

**REPORTE CASO CLINICO**

**SANDRA MILENA CASTELLAR FIGUEROA  
CEASAR GIOVANNY GOMEZ CUELLAR  
RODRIGO GONZALEZ CALDERON  
EDGAR ALEXANDER LOPEZ LOPEZ  
JOHANNA CATALINA RAMIREZ ALARCON**

**DRA. NERY VILLOTA ZUÑIGA**

**ODONTOLOGIA INTEGRADA  
X SEMESTRE  
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO  
BOGOTA D.C**

**REPORTE CASO CLINICO**

**SANDRA MILENA CASTELLAR FIGUEROA**  
CODIGO. 982009  
**CEASAR GIOVANNY GOMEZ CUELLAR**  
CODIGO. 012103  
**RODRIGO GONZALEZ CALDERON**  
CODIGO. 991269  
**EDGAR ALEXANDER LOPEZ LOPEZ**  
CODIGO. 982203  
**JOHANNA CATALINA RAMIREZ ALARCON**  
CODIGO. 99108

**DRA. NERY VILLOTA ZUÑIGA**

**ODONTOLOGIA INTEGRADA**  
**X SEMESTRE**  
**COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO**  
**BOGOTA D.C**

## **INTRODUCCION**

En el siguiente reporte clínico se presenta la recopilación de información , relacionada con el manejo quirúrgico, llevado a cabo con el paciente OSWALDO ALFREDO FIGUEROA CORREAL, atendido en la clínica integrada de x semestre del Colegio Odontológico Colombiano, para proceder a rehabilitar de manera estética y funcional su cavidad oral .

Durante el desarrollo de esta investigación se realizo interconsulta con la especialidad de cirugía y prostodoncia para obtener resultados mas claros y convenientes, para dar un diagnostico mas preciso y un plan de tratamiento acorde con las necesidades de nuestro paciente.

## **OBJETIVOS**

### **Generales**

Establecer las conductas pertinentes sobre el manejo adecuado y procedimientos básicos a seguir en el área de cirugía y prostodoncia, para rehabilitar de forma estética y funcional a nuestro paciente.

### **Específicos**

- ◆ Obtener una información correcta y adecuada en la historia clínica que nos permita conocer signos y síntomas de nuestro paciente para dar diagnósticos precisos y realizar tratamientos de excelente calidad
- ◆ Determinar las conductas a seguir en cada área, para brindarle a nuestra paciente calidad y control en todos nuestros procedimientos.

## HISTORIA CLINICA

### INFORMACIÓN GENERAL:

- Nombre: OSWALDO ALFREDO FIGUEROA CORREAL
- Raza: Mestiza
- Edad: 43 años
- Ocupación: Abogado
- Motivo de Consulta: paciente refiere "Arreglarme toda la boca"

### HISTORIA MÉDICA:

- Familiar: El paciente reporta que en su familia nadie padece ningún tipo de alteración sistémico.
- Personal: El paciente no presenta ningún tipo de alteración sistémico, no está tomando ningún medicamento.

### ANTECEDENTES PSICOLÓGICOS:

- No reporta

### EXAMEN FISICO GENERAL

- Presión Arterial: 120/85 mmHg
- Pulso: Rítmico pulsaciones por minuto
- Peso: 70 K
- Temperatura: 36°C
- Frecuencia cardiaca: 70 latidos por minuto

### HISTORIA DENTAL

- Periodoncia: Fase higiénica I y profilaxis
- Exodoncias de los dientes 15- 17-24- 25- 26- 36- 37-46
- Endodoncia de los dientes 16- 44- 45
- Operatoria:  
Resinas: P del 11, VMP del 12, P del 23  
Amalgamas: ODP del 17, O del 14, 27,28, 35, 38,OMDL del 47, OD del 48
- Prostodoncia CCC del diente 44

## **FISIOTERAPIA ORAL:**

- Frecuencia de cepillado: 2 veces al día
- Técnica: De barrido
- Tipo de Cepillo: Semiduro (manual)
- Dentífrico: Colgate triple acción
- Seda Dental: A veces
- Enjuagues: No usa
- Ayudas interproximales: Palillos

## **EXAMEN CLÍNICO**

### **Evaluación Dinámica**

Lateralidad Derecha: 3 mm

Lateralidad Izquierda: 2mm

Protrusión: 3mm

Relación Céntrica: Mordida cruzada anterior (Incisivos inferiores sobrepasan  $\frac{1}{2}$  mm a los incisivos superiores).

### **Evaluación Estática**

Clasificación de Angle: No aplicable

Overbite: 0mm

Overjet: 0mm

Relación Canina: Tipo III

## **EXAMEN CRANEOMANDIBULAR**

Dolor Muscular: No presenta

Dolor A.T.M: No presenta

Alteración Movimiento: No presenta

Hábitos: No tiene

Desarmonía Oclusal: (extrusión diente 26 y giro versión diente 43)

## **ANALISIS DE TEJIDOS BLANDOS**

Surco Vestibular: Normales

Carrillos: Normales

Frenillo Lingual: Normal

Labios: Normales

## **EXAMEN DENTARIO**

### **ODONTOGRAMA**

- Ausentes: 15, 17, 24, 25, 26, 36, 37, 46
- Restauraciones desadaptadas dtes: 12, 17, 28, 38, 48
- Restauraciones adaptadas dtes: 11, 14, 23, 27, 34, 47
- Coronas completas combinadas dte: 44
- Caries activa cavitada en dtes: 14 D, 35 CV

### **ETIOLOGIA**

- Placa Bacteriana y Respuesta disminuida del huésped: Mala higiene oral
- Cálculos: Acúmulo de placa blanda
- Trauma Oclusal: Mordida cruzada anterior
- Mal posición Dentaria: Anodoncias dentarias
- Caries recurrente: Restauraciones inadecuadas

### **DIAGNOSTICOS**

- Generales: Paciente sano
- Craneomandibulares: desorden craneomandibular de crecimiento y desarrollo adquirido, etiología: desarmonías oclusales
- Orales, tejidos blandos y óseos: sano
- Periodontales: gingivitis inducida por placa bacteriana
- Dentales: Caries activa y recurrente, etiología: restauraciones desadaptadas y streptococo mutans

## **PLAN DE TRATAMIENTO**

### **TRATAMIENTO IDEAL**

#### **INTERCONSULTAS:**

- Cirugía: Valoración con cirujano para resto radicular del 46

#### **PERIODONCIA:**

- Motivación y educación en salud oral
- Eliminación de focos infecciosos
- Eliminación de factores retentivos de placa
- Raspaje coronal y alisado radicular

## **CIRUGIA:**

Exodoncia método abierto del diente 46

## **ENDODONCIA:**

Retratamiento convencional de conductos del diente 45

## **OPERATORIA:**

- Resinas: 12(VMP), 35(CV)
- Amalgamas: 28(O)

