este caso clínico a sido de gran importancia para nosotros ya que aquí hemos descubierto la importancia que tiene la plantación de un tratamiento y la diversidad de opciones que podemos encontrar para cada caso en especial.

Aquí hemos recopilado la información necesaria y fundamental de nuestro paciente en estudio y con base en esto hemos presentado un plan de tratamiento ideal y unos alternativos.

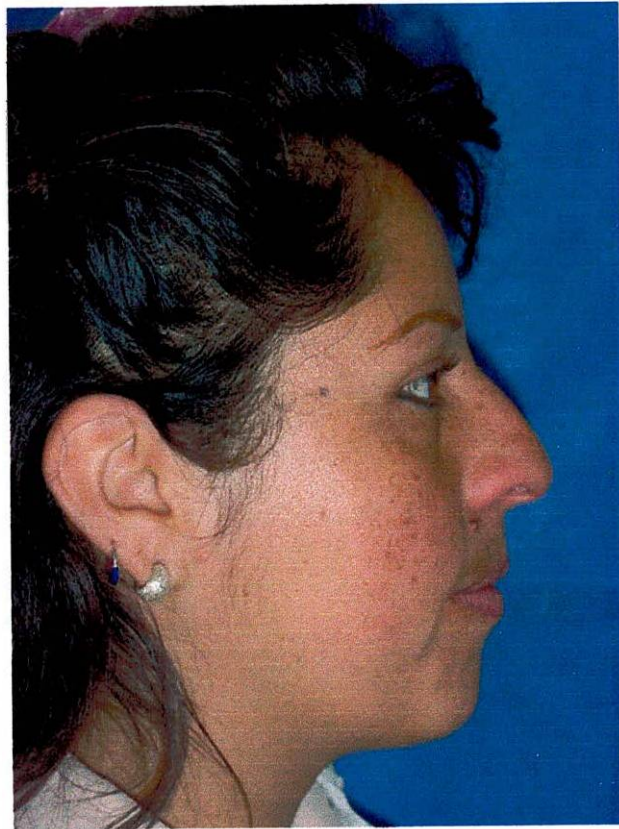
Hemos aprendido y descubierto las múltiples alternativas de tratamiento estético que podemos encontrar para un diente tratado endodónticamente.

Nos hemos basado en bibliografía de prostodoncia , artículos de Internet, y guías de prostodoncia y oclusión.

Esperamos cumplir con las expectativas del auditorio y despertar controversia para así lograr una verdadera interpretación multidisciplinaria de nuestro caso clínico.



2
2
2



CASO INTERDISCIPLINARIO

X SEMESTRE

INFORMACION GENERAL

- **NOMBRE:** Flor Alba Soto Jaramillo.
- **CC:** 39.746.998 de Bogota.
- **EDAD:** 36 años
- **SEXO:** femenino
- **Raza :** Blanca.
- **ESTADO CIVIL:** Casada
- **ESCOLARIDAD:** Bachiller
- **OCUPACION:** Estilista.
- **ULTIMA VISITA AL MEDICO:** 27/02/01 (legrado)
- **ULTIMA VISITA LA ODONTOLOGO:** 1 año.
- **MOTIVO DE CONSULTA:** La paciente refiere “ Tengo este diente de color oscuro “ señala el diente numero.

EXAMEN FISICO

- **ASPECTO GENERAL:** Paciente aparentemente sano, con buen estado de animo, pensamiento coherentes y buena transferencia y cotrasferencia.
- **PESO:** 60Kg
- **RH:** 0+
- **ESTATURA:** 1.66cm
- **TEMPERATURA:** 36°C
- **PRESION ARTERIAL:** 110/60mHg
- **FRECUENCIA CARDIACA:** 72
- **ALERTA MEDICA:** Ninguna

ANAMNESIS

- **HISTORIA MEDICA FAMILIAR:** Diabetes (madre), Cáncer (padre).
- **HISTORIA MEDICA PERSONAL:** Cirugía de hernia inguinal, legrado, dos partos normales.

ANTECEDENTES ODONTOLOGICOS

- **ANESTESIA GENERAL:** sin complicaciones.
- **ANESTESIA LOCAL:** sin complicaciones.
- **HEMORRAGIA POST-EXODONCIA:** no presenta

- **ATENCION RECIBIDA:** prevención, operatoria, cirugía,
- **HIGIENE ORAL:** deficiente, porcentaje inicial de placa bacteriana del 60%.

EXAMEN ESTOMATOLOGICO

- **DOLOR ARTICULAR:** no presenta.
- **DOLOR MUSCULAR:** no presenta.
- **RUIDO ARTICULAR:** popping en ATM derecha.
- **DESARMONIAS OCLUSALES:** presentes.
- **ODONNTALGIA:** refiere diente 46
- **SANGRADO GINGIVAL:** presente.
- **HALITOSIS:** presente.

EXAMEN FISICO ORAL

- **LABIOS:** normales.
- **CARRILLOS:** normales.
- **SURCO VESTIBULAR:** normal.
- **GINGIVA:** anormal.
- **LENGUA:** normal.
- **PISO DE BOCA:** normal.
- **FRENILLO:** normales.
- **PALADAR DURO Y BLANDO:** normal

- **AMIGDALAS** : hipertróficas grado dos.

