



COLEGIO ODONTOLÓGICO
COLOMBIANO

No. Acceso _____

Sig. Top. M 216 1987

Compra ☐

Canje ☐

Donación ☐

Editorial _____

Solicitado por _____

Fecha _____

Precio _____

0241

M/ T.O.
216
1987 216

~~00216~~
00228

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
BOGOTA, COLOMBIA

VALORACION DE LOS PILARES EN PROTESIS FIJA

MARTHA LUCIA GOUBERT R.

Monografía presentada en cumplimiento parcial de los requisitos exigidos para optar por el título de Odontólogo.

Bogotá, noviembre 27 de 1987

126-01-004

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

VALORACION DE LOS PILARES

EN PROTESIS FIJA

MARTHA LUCIA GOUBERT R.

BOGOTA, COLOMBIA, NOVIEMBRE 27 DE1987

Bogotá, noviembre 27 de 1987

Doctora
Marisol Arango de León
Decana Facultad Odontología
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
E. S. D.

Apreciada Doctora:

Por medio de la presente me dirijo a usted con el objeto de presentarle la monografía titulada "Valoración de los pilares en prótesis fija", la cual constituye uno de los requisitos para poder obtener mi título de Odontóloga.

Me permito así mismo agradecer a usted, todos los esfuerzos realizados para el progreso diario de esta prestigiosa institución, que día a día se constituye en una de las mejores Facultades de Odontología de Colombia.

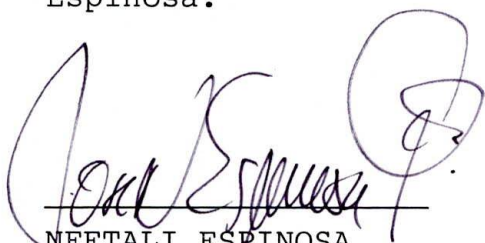
Atentamente,

MARTHA LUCIA GOUBERT RODRIGUEZ

Bogotá, noviembre 27 de 1987

Doctora
MARISOL ARANGO DE LEON
Decana Facultad Odontología
Colegio Odontológico Colombiano
E. S. D.

La presente Monografía titulada: "VALORACION DE LOS PILARES EN PROTESIS FIJA", presentada por MARTHA LUCIA GOUBERT RODRIGUEZ, fue revisada y aceptada por el doctor Neftalí Espinosa.



NEFTALI ESPINOSA
Asesor de Tesis

Nota de Aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Bogotá, 1987

DEDICATORIA

La presente monografía se la dedico a mis padres, quienes con muchos esfuerzos permitieron que yo culminara satisfactoriamente mi carrera. Su ayuda fué en todo aspecto valiosa permitiendo que a lo largo de estos años, comprendiera la importancia de sus sacrificios y es así como lo que soy ahora se los debo a ellos.

AGRADECIMIENTOS

- A NEFTALI ESPINOSA, Director de la Sección de Laboratorio, por su valiosa cooperación e interés.
- A todas las personas que me brindaron sus conocimientos durante los años de estudio en esta Institución, así como sus desvelos y preocupaciones por hacer de cada uno de nosotros un excelente profesional.



INDICE GENERAL

	pág.
INTRODUCCION	
1. VALORACION DE LOS PILARES EN PROTESIS FIJA	3
1.1. HISTORIA CLINICA	4
1.1.1. Indice C.O.P.	5
1.1.2. Oclusión del paciente	6
1.1.3. Aspecto periodontal	7
1.1.4. Aspecto radiográfico	7
2.1. DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO	9
2.1.1. Presencia y extensión de caries y obturaciones	9
2.1.2. Nivel de higiene en la zona	10
2.1.3. Morfología del diente pilar	10
2.1.4. Posición del diente pilar	10
2.1.5. Requisito estético	11
3. FUNDAMENTOS DE OCLUSION EN PROTESIS PARCIAL FIJA	12
3.1. VALORACION OCLUSAL	12
3.1.1. Aspectos generales	12
3.2. INTERFERENCIAS OCLUSALES	14
3.2.1. En céntrica	14
3.2.2. En balanza	14
3.2.3. En protrusión	14
3.3. TIPOS DE OCLUSION	15
3.4. REQUISITOS DE OCLUSION	15
3.5. CONCLUSIONES	17
4. RELACIONES PERIODONTALES EN PROTESIS PARCIAL FIJA	20
4.1. VALORACION PERIODONTAL	20
4.1.1. Definición de periodonto.	20
4.2. LINEA TERMINAL EN EL DIENTE PILAR	21

	pág.
4.2.1. Ubicación de la línea terminal en el diente pilar.	22
4.3. EXTENSION DEL SOPORTE PERIODONTAL	23
4.4. MOVILIDAD DEL DIENTE PILAR	24
4.5. AREA PERIODONTAL Y LEY DE ANTE	24
5. CONSIDERACIONES RADIOLOGICAS EN PROTESIS PARCIAL FIJA.	27
5.1. VALORACION RADIOGRAFICA	27
5.1.1. Aspectos a considerar	27
6. PRINCIPIOS DE TALLADO	31
6.1. PROCEDIMIENTO BASICO DE TALLADO PARA DIENTES PILARES	31
6.1.1. Aspectos principales en las tallas	31
6.1.2. Realización de la talla	33
CONCLUSIONES	
LISTA DE GRAFICOS	
BIBLIOGRAFIA	