## **PROSTODONCIA:**

- Retenedor intrarradicular de los dientes 16 y 45
- Prótesis parcial fija 14 a 16, 23 a 25, 45 a 47
- Corona completa combinada del diente 26

## **PERIODONCIA:**

Terapia de soporte periodontal

## **TRATAMIENTO A REALIZAR**

- Motivación y educación en salud oral
- Eliminación de focos infecciosos
- Eliminación de factores retentivos de placa
- Raspaje coronal y alisado radicular
- Profilaxis

## **CIRUGIA:**

Exodoncia método abierto del 46

## **ENDODONCIA:**

Retratamiento convencional de conductos del diente 45

## **PROSTODONCIA:**

- Retenedor intrarradicular de los dientes 16 y 45

- Prótesis parcial fija 14 a 16, 23 a 24, 45 a 47
- Corona completa combinada de diente 26

## **FASE DE MANTENIMIENTO:**

Indicaciones de higiene oral para el paciente que ha sido restaurado con PPF  
Control de tratamiento a los ocho días de la cementación.

Esta restauración de PPF esta combinada con dos retenedores intraradiculares en los dientes 16 y 45 que han sido previamente elaborados en la clinica, dejando obturado 5mm de cada uno se procede hacer el patrón de núcleo con un dural pin y un acrílico de autopolimerizacion comercialmente llamado duralay, al obtener la copia perfecta del conducto intrarradicular y preparar la parte coronal con vestibular 1 y 2, palatino 1 y 2. Se procede a realizar el colado en el laboratorio:

Revestimiento con anillo, cera fina, pernos; se lleva al horno por dos horas con el fin de evaporizar el acrílico dejando una copia en negativo.

Posterior a esto se traslada a la centrífuga para fundir el metal, se retiran excesos y finalmente se pule para cementar el núcleo con una radiografía previa.

Se hace la preparación dentaria que es el desgaste selectivo de la estructura con fines protésicos de los dientes 14, 23, 26, 46, posteriormente se realiza la línea de terminación lugar en donde se une la restauración y el diente de todos los anteriores incluyendo el 16 y 45, según el tejido remanente con el que se cuenta hemos elegido el tipo de línea de terminación, hombro debido a que nuestra restauración es en metal- cerámica.

Hombro: El desgaste selectivo se hace con una fresa troncocónica punta plana (2mm). Luego de haber realizado este procedimiento queda como resultado *el muñón* que es la preparación de la corona clinica de un diente.

## **PROSTODOCIA PARCIAL FIJA**

Una prótesis parcial fija (PPF) debe restaurar la función y aspecto que se han perdido por la ausencia de uno o más dientes, y debe hacerlo de una forma compatible con la continuidad de la salud y comodidad oral. La forma de la de la superficie gingival debe recibir especial atención para evitar la irritación de la cresta residual.

Los componentes de una PPF son:

- Póntico: Diente Ausente(reemplazo)
- Pilar: Diente que soporta (prepara)
- Retenedor: Parte de la restauración a colocar
- Conector: Unión de retenedores
- Tramo: Zona edéntula

## PRINCIPIOS DE TALLADO

### **Preservación de estructura dentaria**

Además de reemplazar la estructura dentaria debe preservar lo que queda de ellas, en muchos casos, la preservación de las estructuras dentarias requiere tallado de algunas determinadas zonas para prevenir posterior fractura incontrolada de un gran fragmento. Este es el motivo por el que conviene tallar de 1 a 1,5.

### **Retención y estabilidad**

Para que una restauración cumpla su propósito es indispensable que permanezca en el diente, inmóvil en su sitio, la retención evita la inmovilización de la restauración a lo largo de su eje de inserción o eje longitudinal del tallado, la estabilidad evita la dislocación de la restauración por fuerzas por fuerzas oblicuas o de dirección apical e impide cualquier movimiento de la restauración sometida a fuerzas oclusales.

### **Solidez estructural**

El tallado debe proyectarse de modo que la restauración pueda tener el grueso de material necesario para resistir las fuerzas de la oclusión, los contornos de la restauración deben ser lo más próximo a los ideales para evitar tanto problemas periodontales como oclusales. El espacio interoclusal es uno de los parámetros mas importantes para conseguir un adecuado grueso del material y una buena solidez de la restauración, debe haber un espacio de 1,5 mm.

### **Perfección de los márgenes**

La restauración será exitosa únicamente si sus márgenes están perfectamente adaptados a la línea de terminación del tallado. La configuración de la línea de terminación dicta la forma y el grueso del material a restauración. La Lina de terminación ideal en restauraciones metálicas preferentemente es en *chanfer*, se ha demostrado que este tipo de línea es el que produce menos sobreesfuerzos, se talla con una fresa de diamante con punta cónica de tallo largo.

El hombro es la línea de terminación de elección para la corona en porcelana, la ancha repisa proporciona resistencia frente a las fuerzas oclusales y minimiza los sobreesfuerzos que pudieran conducir a la fractura de la porcelana.

### **Localización de las líneas de terminación**

Deben estar situados de manera que puedan ser bien producidos por la impresión, sin que esta se desgarre o se deforme en el momento de retirarla, siempre que sea posible deben emplearse los márgenes en esmalte.

Como la longitud de la preparación tiene su importancia en la estabilidad y retención en una prótesis, frecuentemente para conseguir esa longitud se extiende hasta subgingival.

### **Instrumental**

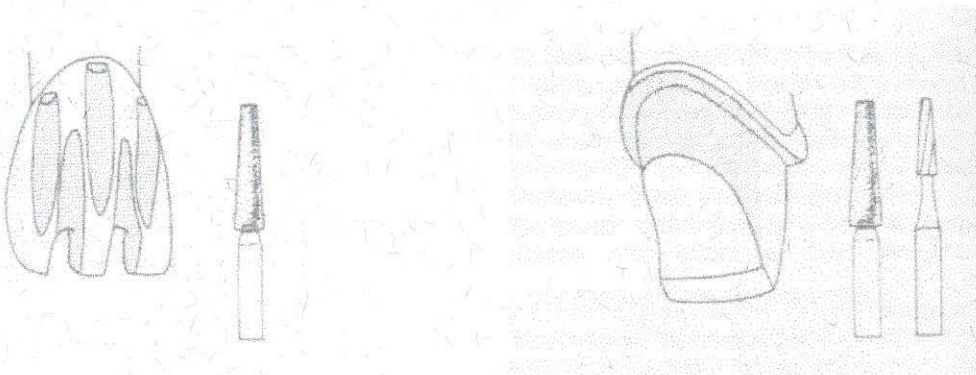
La limpieza de la caries debe realizarse con una cucharilla bien afilada, o se puede llevar acabo fresas diamantadas número 4 y 6. Fresas cónicas sin dentado que producen una superficie lisa como son la fresa número 170 y 169, pueden ser usadas con eficacia en los biseles oclusales, en cuanto a los flancos proximales debe realizarse con un fino diamantado de llama o puede realizarse con una punta que haya sido redondeada con un disco de separar.