EXAMEN CRANEO MAMDIBULAR

- **PERFIL**: Recto
- **CLASIFICACION DE ANGLE**: No aplicable.
- **SIMETRIA FACIL**: Presente.
- **OVERJET**: 2mm
- **OVERBITE**: 4mm
- **APIÑAMIENTO**: no presenta.
- **DIASTEMAS**: No presenta.
- **FASSETAS DE DESGASTE**: 13,12,11,21,22,23,33,32,31,41,42,43.
- **AUSENCIAS DENTARIAS**: 16,36,45,25.
- **PRIMER CONTACTO DENTARIO**: 18/48
- **OCLUSION CRUZADA POSTERIO**: 26/35

EXAMEN PERIODONTAL

- **COLOR**: Rosado intenso.
- **MARGEN**: irregular.
- **CONSISTENCIA**: blanda a la palpación.
- **TEXTURA**: lisa, Brillante.
- **GROSOR**: aumentado.

- **CONTORNO:** irregular.
- **PAPILAS:** achatadas.
- **PRESENCIA DE CALCULOS:** supragingivales.

ODONTOGRAMA

- 18: amalgama OD desadaptada.
- 17: amalgama O adaptada.
- 16: ausente.
- 15: Resina O adaptada.
- 14: amalgama O desadaptada.
- 13: sano
- 12: sano
- 11: sano
- 28: Caries O
- 27: Resina O desadaptada.
- 26: Caries P, Amalgama O desadaptada.
- 25: Ausente
- 24: amalgama O desadaptada.
- 23: sano
- 22: carien mesial.
- 21: Resina VM desadaptada.
- 38: Amalgama O desadaptada.

37: amalgama O adaptada, Caries V

36: ausente

35: amalgama O desadaptada.

34: sano

33: sano

32: sano

31: sano

48: amalgama OV desadaptada.

47: amalgama OV desadaptada.

46: amalgama OV desadaptada.

45: ausente.

44: sano

43: sano

42: san

41: sano

DIAGNOSTICOS:

GENERALES

Paciente sin compromiso sistémico.

CRANEOMANDIBULARES

Bruxismo

Mordida cruzada 26/35

Ruido articular tipo popping en ATM derecha.

ORALES TEJIDOS BLANDOS Y OSEOS

Amígdalas hipertróficas.

PERIODONTALES

Gingivitis generalizada asociada a placa bacteriana.

DENTALES

Caries recurrente: 18 (OD), 14 (O), 27(O), 26 (O), 24 (O), 21(VM), 38 (O), 38(O), 48(OV), 47(OV), 46(OV).

Caries activa: 28(O), 26(P), 22(M), 37(V),

Facetas de desgaste: 11,12,13,21,22,23,33,32,31,41,42,43.

ENDODONTICOS

Conducto parcialmente obturado del diente 11.

ETIOLOGIA

- Hiperactividad muscular mas estrés emocional.
- Placa bacteriana.
- Obturaciones desadaptadas
- Desarmonias oclusales.

PLAN DE TRATAMIENTO IDEAL IDEAL

PREVENCION

- Educación en higiene oral
- Técnica de cepillado
- Fluorización.

PERIODONCIA

- Raspaje coronal
- Alisado radicular

ENDODONTICOS

Retratamiento del diente 11.

OCLUSION Y ATM

- Placa mio relajante

DENTALES

- Resinas de foto polimerización: 14(O), 22(M), 21 (MV), 37 (V).

ORTODONCIA

- Ortodoncia correctiva

PROSTODONCIA FIJA

- Incrustaciones en oro tipo III de: 18(OD), 28(O), 27 (O), 26 (OP), 38 (O), 37 (O), 48(V), 47(OV), 46(OV).
- Retenedor intra radicular en fibra de vidrio.
- Corona IN-CERAM del 11.

PLAN DE TRATAMIENTO REAL:

PREVENCION

- Educación en higiene oral
- Técnica de cepillado

- Fluorización.

PERIODONCIA

- Raspaje coronal
- Alisado radicular

ENDODONTICOS

- Retratamiento del diente 11.

OCLUSION Y ATM

- Placa mio relajante

DENTALES

- **Amalgamas de:** 18 (OD), 14 (O), 28 (O), 27(O), 26 (O), 24 (O), 38 (O), 37 (O), 35 (O), --48(V), 47(OV), 46(OV).
- **Resinas de foto polimerización:** 26(P), 22(M), 21 (MV), 37 (V).

PROSTODONCIA

- Retenedor intra radicular del 11 en plata paladio

- Corona completa metal cerámica del 11.

MANTENIMIENTO

- Terapia periodontal de soporte.

GRACIAS

MARCO TERIOCO

LEGRADO

Es un procedimiento antiguo, utilizado para aborto provocado por indicación puede ser por riesgo de la vida de la madre.

Es un raspado con aspiración durante el primer trimestre de embarazo.

La contraindicación de realizar con anestesia local son los embarazos adelantados o alergia a los anestésicos locales.

La dilatación y la evaluación es la técnica mas segura para el aborto en el intermedio del trimestre en especial cuando se practica de la semana 13-16.