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION

1. VALORACION DE LOS PILARES EN PROTESIS FIJA

1.1. HISTORIA CLINICA

1.1.1. Indice C.O.P.

1.1.2. Oclusión del paciente

1.1.3. Aspecto periodontal

1.1.4. Aspecto radiográfico

2. FUNDAMENTOS CLINICOS DE LOS DIENTES PILARES

2.1. DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO

2.1.1. Presencia y extensión de caries y obturaciones

2.1.2. Nivel de higiene en la zona

2.1.3. Morfología del diente pilar

2.1.4. Posición del diente pilar

2.1.5. Requisito estético

3. FUNDAMENTOS DE OCLUSION EN PROTESIS PARCIAL FIJA

3.1. VALORACION OCLUSAL

3.1.1. Aspectos generales

3.2. INTERFERENCIAS OCLUSALES

3.2.1. En céntrica

3.2.2. En balanza

3.2.3. En protrusión

3.3. TIPOS DE OCLUSION

3.4. REQUISITOS DE OCLUSION

3.5. CONCLUSIONES

4. RELACIONES PERIODONTALES EN PROTESIS PARCIAL FIJA

4.1. VALORACION PERIODONTAL

4.1.1. Definición de periodonto

4.2. LINEA TERMINAL EN EL DIENTE PILAR

4.2.1. Ubicación de la línea terminal en el diente pilar

4.3. EXTENSION DEL SOPORTE PERIODONTAL

4.4. MOVILIDAD DEL DIENTE PILAR

4.5. AREA PERIODONTAL Y LEY DE ANTE

5. CONSIDERACIONES RADIOLOGICAS EN PROTESIS PARCIAL FIJA

5.1. VALORACION RADIOGRAFICA

5.1.1. Aspectos a considerar

6. PRINCIPIOS DE TALLADO

6.1. PROCEDIMIENTO BASICO DE TALLADO PARA DIENTES PILARES

6.1.1. Aspectos principales en las tallas

6.1.2. Realización de la talla

CONCLUSIONES

LISTA DE GRAFICOS

BIBLIOGRAFIA

LISTA DE FILMINAS

- FILMINA 1: Paralelismo múltiple en prótesis fija.
- FILMINA 2: Vista incisal de las tallas.
- FILMINA 3: Vista palatina.
- FILMINA 4: Oclusión de la paciente.
- FILMINA 5: Prueba estructura colada y llaves de soldadura.
- FILMINA 6: Pilares de prótesis fija reconstruidos con complementador mecánico.
- FILMINA 7: Vista lateral de los pilares.
- FILMINA 8: Restauración completa con coronas en anteriores y fijas en posteriores.
- FILMINA 9: Oclusión de la paciente.
- FILMINA 10: Vista oclusal e incisal.
- FILMINA 11: Componentes de una prótesis dental fija.
- FILMINA 12: Proporciones corona-raíz.
- FILMINA 13: Disfunciones oclusales en prótesis parcial fija.
- FILMINA 14: Observe los socavados con un ojo cerrado.
- FILMINA 15: Reducción oclusal de un diente pilar.
- FILMINA 16: Desgastes de las superficies proximales.
- FILMINA 17: Convergencia de las tallas.
- FILMINA 18: Paralelismo entre caras vestibular y palatina.
- FILMINA 19: Vista incisal y definición de hombro.
- FILMINA 20: Convergencia de la talla de un molar.

INTRODUCCION

El presente trabajo, está incluido dentro del área de protodoncia y seleccioné esta parte, ya que como estudiante de odontología y en mi propia práctica y la de mis compañeros, he observado que la importancia que se brinda a los dientes pilares de una prótesis fija, no es sino una pequeña parte de un todo.

Esto se debe quizás a la premura del tiempo con que trabajamos en nuestras clínicas, o también a que nuestro interés se centra muchas veces en cumplir un requisito, y no en brindar al paciente las mejores condiciones de salud oral.

Mi objetivo es crear una duda, una inquietud, un interrogante y un deseo de investigación más profunda en aquellas personas que por una u otra razón lleguen a leer éste trabajo.

Mis aspiraciones como futura profesional se dirigen hacia el área de restauradora, y lo que más deseo es que toda esta teoría que he recolectado, la ponga en práctica, para así llegar a ser una profesional íntegra en el sentido más amplio.

Aprovecho así mismo para agradecer a todo el cuerpo docente del Colegio Odontológico Colombiano que a lo largo de estos

cinco años me han brindado sus conocimientos y experiencias, para hacer de mí una "Colegial", que sabrá representar dignamente ésta institución, y de manera especial a su rector, el Doctor Jorge Arango Tamayo.

No podría dejar pasar por alto la valiosa colaboración de mi asesor el Doctor Neftalí Espinosa, sin cuya orientación hubiera sido imposible la realización de ésta monografía.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Dar a conocer la importancia de los procedimientos restauradores, tomando en cuenta al paciente como una "persona humana" que merece todo nuestro respeto y consideración.