## **CORONAS METAL PORCELANA**

Están constituidas por una capa de porcelana fundida sobre un delgado colado metálico, la cofia, que se ajusta a la preparación. Combinan la resistencia y el ajuste preciso de los colados metálicos con el efecto cosmético de la porcelana. Con la subestructura metálica, la porcelana adquiere una mayor resistencia.

El primer paso de preparación, consiste en el tallado de profundos surcos de orientación en la cara vestibular y en el borde incisal diamantado cónico de punta plana, los surcos vestibulares deben tallarse en dos series: una paralela a la mitad gingival de la cara vestibular y otra a la mitad incisal. Todos estos surcos deben tener una profundidad de 1,2mm. Los del borde incisal se cortan a todo su ancho y se llevan a 2mm.

Se planea toda la superficie nivelándola con el fondo de los surcos de orientación. De parecido modo se reduce la porción gingival. La reducción se hace hasta mas allá de la arista vestibulo-proximal. Al mismo tiempo que el lado de la fresa alisa la cara vestibular, su punta va formando la línea terminal en forma de hombro. Se ha demostrado que un hombro con bisel o sin el permite disponer del suficiente espacio para que la cofia tenga un espesor de metal que resista las distorsiones que produce la cocción de la porcelana, al mismo tiempo que no se compromete a la estética.



La superficie lingual o palatina se reduce con una rueda diamantada pequeña hasta obtener un espacio interoclusal de por lo menos 0,7mm, no debe reducirse excesivamente la reducción entre el cingulo y la pared lingual. Para ganar acceso a las áreas proximales, se usa un diamantado cónico delgado. Con un instrumento muy delgado disminuye el riesgo de lesionar los dientes adyacentes, cuando ya se tiene suficiente espacio de maniobra, las paredes axiales proximales se planean con el diamantado cónico de punta redondeada. Con el mismo instrumento se produce con la reducción de la pared lingual.

## **CORONAS EN PORCELANA**

La corona en porcelana tiene una diferencia con las demás restauraciones cementadas, por el hecho de no intervenir en ningún colado metálico, probablemente es la mejor restauración capaz de producir el mejor resultado estético; sin embargo, por estar hecha de solo porcelana, sustancia frágil, es susceptible de fracturarse.

Debe procurarse que el muñón sea lo mas largo posible, para que la porcelana sea soportada al máximo. Como línea de terminación se usa un hombro de anchura uniforme aproximadamente de un milímetro que da un asiento plano, apto para resistir las fuerzas de porcelana incisal. El borde incisal debe ser plano y con una ligera inclinación hacia linguo-gingival para que las fuerzas carguen sobre el borde incisal y evitar que hayan fracturas por cillazamiento, finalmente todos los ángulos deben ser redondeados para que no hayan puntos de concentración de sobreesfuerzos.

Hay que realizar profundos surcos de orientación en vestibular y en incisal, sin los surcos es imposible calibrar con exactitud la profundidad que se esta tallando, los surcos tienen una profundidad de 1,0mm de profundidad, en vestibular y 2,0mm en incisal. Se tallan tres surcos manteniendo el diamantado paralelo al tercio gingival de la cara labial.

La reducción incisal se hace a continuación con el diamantado cónico de punta plana. Quitar de 1,5 a 2,0mm de estructura dentaria. Planear la superficie de la porción incisal de la cara vestibular quitando toda la estructura dentaria que quedo entre los surcos. La porción gingival se reduce con el diamantado cónico punta plana hasta alcanzar las profundidades e 1,0 mm. La reducción lingual se hace con la rueda diamantada pequeña, invitando cuidadosamente el reducir demasiado la unión del cingulo con la pared lingual. La superficie axial lingual se reduce con el diamantado cónico de punta plana. Esa pared debe tener una conicidad de 6 grados con la porción gingival de la cara vestibular. El hombro tiene una anchura de 0,8 a 1,0 mm y tiene que ser suave continuación del hombro vestibular y proximal. Alísense todas las paredes con la fresa número 170 al mismo tiempo que se acentúa el hombro. Redondear en este momento, todos los ángulos que hayan quedado. Con un cincel en contra ángulo de 1,0 mm de anchura se alisa el ángulo hombro-pared no tallada, quitando todos los prismas de esmalte sueltos.

## **PONTICOS**

El pónico se debe diseñar cuidadosamente, y se le debe dar una forma que facilite el control de placa de la superficie hística y contigua de los dientes pilares. Finalmente, además de estas consideraciones biológicas, el diseño de los pónicos debe incorporar unos principios mecánicos que proporcionen fuerza y longevidad, así como unos principios estéticos para obtener un aspecto satisfactorio de los dientes sustituidos.

### **Requisitos Previos**

Pueden ser necesarios ciertos procedimientos para acrecentar el éxito de una PPF, y se deben determinar durante la fase de exploración y diagnóstico del paciente. En la fase de planificación del tratamiento, los modelos y los procedimientos del encerado diagnóstico pueden ser especialmente útiles para determinar la mejor forma posible de los pónicos.

### **Espacio de los pónicos**

Una función de la PPF es prevenir la inclinación o desplazamiento de los dientes adyacentes hacia el espacio edéntulo. Si dicho movimiento no deseado ya se ha producido, el espacio disponible para el pónico puede estar significativamente reducido.

En estas circunstancias, frecuentemente es imposible crear un aspecto aceptable sin colocar de nuevo ortodónticamente los dientes pilares (en ocasiones es factible la modificación de los pilares con retenedores de recubrimiento completo). Un cuidadoso y protocolario diagnóstico ayudará a decidir, en la mayoría de casos, el tratamiento adecuado. Incluso cuándo los requisitos estéticos son menores, como en dientes posteriores, unos pónicos excesivamente pequeños son inaceptables dado que atrapan alimento y son difíciles de limpiar. Cuándo no es posible la reposición ortodóntica, puede ser mejor aumentar los contornos proximales de los dientes adyacentes que confeccionar una PPF con pónicos de tamaño menor. De forma alternativa, en ocasiones puede ser más ventajoso para el pronóstico a largo plazo del paciente el mantenimiento de un diastema.

### **Contorno de la cresta residual**

La morfología y textura de la cresta edéntula se deben evaluar cuidadosamente durante la fase de planificación del tratamiento. Una cresta de morfología ideal debe ser lisa, dado que es la forma más fácil de mantener libre de placa. Es común encontrar muchos pacientes que presentan un tejido hiperplásico irregular.