Se practica bajo bloqueo cervical con anestesia intravenosa, con dosis bajas de Diasepam y Fetanol. La evacuación se practica por medio de un sistema de cánula de aspiración de orificio amplio y pinzas para huevo grande.

La anestesia general se evita porque aumenta el riesgo de perforación y hemorragia.

El legrado se relaciona con embarazos ectopicos y abortos espontáneos del primer trimestre.

HERNIAS INGUINALES

Se encuentran con mas frecuencia hay directas e indirectas:

- a) Directas: pasan a través de una zona débil de pared , de esta región al anillo inguinal externo. De menor tamaño, no penetran al escroto y no tiene saco.
- b) Indirectas: pasan a través de los anillo inguinales externo e interno y atraviesan el canal inguinal y penetran al escoto.

Presentan signos de inflamación, si presentan estrangulación pueden presentar necrosis de las viseras, produciendo obstrucción intestinal.

En la mujer es difícil de diagnosticar la hernia inguinal se identifica como abultamiento por encima del ligamento inguinal entre la tuberosidad de la pelvis y la espina iliaca hacia antero posterior este abultamiento se acentúa al empujar o toser

PLACA NEURO-MIO-RELAJANTES O REPOSICIONADORES MANDIBULARES

DEFINICION

Es un dispositivo removible confeccionado en acrílico de auto polimerización que se coloca sobre las superficies oclusales e incisales de los dientes de un arco dentario, creando un contacto estable y uniforme con los demás dientes del maxilar antagonista.

Se puede confeccionar tanto para el maxilar superior como para el inferior. Es importante anotar que la confección de la placa oclusal en el maxilar difiere en la confección de la misma en el maxilar inferior.

OBJETIVOS

- Estabilizar o incrementar la función de la ATM o dar una posición estable y mas funcional.
- Dar una condición oclusal optima.
- Reorganizar la actividad neuromuscular.
- Reducir la actividad para-funcional (bruxismo).
- Proteger los dientes y estructuras de soporte de fuerzas anormales que puedan hacerles daño.

CLASIFICACION

- Placa desprogramadora anterior.
- Placa pivotante o Desprogramadora posterior.
- Placa Reposicionadora o Protrusiva.
- Placa atlética.
- Placa estabilizadora, mio relajante.

INDICACIONES

- En pacientes con hiperactividad muscular.
- En pacientes con desordenes musculares.
- En ATM inflamada o traumatizada.
- En pacientes con abrasión patológica.

CONTRAINDICACIONES

- Mordida cruzada severa.
- Retrognatismo severo.
- Mordida abierta.
- Mordida borde a borde.

Estas contraindicaciones están determinadas de acuerdo al criterio clínico del operador.

CONFECION

- Obtener un modelo maxilar superior o inferior. Delimitar los modelos por vestibular a nivel de la papila interdental, hasta el ultimo molar presente en boca y totalmente erupcionado. El limite posterior por palatino esta determinado entre la unión del paladar duro y el paladar blando.

- Prensar los modelos con placas de acetato de 1mm o de 0.8mm de calibre en el Sta-Vac.
- Recortar el exceso de acetato a nivel de la delimitación que se realizó anteriormente sobre el modelo, esto se realiza con disco de carburo o de metal y motor de baja velocidad.
- Pulir y redondear todos los bordes de la placa para no dejar filos ni excesos que puedan lacerar los tejidos blandos del paciente; al mismo tiempo, se debe reducir el acetato de la placa por vestibular en posteriores hasta el tercio medio y en anteriores hasta el tercio incisal.
- Verificación de la adaptación y extensión en la boca del acetato, este no debe presentar balanceo, ni moverse en los diferentes movimientos mandibulares, debe ser retentivo y adaptarse adecuadamente a todos los dientes del maxilar.

ESTABILIZACION DE LA PLACA SUPERIOR

La estabilización de la placa se divide en dos segmentos:

- Segmento anterior que comprende la guía anterior o sea de canino a canino.
- Segmento posterior que compromete de primer premolar al ultimo molar totalmente erupcionado.

ESTABILIZACION DEL SEGMENTO ANTERIOR

- De agrega una meseta de acrílico de auto polimerización sobre la placa de canino a canino con el grosor necesario para obtener una desoclusion posterior mínima de 2mm o máxima de 5mm.
- El paciente muerde respetando dicha desoclusion y debe dejar las huellas del segmento anterior inferior sobre la meseta. (Es importante refrigerar el acrílico mientras su polimerización). Una vez registrado se marca con un lápiz el fondo de la huella.
- A partir de dichas huella se debe confeccionar las dos rampas; una oblicua y otra horizontal, la rampa horizontal debe dejar perpendicular a los dientes anteriores inferiores y la rampa oblicua debe quedar a 45° de los dientes inferiores anteriores. Es importante verificar que la Angulación es la correcta para proporcionar la desoclusion necesaria en todos los movimientos excursivos.
- Después de haber confeccionado las rampas con la fresa pimpollo y verificar la desoclusion posterior se debe continuar con la marcación de los puntos de relación céntrica que deben ser registrados por los ángulos meso incisales de los incisivos inferiores y por los vértices cúspides de los caninos, sobre la rampa horizontal.
- Cuando ya se han obtenido los puntos se continua con las protrusiones y posteriormente con las lateralidades estos deben registrar en la rampa oblicua.