## **CONSIDERACIONES BIOLÓGICAS**

Los principios biológicos del diseño del pónico se refieren al mantenimiento y conservación de la cresta residual, dientes pilares y tejido de soporte. Factores que tienen una influencia específica son el contacto pónico-cresta, la eliminación de la placa dental y la dirección de las fuerzas oclusales.

## **Contacto con la cresta**

Se debe evitar la presión del pónico sobre la cresta residual dado que conducirá la inflamación y ulceración de los tejidos blandos.

## **Superficie gingival del pónico**

Normalmente la superficie gingival de un pónico es inaccesible a la limpieza con un cepillo dental. Por esta razón, se puede eliminar la placa haciendo pasar seda dental de vestibular a lingual. En primer lugar la seda se hace pasar por las troneras. Si el pónico tiene una depresión o concavidad en su superficie gingival, la placa se acumulará en esta región, dado que la seda no puede limpiar esta área, y la consecuencia será la irritación hística. Un pónico con una superficie de ajuste cóncava que sobre pasa la cresta residual por vestibular y por lingual se denomina *silla de montar*.

Un pónico en forma de huevo o en forma de bala es más sencillo de limpiar por el paciente. Se debe hacer lo más convexo posible, únicamente con un punto de contacto en el centro de la cresta residual. Se recomienda este diseño, para sustituir los dientes posteriores mandibulares, ya que en esta región la estética es menos importante. Las troneras vestibulares del pónico deben conformarse para permitir al paciente el mantenimiento de la salud hística. Las troneras linguales y distales, menos accesibles y no visibles desde la parte anterior de la boca, se pueden aumentar de tamaño dado que esto no pondrá en peligro la estética. La configuración real de los contornos axiales del pónico es una función de dos variables: la localización de la cresta alveolar absorbida en el área edéntula y la anchura y configuración deseada de la tabla oclusal o borde incisal.

## **Relación pónico-cresta**

Desde 1918, un concepto popular ha sido que la superficie hística de un pónico posterior mandibular se debe dejar en ocasiones separada de la cresta residual. Este diseño se denominó *higiénico o sanitario*, el cuál permite un control de placa más fácil. Sin embargo, este diseño tiene inconvenientes. Las partículas de alimentos tienden a quedar atrapadas, lo que puede llevar a hábitos linguales que son incómodos para el paciente.

## **Material del pónico**

Para fabricar pónicos se han centrado en dos factores;

1. El efecto de los materiales
2. El efecto de la adherencia de superficie

Se considera que la porcelana glaseada es el material de pónico más biocompatible de los disponibles en la actualidad, y los datos clínicos han apoyado esta opinión. El oro correctamente pulido es más liso, menos propenso a la corrosión y menos retentivo de placa que un colado no pulido o poroso, cabe aclarar que las superficies muy pulidas acumularan placa si no se esta al tanto de las correctas medidas de higiene oral. Aunque la porcelana glaseada tiene un aspecto muy liso, microscópicamente su superficie contiene muchos huecos, y de hecho es más irregular que la resina acrílica o que el oro pulido.

## **Fuerzas oclusales**

Durante mucho tiempo se ha sugerido la reducción de la anchura buco lingual de pónico en hasta un 30%, como forma de disminuir las fuerzas oclusales y, en consecuencia, la carga sobre los dientes pilares. Esta práctica continúa en la actualidad, aunque tiene pocos fundamentos científicos. El análisis crítico revela que las fuerzas solamente disminuyen cuándo se mastica alimentos de tipo uniforme. Por este y otros motivos, se recomiendan pónicos con anchuras oclusales normales.

## **CONSIDERACIONES MECANICAS**

Si se presta poca atención a los principios mecánicos, el pronostico se vera comprometido los problemas mecánicos se pueden deber a una incorrecta elección de los materiales, deficiente diseños de la infraestructura, deficiente preparación dental u oclusión deficiente. En consecuencia es importante evaluar las fuerzas que se aplicaran sobre un pontico y diseñarlo acorde con ellas.

## **PONTICOS DE METAL-PORCELANA.**

Un pontico de metal porcelana es fuerte, fácil de mantener limpio y tiene un aspecto natural. No obstante puede producirse un fracaso mecánico que a menudo y atribuible a diseño incorrecto del armazón.

El armazón debe permitir aplicar una carilla uniforme de porcelana aproximadamente de 1.2 m.m. las superficies metálicas que se han de recubrir con porcelana deben ser lisas, de lo contrario las irregularidades causaran la incompleta humectación de la pasta de porcelana conduciendo ala aparición de huecos en la interfase metal porcelana.

## **CONSIDERACIONES ESTETICAS**

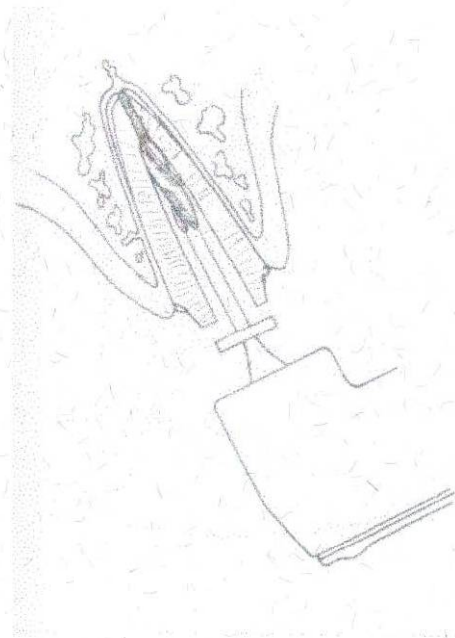
Un problema en la sustitución con una prótesis fija de un diente anterior ausente es la consecución de un aspecto natural. Desgraciadamente, esto no puede conseguirse meramente duplicando la forma de la superficie vestibular del diente ausente; el hueso alveolar sufre reabsorción y remodelado tras la extracción del diente.

## **RESTAURACIÓN EN DIENTES NO VITALES**

### **Preparación del canal**

Se desbasta el diente teniendo en cuenta que tipo de restauración se va llevar a cabo, en un diente anterior probablemente será una corona metal-porcelana. Se hace la reducción incisal con el diamantado cónico punta redonda quitando 2mm. Lo que resta se examina para ver que estructuras sanas de la corona van a ser incorporadas a la preparación final. Las paredes finas de estructuras no soportadas se eliminan en este momento.

El diente ya esta en condiciones para la preparación del canal. El instrumento de elección para ensanchar el canal y eliminar la gutapercha es el ensanchador de peso. La espiga debe tener una longitud equivalente de dos tercios a tres cuartos de la longitud de la raíz. Deben quedar como mínimo 3mm de gutapercha obturada, la espiga debe ser por lo menos igual o mayor al tamaño de la corona para que tenga la adecuada retención con una optima distribución de las fuerzas.