- Se debe dejar por detrás de los puntos mínimo 3mm de espacio a expensas de la rampa horizontal
- En conclusión la rampa horizontal debe medir aproximadamente 5mm, y sobre ella ir registrados los puntos de relación céntrica, la rampa oblicua debe medir mínimo 3mm y sobre ella deben registrar los movimientos de lateridad a expensas de los caninos y las protrusiones a expensas de los incisivos.
- Después de verificar los diferentes movimientos se debe verificar que no existan interferencias y que los trazos obtenidos sean simultáneos. Bilaterales, continuos y de igual intensidad.
- Por ultimo debe pulir y brillar por estética y comodidad del paciente.
- Lo indicado es dejar este segmento por ocho días y después de esto realizar el segmento posterior.

ESTABILIZACION DEL SEGMENTO POSTERIOR

- Se coloca acrílico de auto polimerización haciendo unas mesetas de canino hacia atrás abarcando todos los dientes posteriores inferiores del paciente, se le dice que cierre y debe quedar todas las huellas de las cúspides especialmente las funcionales en este caso las vestibulares inferiores; antes que polimerice debe retirar la palca de la boca y recortar todos los excesos de acrílico teniendo en cuenta volver a colocar la placa en la boca para evitar distorsiones. Es importante aclarar que cuando el paciente

muerde sobre el acrílico posterior se debe verificar que los ángulos meso incisales de los dientes anteriores ósea los puntos de relación céntrica coincidan es decir que los dientes anteriores inferiores estén tocando el acrílico exactamente donde se registraron los puntos de relación céntrica. Debe refrigerarse el acrílico.

- Una vez polimerizado el acrílico se debe marcar con un lápiz el fondo de las huellas de las cúspides funcionales en este caso las vestibulares inferiores. A partir de allí se retiran todos los excesos con la fresa pimpillo dejando las superficies de izquierda a derecha totalmente lisas y horizontales, pero respetando el fondo de las huellas vestibulares.
- Se coloca varias veces la placa en boca con papel de articular de forma bilateral para hacer coincidir los puntos a lápiz anteriormente marcados con los registrados con el papel de articular a expensas de los vértices cúspides de las cúspides funcionales.
- Cuando ya observamos una superficie lisa y sin huellas y sean obtenidos todos los puntos de los vértices cúspides de las cúspides funcionales de forma bilateral, simultánea y de igual intensidad empezamos a verificar que no existan interferencias en el segmento posterior en las trayectorias de protrusión ni lateralidad. Solamente deben quedar registrados los puntos de los vértices de las cúspides funcionales.
- Inmediatamente se verifica el segmento anterior, este no debe haber sufrido ninguna modificación, debe registrar las mismas trayectorias obtenidas en el momento de su elaboración.

- Por ultimo se debe pulir y brillar para estética y comodidad del paciente.

BRUXISMO

El termino bruxismo hace referencia a la acción incesante de rechinar y cerrar los dientes sin intención de hacerlo y en momentos inadecuados. .

Es un habito nocivo que indica una hiperactividad muscular en normalmente inconsciente.

Existen dos tipo de bruxismo:

1. Diurno: Es conciente y menos nocivo, se hacer por apretamiento dental y produce daño en las estructuras periodontales del diente.
2. Nocturno: es inconsciente y es mas nocivo que el diurno, es excéntrico produce daño de las estructuras periodontales y de las dentales.

DIAGNOSTICO: Hiperactividad muscular.

ETIOLOGIA: desarmonias oclusales mas stress emocional.

SIGNOS Y SINTOMAS

- Dientes escoriados
- Dolor dental
- Dientes demasiado sensibles

- Tensión de los músculos de la cara y de la mandíbula
- Dolor de cabeza.
- Daños en el esmalte dental, que exponen la parte interna del diente (dentina).
- Crujido o chasquido de la articulación temporomandibular
- Indentaciones de la lengua
- Daños en la parte interior de la mejilla.
- Movilidad o sensación de aflojamiento.
- Fracturas a nivel del esmalte dental
- Erosión cervical
- Dentición de herbívoro.

A nivel periodontal:

- Movilidad dentaria real, inflamación y pérdida ósea.
- Sangrado gingival espontáneo.
- Absceso periodontal.

A nivel muscular:

- Hipertonicidad: aumento del tono muscular.
- Cansancio y debilidad muscular.
- Mío espasmo.

A nivel articular:

- Dolor articular.

SECUELAS: Huellas imborrable de la enfermedad, artritis reumática y facetas de desgaste.

TRATAEMIENTO

El tratamiento del bruxismo será determinado por el odontólogo o medico basándose en lo siguiente:

- Edad, estado general de salud e historia medica.
- Que tan avanzada esta la enfermedad.
- Tolerancia a los medicamentos, procedimientos

Teniendo en cuenta lo anterior debemos realizar:

1. Modificación de la conducta : enseñar al paciente a descansar la lengua, los dientes y los labios de manera adecuada.
2. Placa oclusal por 12 semanas: la primera semana usarla día y noche y el resto de tiempo solo en la noche.