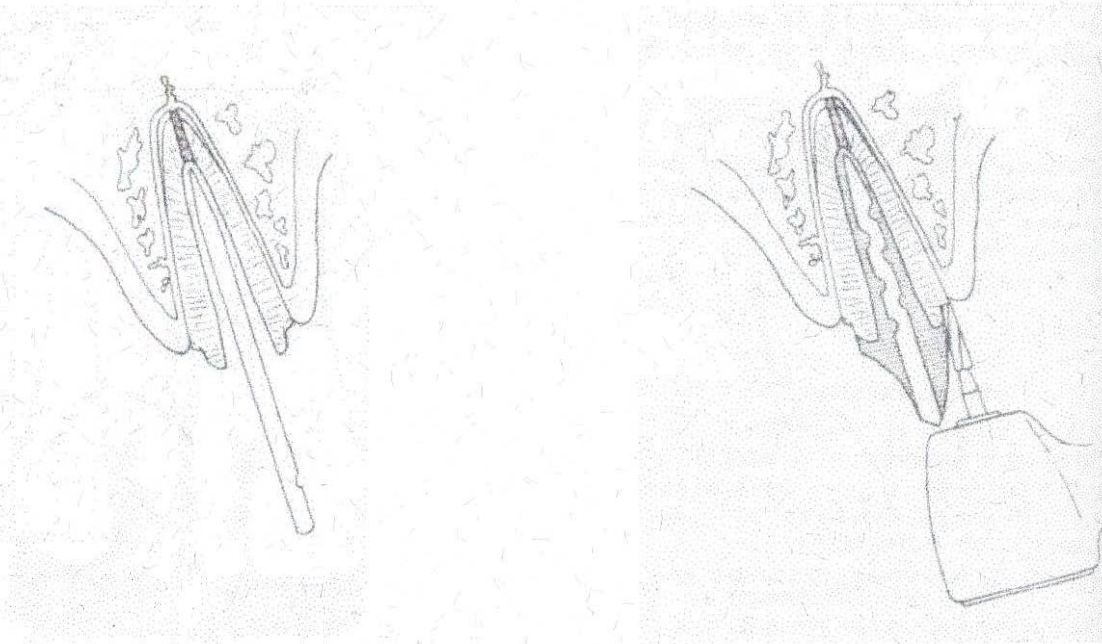


Una vez preparado el canal para la espiga, con una fresa numero 170 haga una ranura en oclusal, en el área del diente donde haya el máximo espesor. La profundidad de la ranura debe ser aproximadamente el diámetro de la fresa aproximadamente 1mm y su longitud de la parte cortante unos 4mm.

### **Fabricación del patrón de acrílico**

Recorte un bebedero de modo que ajuste con holgura en el canal y que llegue hasta el fondo del trayecto ensanchado , haga una pequeña muesca en la cara anterior de la parte que sobresale , que servirá de señal de orientación en los siguientes pasos , en un vaso dapen realice una mezcla fluida de monómero y polímetro de resina acrílica, llene con un instrumento de modelar la boca del conducto la mezcla de resina acrílica , pinte con monómero el bebedero plástico e introdúzcalo hasta el fondo del canal , asegúrese que el bisel este cubierto de resina acrílica .

Cuando la resina la resina haya fraguado haga una segunda mezcla de resina y colóquela alrededor de la espiga que sobresale hasta conseguir un grueso suficiente para tallar el muñón. El tallado se completa con el patrón puesto en su sitio en la raíz.



### **Acabado y cementado del muñón**

El cilindro con el patrón en revestimiento debe quedar en el horno una media hora mas de lo normal para asegurar una completa eliminación de la resina acrílica, una vez se ha retirado el colado del revestimiento , se le retiran excesos y se corta del resto.

Compruebe el ajuste del colado asentándolo en el diente con una ligera presión. Si se traba o no acaba de entrar píntelo con rojo de pulir disuelto en cloroformo. Vuelva a insertarlo en el canal y quite metal de los sitios que han quedado marcados. La parte muñón del colado se pule a un acabado mate satinado con una rueda burlew.

Mezcle cemento de fosfato de zinc e introdúzcalo en la boca del canal, inserte la espiga lentamente en el canal dando tiempo para que escape el exceso de cemento, llevando el muñón a su completo asentamiento.

Hay otros tipos de muñones de uso corriente. Par conseguir la necesaria retención se pueden emplear unas gruesas espigas roscadas. Después de preparar el canal de modo usual con los ensanchadores de peso. Se rosca y su boca se ensancha hasta formar un alojamiento cilíndrico para el muñón. La retención es excelente, pero hay que tener cuidado durante la instrumentación y durante la inserción.

## RESTAURACIONES PROVISIONALES

Es importante que mientras se confecciona una restauración colada, el o los dientes preparados estén protegidos y que el paciente se encuentre cómodo. Una buena restauración final debe satisfacer las siguientes condiciones.

*Protección pulpar.* Debe estar fabricada en un material que evite la conducción térmica, Los márgenes deben estar adaptados de modo que no haya filtraciones de saliva.

*Estabilidad posicional.* El diente ni se debe extruir ni migrar en ninguna dirección. Cualquier movimiento requiere ajustes o rectificación de la restauración final antes de su cementado.

*Función oclusas.* Haciendo que la restauración temporal tenga función oclusal, se beneficia el confort del paciente y se ayuda a prevenir migraciones.

*Fácil limpieza.* La restauración debe estar hecha en un material que facilite la limpieza durante el tiempo que va ser llevada. Si los tejidos gingivales permanecen sanos el tiempo que el provisional es utilizado, probablemente no será este un problema que surja después del cementado de la restauración final.

*Márgenes no lesivos.* Los bordes de las restauraciones no deben lesionar los tejidos gingivales, la inflamación resultante da lugar a hipertrofias, retracciones gingivales o por lo menos hemorragias durante la cementacion.

*Solidez y retención.* La restauración debe resistir las fuerzas que actúan sobre ella sin romperse ni desprenderse. Tampoco debe romperse al retirarla de modo que no pueda volverse a usar si fuera necesario.

*Estética.* Debe producir un buen efecto estético, especialmente en piezas anteriores y premolares superiores.

## IMPRESIONES

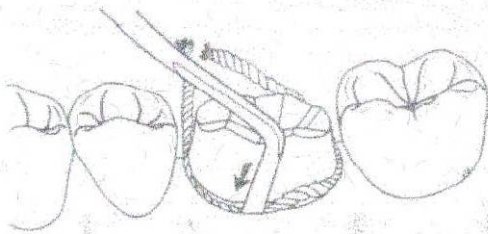
La impresión imagen en negativo se hace llevando a la boca un material blando semifluido y esperando que se endurezca. Según el material empleado, la impresión terminada será rígida o elástica, las mas utilizadas en prostodoncia fija son las elásticas.

### Retracción gingival

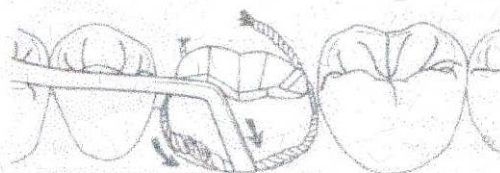
La zona operatoria tiene que estar seca, se coloca el aspirador de saliva y el cuadrante donde esta la pieza preparada se aísla con rollos de algodón. El cordón retractor se estira de su frasco dispensador con unas pinzas estériles y se corta un trozo aproximadamente de 5 cm. Tome los extremos del cordón entre los índices y pulgares de ambas manos. Manteniendo el cordón tenso, enrolle los extremos de modo que quede fuertemente enroscado y de pequeño diámetro.

Dóblelo en forma de U y envuelva el diente preparado. Retenga el cordón entre el pulgar y el índice y tire de el suavemente hacia apical. Empiece a empujar el cordón hacia abajo, entre dientes y encías, en el espacio interproximal mesial con un modelador de obturaciones plásticas. Una vez el cordón bien empaquetado en mesial, con el mismo instrumento se asegura un poco en distal.

Continué en la cara lingual empaquetando el ángulo meso-lingual y prosiguiendo hasta el inclinarse un poco hacia la zona en que ya se ha empaquetado el cordón, esto es hacia mesial. Si la punta del instrumento se inclina al revez hacia la zona a empaquetar, el cordón se desplaza y se sale. En algunos casos en que el surco es poco profundo o en que la línea de terminación tiene contornos con variaciones bruscas, se hace necesario retener el cordón empaquetado en posición mediante un instrumento de gregg manteniendo con la mano izquierda. El empaquetado del cordón se prosigue con el instrumento modelador para obturaciones plásticas manejando con la derecha.



A



B

Presione suavemente el cordón con el instrumento dirigiendo su punta ligeramente hacia la preparación. Deslice el cordón hacia gingival a lo largo de la preparación hasta notar la línea de terminación. Apriete el cordón en el surco. Si el cordón se aprieta en una dirección totalmente hacia apical, desplaza la encía y se sale del surco. Continué hacia mesial asegurando firmemente el cordón que antes ha empaquetado.

Corte el trozo de cordón que sobre por mesial tan cerca de la papila como sea posible. Continué empaquetando el cordón alrededor de la cara vestibular solapándolo en el espacio interproximal mesial. Empaquete todo el cordón excepto los dos o tres últimos milímetros. Este cabo se deja sobresalir de modo que se pueda pinzar para sacar fácilmente todo el cordón.

### **Confección de la cubeta**

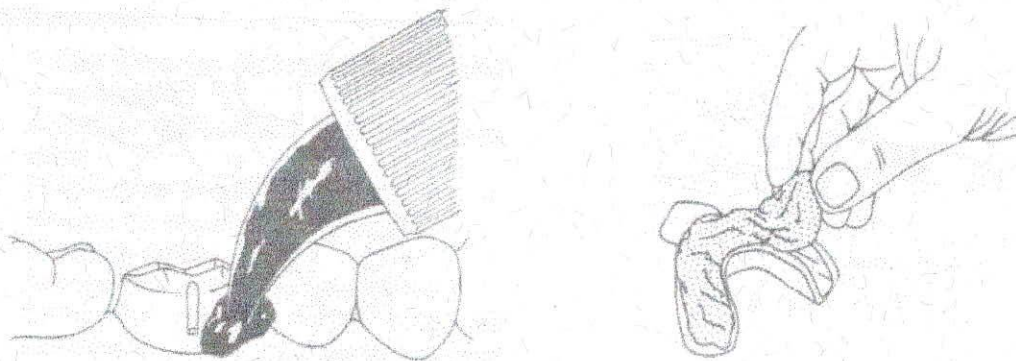
Caliente la mitad de una placa de cera en la llama hasta que se ablande. Situela encima del modelo y adáptela. Recorte los excesos, la plancha base constituye un espaciador que deja el sitio que luego ocupara el material de impresión. Prepare una resina acrílica, una medida de polímero y una de monómero. Tan pronto sea moldeable haga un cilindro de longitud similar a toda la arcada, aplaste el cilindro dándole una forma oblonga de unos 25 mm, de ancho por 5mm , de grueso. Adapte el acrílico por encima de la cera , moldéelo de modo que cubra justo la cera , debe terminar en la cara distal del ultimo molar , cuando la cubeta ya este polimerizada, retírela del modelo , retire excesos , pinte la cubeta en su interior con un adhesivo y déjelo secar . La cubeta debe confeccionarse por lo menos 24 horas antes de ser tomada la impresión

### **Toma de impresión**

Pruebe la cubeta individual en boca para asegurarse de que ajusta sin chocar con los dientes preparados. Sobre un bloque de papel mezcle partes iguales de base y acelerador de tipo regular, saque el embolo de la jeringa y cargue la jeringa con el material mezclado. Mezcle la base y el acelerador para cubetas treinta segundos antes de que el operador empiece a mezclar la jeringa en el bloque de papel.

Si es necesario sople con cuidado las preparaciones antes de quitar el cordón retractor del surco gingival, inmediatamente después inyecte el elastómero en el surco, continúe con suavidad alrededor de todo el perímetro de la preparación hasta que todo el diente este cubierto.

Luego el material se pasa a palma de manos y se amasa durante treinta segundos, enrolle la masilla en forma de cilindro y colóquelo en la cubeta de serie, lleve la cubeta a boca con una ligera presión durante ocho minutos sin hacer ningún movimiento. Una vez endurecida la impresión se retira la cubeta con un movimiento seco y brusco.



## **ENCERADO Y COLADO**

El primer paso es una preparación de una fina cofia, esta cofia sobre la que se edificara la morfología oclusal y los contornos axiales, se transferirá luego al modelo de trabajo. Aplique cera fundida sobre la superficie del troquel correspondiente al tallado , en pequeñas aportaciones, mediante una espátula caliente, para asegurar, a la restauración terminada, el adecuado contacto proximal, los patrones de cera deben ser , en sentido meso-distal algo mas grande de lo necesario .

El bebedero se sujeta al patrón cera en su parte más gruesa a un ángulo que permita al metal fundido fluir libremente a todos los puntos del molde. Una vez seco el revestimiento se lleva a horno a 316 grados centígrados después de treinta minutos trasládalo a 705 grados y déjelo una hora. Encienda el soplete y ajuste la llama de modo que el cono interno tenga una longitud de 6 a 12mm. Precaliente el crisol y luego coloque en el la aleación. Caliente el metal hasta su fusión, Traslade el cilindro de colado del horno a la cuna de la maquina de colar, luego dispere la maquina de colar. Deje enfriar el cilindro hasta temperatura ambiente, una vez frió retire el colado del revestimiento y límpielo. En este momento controle la adaptación marginal del colado y haga todos los ajustes oclusales de contorno que hagan falta.