3. Bioretroalimentación: se basa en el uso de un instrumento electrónico que mide la cantidad de actividad muscular de la boca y mandíbula indicándole al paciente cuando ocurre demasiada actividad de los músculos de modo que pueda cambiar su conducta. Esto ayuda en especial a las personas con bruxismo diurno.

4. Tallado selectivo, restauraciones etc. Eliminar la causa.

TIPOS DE RUIDO ARTICULAR

- a. **CLIKING**: Golpe seco en la articulación, daño funcional de la ATM, encontramos el disco articular adelantado y el condilo en una posición atrasada. En los movimientos el condilo recaptura al disco y en el cierre se devuelve solo.

- b. **CREPITACION**: es una trauma oclusal excesivo o en pacientes adultos con osteoartritis, el condilo nunca encuentra el disco articular, por una elongación en la lamina retrodiscal y se produce un roce de hueso temporal y condilo mandibular.

Dentro del Cliking, existe un popoing que es audible mientras que el anterior es auscultable únicamente.

CORONAS IN-CERAM

Los excelentes valores físicos de las restauraciones de IN-CERAM se consiguen mediante una cerámica de óxido de aluminio infiltrada con cristales de leucita que refuerzan la matriz vítrea. En ensayos sobre la resistencia a la torsión, IN-CERAM da valores que se aproximan a los puentes de cerámica sobre estructura de metal noble, posee una resistencia mayor a 300Mpa para soportar las fuerzas masticatorias.

Se comprueba que los valores de resistencia de las masas IN-CERAM son tres veces superiores a las masas de cerámica convencional.

Las coronas reconstruidas con VITRADUR sobre un núcleo de IN-CERAM alcanza la capacidad de carga de las coronas de cerámica sobre estructura de metal noble.

La cerámica vítrea sintetizada con contenido cristalino, los cristales formados a través de la cristalización son de fluor apatita, son aciculares en formas de agujas tiene idéntica forma y composición que los existentes en la estructura dental natural (esmalte).

El elevado ajuste de las coronas IN-CERAM se basa en el hecho de que este método no se trata de la sinterización húmeda de partículas de cerámica. Se trata

mas bien de una sinterización en el limite de las partículas, con lo que las mínimas oscilaciones se ven compensadas por la escasa expansión del yeso.

CARACTERISTICAS DE IN-CERAM:

- Cerámica vítrea reforzada con leucita
- Resistencia en su micro estructura cristalina.
- Flexión de 340-20mpa
- Mayor suavidad superficial
- Evita acumulación de placa bacteriana.
- Compatibilidad con el desgaste natural de los dientes
- Translucidez
- Fluorescencia
- Opalescencia
- Brillo

¿ Que es IN-CERAM?

Este método ha sido desarrollado por la VITA es a base de oxido de aluminio de grano fino, con un tamaño de partícula de 2-5um

Al mezclarse con un liquido especial se forma una suspensión que se aplica sobre el muñón de yeso. A continuación se sintetiza en un horno creado y desarrollado para ello.

Mediante una segunda cocción, la estructura de óxido de aluminio sintetizada se infiltra con el vidrio, obteniendo así su extraordinaria resistencia.

RESISTENCIA A LA FRACTURA

La resistencia es tres veces mayor que la del material original, por el elevado contenido cristalino

PREPARACION

En la técnica de IN-CERAM una estructura de óxido de cerámica de elevada estabilidad adopta la función de estructura convencional. La pregunta es cuál es la técnica de preparación que debe realizar el odontólogo para la confección de una estructura IN-CERAM. El muñón del diente que recibe la preparación debe prepararse con un hombro DE 135°

El espesor necesario para el trabajo de laboratorio es de aproximadamente 0.5mm para la cofia en IN-CERAM y 0.5mm para las masas de cerámica pura.

La toma de impresión se realiza con materiales de precisión y según la técnica utilizada habitualmente por el odontólogo, teniendo en cuenta que el hilo de retracción gingival utilizado inicialmente es el 000 ultrapak el cual se humedece en cloruro de aluminio y se lleva al surco gingival a una longitud aproximada de 0.5 a 1 mm de profundidad, el segundo hilo es el número 0 el cual se deja 5 minutos en el interior del surco gingival, luego se humedece para no desgarrar el epitelio del

surco. Al laboratorio se envía como siempre las impresiones, y el registro para determinar la relación intermaxilar.

CEMENTADO

- Se anestesia al paciente.
- Retirar los provisionales.
- Se limpian los muñones con piedra pómez.
- Se prueban las coronas con un material de verificación y ajuste.
- Se colocan los hilos retractores humedecidos en clururo de aluminio a nivel del surco gingival
- Se prueban las coronas con pasta de prueba transparente (variolink II Tryvivadent, Shaan liechtenstern).
- Se evalúan contactos.
- Se retiran la coronas.
- Se enjuaga con pasta de prueba.
- Se limpian las preparaciones con pasta pómez.
- Se lava y seca.
- Silianizar las coronas (Monobond-STM) por 60 seg. Se seca
- Se recubre la parte interna con resina sin relleno (excite, vivadent.)
- El esmalte y la dentina de la preparación se graban por 15 seg. Con técnica de grabado total de toda la preparación con ácido fosforico al 37%.
- Se lava con abundante agua.