## **RECUBRIMIENTO CERÁMICO**

En primer lugar se aplica porcelana opaca, que oculta el metal y da a la restauración el color básico. El polvo de porcelana opaca se mezcla con agua destilada y se aplica con un pincel, la cofia se vibra para que se condense la porcelana y el exceso de agua se seca con una gasa seca. Cuando la porcelana opaca húmeda alcanza un espesor de 0.5mm esta lista para ser cocida. La cocción se hace la vació de 650 a 955 grados centígrados y sin vació a 1010.

La masa de dentina se mezcla con agua destilada y se aplica sobre la porcelana opaca con un pincel, se condensa por vibración, espatulacion pincelado y secado. El tercio incisal de la restauración se edifica con masa incisal, que tiene menos color y más translucides. La porcelana se esculpe con cuchillo hasta tener la forma deseada.

La masa de dentina y la incisal se secan en la puerta del horno y luego se lleva la corona de 650 a 925 grados centígrados en el vacío y a 980 sin vacío.

La porcelana se rectifica con piedras hasta que tenga la forma final apropiada. La restauración se glasea calentándola desde 650 hasta 980 grados centígrados.

### **Cementado**

El cuadrante en que están las piezas a restaurar se aísla con rollos de algodón. El fosfato de zinc debe mezclarse despacio en una gran superficie de una loseta fría, para asegurar una incorporación de polvo máxima. Mezcle el cemento durante 20 segundos.

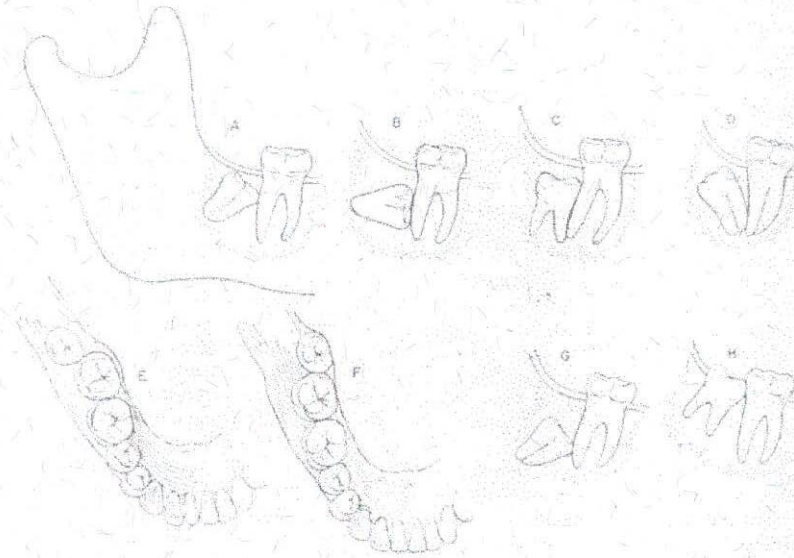
Aplique una capa de cemento en el interior del colado, asiente la restauración el diente y haga que el paciente ejerza fuerza sobre la superficie de la restauración mordiendo sobre una varilla de madera, durante cinco minutos, compruebe y retire excesos alrededor de la restauración.

## PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EN DIENTES INCLUIDOS

El principio básico de extraer dientes incluidos inferiores es seguir una técnica de sección. Se elimina hueso para exponer la corona. El diente se puede dividir con un cincel recién afilado, de manera que una buena porción de la corona quede separada de este. Cuando se extrae esta porción, se obtiene espacio de modo que el resto del diente puede elevarse en el efecto. Antes de desarrollar esta técnica, se obtenía espacio para elevación haciendo más extensa la extirpación de hueso y produciendo consecuentemente mayor traumatismo.

### Clasificación de dientes incluidos inferiores

La clasificación de los dientes impactados inferiores puede enunciarse simplemente como: A) mesioangular, B) horizontal, C) vertical y D) distoangular. Además el diente puede desplazarse hacia los lados E) vestibular y F) lingual. También puede localizarse en un nivel oclusal H) alto o en nivel oclusal G) bajo.



Un diente que pertenezca a cualquier clase básica se extrae más fácilmente si se desplaza a posición vestibular, y será más fácil de extraer si está situado cerca de la placa lingual o incluso directamente detrás del segundo molar. Un diente en nivel oclusal alto será más fácil de extraer. Un diente puede o no puede brotar por la presencia de hueso, por presencia de un diente adyacente o por ambas.

### Evaluación preoperatoria

La evaluación preoperatoria cuidadosa permitirá la planeación adecuada para cirugía subsecuente. La radiografía deberá estudiarse cuidadosamente para localizar la inacción y para precisar forma, número e inclinación de las raíces.

Frecuentemente la raíz se dirigirá al observador o en dirección opuesta a él, en vez de mesial o distalmente. Las raíces pequeñas, frecuentemente están superpuestas y pueden faltar en el diagnóstico radiográfico.

Deberá observarse, la relación del diente con el conducto dentario inferior de manera que pueda prevenirse al paciente cerca de una posible parestesia postoperatoria.

### **Impactación en maxilar inferior**

Antes de extraer, se han preparado adecuadamente paciente y campo operatorio. Se realiza una incisión en los tejidos distales al segundo molar, con el bisturí. Es importante palpar los tejidos antes de la incisión para mantener esta sobre el hueso. La rama vertical del maxilar inferior se ensancha hacia fuera y por lo tanto una incisión distal recta puede extenderse dentro de los tejidos que quedan por dentro del maxilar inferior y contienen estructuras anatómicas importantes.

Una regla segura a seguir es colocar la incisión por detrás de la cúspide vestibular del segundo molar siguiendo el hueso subyacente, que puede ensancharse hacia fuera. La segunda rama de la incisión se hace verticalmente a partir de la primera incisión en su unión con la cúspide distovestibular extendiéndose hacia abajo y hacia delante hasta los tejidos vestibulares sobre la raíz mesial del segundo molar.

Las variaciones en la técnica del colgajo incluyen la técnica de desprender las fibras gingival es vestibulares libres alrededor de todos los dientes, hacia delante, para incluir el primer molar y separando el gran colgajo vestibularmente. Otra variación es colocar la incisión vertical oblicua mesial al segundo molar, en vez de mesial al tercer molar. El colgajo mucoperiostico se eleva cuidadosamente con una cureta empezando en la incisión vertical, donde el periostio no está unido al hueso.