- Se aplica en agente adhesiva, en la superficie húmeda y se frota sobre la dentina por 15 seg..
- Se aplica un chorro suave de aire libre de aceite sobre las preparaciones para evaporar el disolvente.
- Se reaplica en agente adhesivo para obtener una apariencia homogénea y brillante.
- Se polimeriza con luz halógena.
- Se mezcla el cemento Dual Variolinle II transparente
- Se aplica en las coronas y se cementa en las preparaciones.
- Se retiran excesos con rollo de algodón.
- Se limpian los contornos con hilo dental ultra fino
- Se aplica presión durante el proceso de cementado.
- Se fotopolimeriza el cemento de resina durante 20 seg. Inicialmente.
- Se cubren los márgenes con un gel de glicerina para evitar la formación de una capa inhibida por oxígeno y se polimeriza por 40 segundos más.
- Se retiran los hilos y los excesos.

VENTAJAS

- Elevada resistencia a la torsión
- Ajuste exacto.
- No es necesario modificar la técnica de preparación.
- Fijación con cemento de fosfato.

- Elección con guía de colores VITA.
- restauración duradera sin metal.
- Posibilidad de puentes anteriores de tres piezas.
- No produce alergia o irritaciones a los tejidos orales.

PROPIEDADES DE LA CORONA IN-CERAM

- Importante aumento de la resistencia a la fractura.
- Optimo cierre marginal cervical.
- Efecto cromático idéntico al diente natural.
- Material biocompatible, no produce alergia
- Baja conductividad térmica.

ORO Y SUS PROPIEDADES

Aleación preciosa, con variabilidad de componentes y diferentes porcentajes de contenido de oro según su clasificación.

ORO TIPO III

Indicación incrustaciones inlay y onlay en trabajos delicados donde es importante la precisión y estabilidad supera ampliamente la especificación numero 5 de la ADA.

CARACTERISTICAS

- Alto contenido de oro de gran exactitud.
- Fácil manejo.
- Resistencia a la corrosión.
- Estabilidad dimensional
- Color amarillo.
- proporciona buen brillo.

COMPOSICION

Au	Pt	Pd	Ag	Dureza Vickers	Dureza Brinell	Elongación	Gravedad Especifica	Resistencia Final	Rango de Fusión	Temperatura De colado
80m	0.100	1.0	11.6	118 147	102 130	40.5	15.44	54.000	875-920°C 1.610	970°C 1790°F

ORO TIPO IV

Aleación preciosa con alto contenido de oro, gran dureza bruñible ideal para coronas $\frac{3}{4}$, coronas completas, puentes fijos hasta de tres unidades e incrustaciones.

COMPOSICION

Contenido de oro de 74.2%5.

NUCLOS PREFABRICADOS

Son como su nombre lo indica contruidos fuera de la boca en diferentes materiales, formas y superficies.

Se encuentran de diferentes diámetros y longitudes con las fresas desopturadoras y preparadoras del conducto.

VENTAJAS

- Bajo costo comparado con el núcleo colado en oro o en plata paladio.
- Forma precalibrada de acomoda muy bien a la forma del conducto.
- La posibilidad de manejar el color del muñón en caso de restaurar con coronas translucidas.
- Radiopacidad.

CLASIFICACION

A) Según el material:

1. Metálicos: Aleaciones de Cromo-Níquel, aleaciones de Níquel-Titanio, Titanio puro y Oro puro.
2. Poliméricos: Frieras de vidrio, Fibra de carbono y resinas exposicas.
3. Cerámicos: Zirconio, Leucita.
4. Biológica: Organitos de hueso de bovino.

B) Según su formas:

1. Paderes cónicas: Menos retentivos y producen mas daño por el efecto de cuña que ejercen sobre la raíz.
2. Paredes paralelas: Son mas retentivos y distribuyen mejor el estrés a través del conducto.
3. Combinados: Paderes paralelas, terminadas cónicas, que se adecuan mejor a la forma de los conductos.

C) Según su superficie:

1. Activos: Si tienen roscas que se indentan a la dentina.
2. Pasivos: Si son lisos o estriados

ESPIGOS RADICULARES TECNOLOGIA DE FIBRA DE VIDRIO

Este sistema esta diseñado para la reconstrucción directa de dientes coronalmente destruidos en la clínica dental.

El poste costa de espigos consta de espigos conductores de luz fabricados en composite reforzado con fibra de vidrio en dos tamaños, con los correspondientes Pilot Reamer y Reamer de acero inoxidable. Para la preparación del lecho de la espiga, la toma de impresión permite la elaboración indirecta del muñón en el laboratorio, esta recomendada para tratamientos provisionales.

La aplicación de este sistema es posible obtener resultados estéticos, gracias a al técnica adhesiva se une perfectamente, con el tejido dental natural y y con el composite correspondiente para la elaboración de muñones.

La aplicación de la fibra de vidrio abarca desde los viajes espaciales hasta la odontología actual y se acredita por las extraordinarias propiedades.

RESTAURACIONES CONCERVADORAS DE RAICES

Gracias a la unión de fibras de vidrio que esta insertada en una matriz orgánica, FRC POSTEC, posee un comportamiento elástico similar al de la dentina.

En combinación con la adhesión esta elasticidad permite una suave distribución de fuerzas en el canal radicular cuyo resultado es una menor stress en la raíz.

ESPECTRO DE INDICACIONES

F.C.P PASTER

Esta indicado para elaboración de diente coronalmente muy dañados en la zona anterior y posterior.

En la zona posterior se pueden utilizar los tamaños 1 y 3 según lo requiera la situación clínica.

ESTETICA NATURAL

Las fibras de vidrio colocadas de forma mono-axial en dirección al eje longitudinal de la espiga dirige la luz hacia la profundidad del canal radicular, de esa forma la espiga se fija de manera sencilla, al composite como a la polimerización dual. Gracias a la fibra de vidrio se logra translucidez natural y una extraordinaria estética.

VENTAJAS

- Brillante, estético.
- Sin metal
- Translucidez natural
- Fotoconductor
- Altas variedades de retención gracias a la técnica adhesiva
- Buena resistencia a la fractura.
- Comportamientos elásticos similares a los de la dentina

- Se puede eliminar con instrumental rotatorio.

COSMO- POST: Espiga radicular de oxido de zirconio

Es una espiga radicular conica de ceramica de oxido de zirconio que lo encontramos en dos tamaños, 1.4mm y 1.7mm, en zona anterior superior e inferior.

CONTRAINDICACIONES

- Sobre espigas radiculares no se puede colocar aleaciones metálicas.
- En casos de dentina supragingival inferior a 2-3mm.
- En pacientes con bruxismo
- Pacientes con mordida cruzada.

APLICACIÓN

- Maxilar superior en dientes laterales (12,22).
- Canino y centrales con 1.7mm
- Premolares superiores e inferiores con 1.4mm.
- Molares canal palatino superior y distal inferior con 1.7mm.

INSTRUMENTOS ROTATORIO

1. Ensanchador radicular Hmm para eliminar obturación a nivel coronario.
2. fresas radiculares en los tamaños 1.4mm, 1.7mm.

PASTILLAS

Están compuestas por cerámica de vidrio con oxido de zirconio.

PROCEDIMIENTO

- Desobturar.
- Medir la espiga, que tenga buena fricción mecánica en el canal.
- Debe haber tejido remanent-e por lo menos de 2-3mm a nivel de la entrada del canal para mayor apoyo.
- Fijación adhesiva (o convencional si hay amplia superficie de retención.
- Se recomienda fijar con cemento composite dual, composite auto curable, o cementos convencionales (fosfato, ionimero de vidrio, ionomeros híbridos).
- Mezclar el color deseado con catalizador
- Foto polimerizar de capas superficiales y auto polimerización de capas profundas.

- Aplicar en la cavidad radicular espaciador en dos capas.
- Después de 5 minutos aplicar aire.
- Introducir en COSMO-POTS, verificar posición con movimientos rotatorio.

MODELADO

- Con cera dental dar forma al muñón pulir excesos de cera.
- Colocar bebederos de inyección en dirección que fluya la cerámica, utilizando hilo de cera redondo de 2.5mm-3mm.
- Revestir (revestimiento rápido empess 2, con polvo de cuarzo).
- Precalentar el anillo y colocar las pastillas por inyección con pisto de oxido de aluminio.
- Limpiar el revestimiento, arenar, cortar bebederos, pulir con fresas de diamante.

FIJACION ADHESIVA

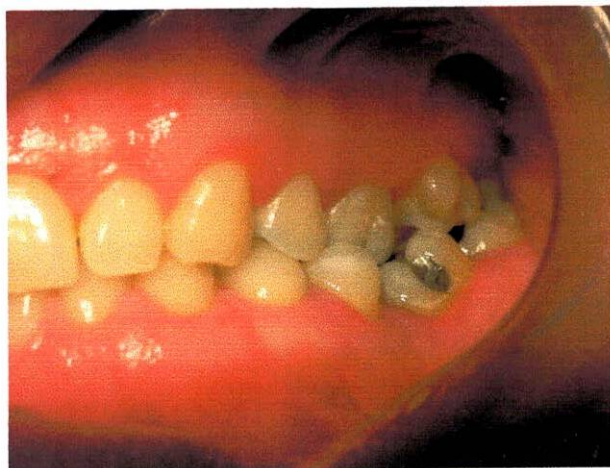
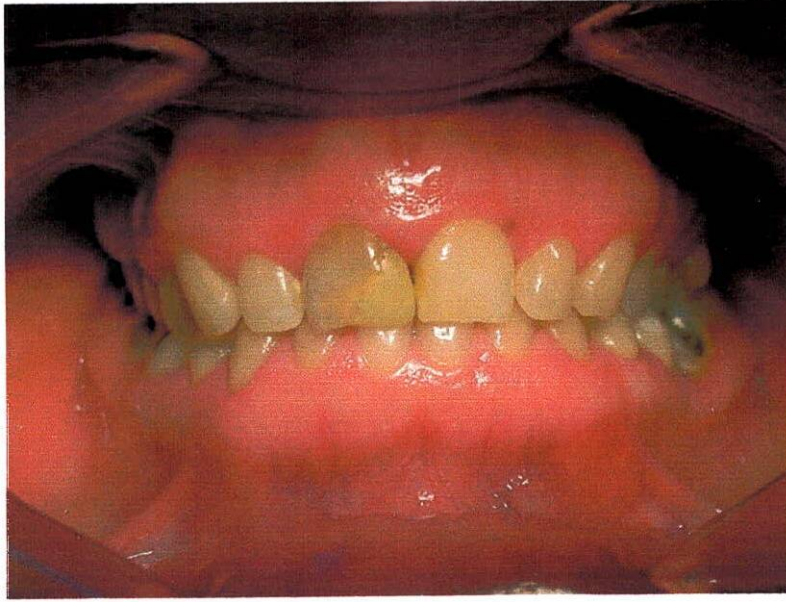
- Retirar el provisional
- Pulir los muñones con piedra pómez
- Campo e trabajo seco.
- Grabar la zona con ácido fosforico 37% pulir por 15-30 seg. lavar secar.
- Aplicar monobonds sobre la restauración cerámica dejar actuar por 60 seg.
- Aplicar primer sobre la dentina dejar actuar por 15 minutos
- Aplicar Heliobond sobre el esmalte y dentina, no polimerizar.