La hoz sección se inicia en forma vertical, paralela a la raíz distal del segundo molar y justo detrás de ella. La incisión ósea tendrá la misma longitud que la anchura del cincel. Se hacen otros cortes horizontales según sea necesario para exponer la corona. Entonces se secciona el diente, se coloca un nuevo cincel en el surco vestibular, se dirige distalmente hacia el cuello anatómico del diente, cuando el diente se mueva esta forzado a moverse en arco, cuando se haya movido hacia arriba y distalmente hasta un punto en que el instrumento no pueda ya mantener contacto con él, se hace rotar aquel de manera que el borde inferior termine la extracción del diente.

Se coloca sutura sobre el alveolo del lado lingual al vestibular, esto viola la regla quirúrgicamente de suturar el colgajo libre al colgajo fijo, pero parece ser aquí más sencillo, por que el separador no se retira de la herida hasta haber recuperado la aguja en la profundidad de la aguja en la profundidad de la herida. Generalmente es suficiente un punto de sutura.

## **CONCLUSIONES**

De acuerdo al desarrollo de una excelente historia clinica podemos llegar a un diagnostico certero para así poder llevar a cabo interconsultas en las distintas especializaciones obteniendo exitosamente el tratamiento ideal de nuestro paciente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Caruso, JL. Lineamientos para la estabilización corona radicular. EN: Tylman SD.
- Teoría y práctica de la prostodoncia fija. 7 ed. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1984: 521-523.
- CIRUGIA ORAL Guillermo Raspall del 2000
- CIRUGIA ORAL de Oliver Kruger
- PRINCIPIOS DE PROSTODONCIA FIJA de Shillingburg – Hobo.

CLINICA DE ESPECIALIDADES ESTOMATOLOGICA  
"GENERAL MANUEL DE JESUS CEDEÑO"  
BAYAMO GRANMA

## **RETENEDORES INTRARRADICULARES EN MOLARES COMO PILARES EN PUENTES FIJOS. PRESENTACION DE UN CASO**

**AUTORES:** Dra. Marlenys Iglesias Prats\*  
Dr. Marcial Revorido Fernández\*\*

\* Especialista de Primer Grado en Prótesis Estomatológica, Asistente en Prótesis Estomatológica.

\*\* Especialista de Primer Grado en Prótesis Estomatológica. Instructor de Prótesis del ISCM Santiago de Cuba.

### **RESUMEN**

Se presenta un caso de paciente desdentado parcial, clase III Kennedy Superior, al que se le realiza puente fijo en dientes pilares 14 y 16, como pónico 15, para demostrar los beneficios de la técnica en dientes posteriores, se realizan núcleos vaciados en 14 y 16 con la particularidad de que se cuelan y cementan la raíz mesiovestibular de 16 independiente, sobre estos núcleos se confecciona puente fijo de cromoníquel con frente estético de porcelana, entre las ventajas están las conservaciones dentarias con sus beneficios, mayor soporte y salud del sistema estomatognático.

Descriptores DeCS: RETENCION DE DENTADURA; DISPOSITIVOS PARA EL AUTOCUIDADO BUCAL; MOLAR.

### **INTRODUCCIÓN**

Históricamente los dientes posteriores por su anatomía con dos o tres raíces y por lo engorroso de la técnica eran rechazados en la terapéutica conservadora, siendo extraídos de forma indiscriminadas mutilando así desde edades tempranas a los pacientes sin otra alternativa en la mayoría de los casos que la rehabilitación con aparatología parcial con las consecuentes desventajas que la misma trae consigo, sobre todo cuando son brochas cortas donde es preferible la aparatología fija.

Con el desarrollo actual de la estomatología, los métodos preventivos - curativos y los programas del Ministerio de Salud, encaminados a la conservación dentaria (no sólo en el sector anterior sino posterior) el incremento de los tratamiento endodónticos en molares ha permitido que estas se conserven en la boca, pero todavía su utilización como pilares de puentes fijos no se ha convertido en un tratamiento aplicado en nuestro medio. Estudios realizados en Japón por uno de los autores de este trabajo y en la literatura a nuestro alcance corroboran la importancia que para el protesista tiene utilizar los molares como pilares de puentes fijos, por lo que nos dimos a la tarea de aplicar en nuestro país esta técnica por las ventajas que presenta para el paciente en el mantenimiento de la

salud bucal al prevenir las enfermedades que el desdentamiento parcial acarrea en el sistema estomatognático.

Esta técnica fue aplicada en pacientes atendidos en nuestro servicio de los cuales seleccionamos un caso.

### **Presentación de un caso.**

Paciente de 40 años, sexo masculino con antecedentes de salud sin experiencia protésica que acude a consulta preocupado por su estética y función refiere hace más menos 6 meses. Recibió tratamiento de endodoncia en 14 y 16, al examen físico se constata ausencia de 15 fracturas en tercio oclusal de 14 y destrucción parcial de la corona de 16, presenta obturaciones en 24, encía que conserva posición y textura.

Oclusión con resalte de más menos 2 meses y entrecruzamiento de 1/3 de corona, relaciones intermaxilares ortógnatas Rx: Se constata relleno hasta periápice en raíces meso-distal vestibular y lingual de 16 y 14 con buena condensación, hueso bien trabeculado.

ID paciente desdentado parcial clase III Kennedy superior.

### *Plan de Tratamiento.*

1. Confección de núcleo con pines en 14 y 16 de cromoníquel.
2. Confección de puente fijo con coronas completas de cromoníquel y frente estético de porcelana utilizando como soporte 14 y 16.

### *Procedimientos.*

Previo análisis del caso se procede a realizar preparación de 14 y 16 alisando los bordes oclusales con piedras y fresas de diamantes para obtener mayor resistencia y adaptación con el futuro colado, se realiza penetración en raíces extrayendo el material obturante hasta la longitud requerida para lograr retención y resistencia, se toma impresión con cubeta cubo y silicona enviando para la confección de muñón colado y pin en ambos dientes utilizando cromoníquel como material, con la particularidad de que a nivel oclusal en el colado (previo encerado con estas características). Se realizó orificio para permitir el paso de la raíz mesiovestibular que se coló independiente y con tope oclusal.

Se cementa con poli F el núcleo con pin en 14 y 16 y luego la raíz mesiovestibular penetrando por el orificio dejado en la preparación de 16, de esta forma se tienen las coronas en miniaturas. Sobre los que posteriormente se confeccionan coronas completas con frente estético de porcelana, cementado con cemento poli F y luego de analizar bien la oclusión.

### **CONCLUSION**

La ventaja de esta técnica es que permiten conservar los dientes posteriores, siendo además utilizados como soportes en la confección de puentes, fijos contribuyendo a la estética, fonación y el mantenimiento del equilibrio biostático del paciente evitando los inconvenientes del desdentamiento, o el uso de la aparatología parcial con las desventajas que presenta, contribuyendo a la salud del sistema estomatológico.