METODO INDIRECTO

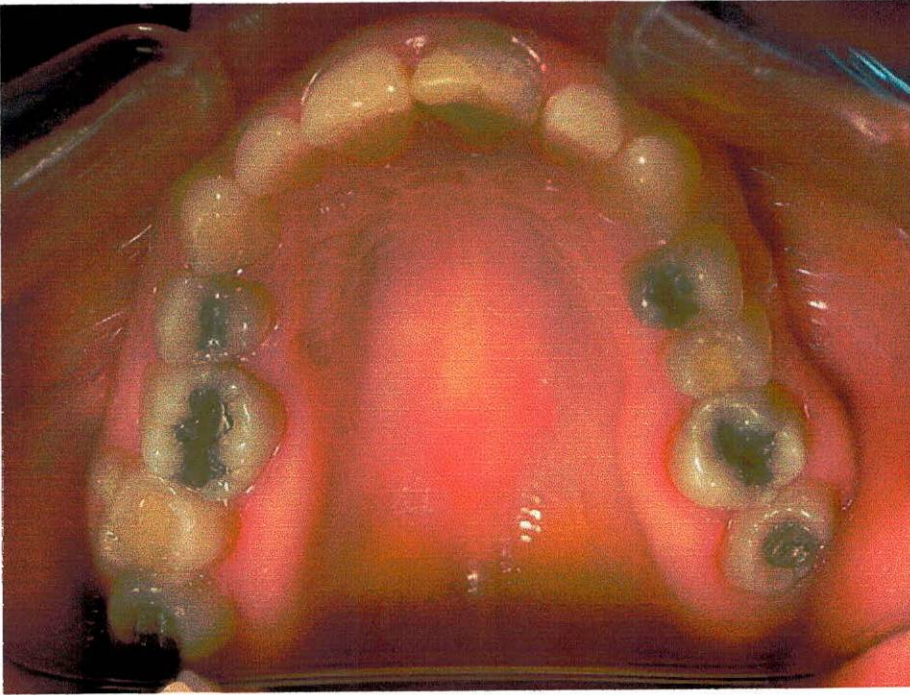
- Apertura del canal radicular, con ensanchador radicular hasta de 4mm al ápice.
- Selección de la espiga radicular que tenga suficiente fricción mecánica.
- Preparar la superficie dental, sin socavaduchas.
- Colocación de hilo de refracción.
- Toma de impresión del muñón influida la espiga
- Impresión de la arcada antagonista.
- Confección de provisional en resina.

LABORATORIO

- Verificar que la espiga este en correcta posición ejerciendo presión con un instrumento sobre ella.
- Aplicar liquido separador de muñones
- Preparar el modelo según técnica.
- Retirar el modelo de la impresión.
- Verificar posición de los espigos
- Retirar el muñón del modelo
- Colocar separador.
- Marcar el limite de la impresión.
- Aplicar sellador.0







BIBLIOGRAFÍA

- CORONAS IN-CERAM , IVOVLAR VIVADENT. Dr. RUA JOZO DE ARAUJO. Sao Pablo. Brasil. 2001
- GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. Hilarian Eslava, volumen 1. 1986, pag., 55-71.
- SEMIOLOGIA MEDICA. Dr RICARDO CEDIEL . Carta edicion 1998.
- NEUROFISIOLOGIA ODONTOLOGICA. Dr. ENRIQUE ECHEVERRY GUZMAN. Eicion 1984.
- NUCLEOS PREFABRICADOS EN LA RESTAURACION POSTENDODONTICA. Dr CESAR GOMEZ TABERA. Colegio Odontologico Colombiano. 2001.
- GUIA DE OCLUSION Y ATM . Dra. ALEIDA ARANGURE. Universidad Antonio Nariño. 2000