OBJETIVO ESPECIFICO

Analizar detalladamente la valoración de los dientes pilares en el tratamiento de prótesis parcial fija.

CAPITULO I

GENERALIDADES EN PROTESIS PARCIAL FIJA

1. VALORACION DE LOS PILARES EN PROTESIS FIJA

Para poder entrar en este campo, debemos primero analizar la importancia de la prótesis fija. No todos los pacientes que requieran un tratamiento restaurador son buenos candidatos, ni lo serán hasta que se les prepare emocionalmente para que lo acepten.

Se presentan situaciones extremas desde el paciente bien informado, hasta el que no tiene ninguna noción, y es de esperar que el nivel de conocimientos dentales no tenga relación alguna con el nivel intelectual o socio-económico de la persona.

Por lo general el paciente mejor informado, es el que ha recibido un excelente tratamiento restaurador en su propia boca, o que ha sido recomendado por otro paciente beneficiario.

Para conducir satisfactoriamente a un paciente a través de todas las fases del tratamiento, se requiere más que una técnica eficiente y un buen consultorio. Tal vez es más importante la habilidad del odontólogo para ayudar al paciente a

superar el temor y educarlo acerca de la naturaleza de su problema, y la importancia de su tratamiento y los cuidados posteriores.

Una conversación que tenga por objetivo despejar los temores del paciente, no es tan eficaz como la ejecución de una técnica indolora. Así el paciente puede eliminar el bloqueo psicológico de la mente del paciente.

Para planear el tratamiento hay básicamente tres enfoques:

- 1- El odontólogo decide el tratamiento ideal y el paciente lo acepta o rechaza.
- 2- El odontólogo sugiere varios tratamientos alternativos de costo diverso, y el paciente elige basándose en sus posibilidades económicas.
- 3- Después de discutir el costo y el grado de interés del paciente, el odontólogo sugiere el plan de tratamiento que considera preferible dadas las circunstancias.

1.1. HISTORIA CLINICA

No está de más recalcar la importancia de una buena historia clínica, puesto que muchas veces un tratamiento determinado debe ser corregido, al explorar más en las condiciones físicas y emocionales del paciente.

No todo paciente debe recibir una prótesis fija, y es entonces donde entraré a mencionar algunos inconvenientes:

- a. Pacientes con alteraciones sistémicas: Es de vital importancia mencionar aquí los pacientes diabéticos debido a su susceptibilidad a formar abscesos y a adquirir un problema periodontal.

Son también importantes los problemas cardiovasculares por presentar ciertas barreras durante el curso del tratamiento.

Otro inconveniente que merece mencionarse son los pacientes que se vayan a someter a terapia de radiación, ya que como efecto colateral tenemos la osteoradionecrosis.

- b. Pacientes con mala higiene oral: De hecho todo paciente con mala higiene oral revela un interés pobre por su propia salud, y es así como está contraindicado para recibir cualquier tipo de tratamiento dental.
- c. Pacientes que no están lo suficientemente motivados para recibir este tipo de tratamiento.

1.1.1. Índice C.O.P.

Al examen oral es importante determinar la cantidad de dientes cariados, obturados y perdidos (índice C.O.P.), ya que esto constituye un indicador de higiene dental, y susceptibilidad a la caries por parte del paciente. Es de valor pri-

mordial determinar el índice de placa del paciente para descubrir así como será su higiene si en el futuro llegara a ser portador de una prótesis fija.

Debemos observar además las prótesis o restauraciones antiguas para así determinar si se conservan o deben ser reemplazadas.

También tomamos en cuenta el número de dientes a reemplazar. Aquí es donde recordamos que la prótesis parcial fija ideal es aquella que va a reemplazar un solo diente.

1.1.2. Oclusión del paciente. Posteriormente pasaremos a analizar los modelos articulados del paciente. Lo primero que observaremos será el tipo de oclusión, si coincide la oclusión máxima con la relación céntrica. De no ser así, determinaremos si el paciente puede llegar a esta última mediante un tallado selectivo. En lo posible, el paciente no debe presentar disfunción oclusal patológica patogénica. Lo ideal sería una disfunción oclusal patológica pura.

Otros aspectos a considerar serían en orden de prioridad:

1. La no presencia de contactos en el área de balanza.
2. Tipo de desoclusión.
3. Facetas de desgaste.
4. Tipo de traumatismo oclusal, ya sea primario o secundario.

5. Interferencias.
6. Contactos prematuros.
7. Malposiciones dentarias.

1.1.3. Aspecto periodontal. Una vez analizado el aspecto oclusal, entraremos en el plano periodontal. Esta es una de las partes más importantes, ya que el periodonto permitirá una corta o larga vida de la prótesis. Aquí analizaremos la posible existencia de enfermedad periodontal, que de por sí es una de las mayores contraindicaciones de este procedimiento rehabilitador.

Observaremos aspectos como:

1. Area periodontal de los dientes pilares.
2. Grado de movilidad del diente.
3. Presencia de bolsas periodontales.
4. Pérdida ósea, ya sea por trauma o por enfermedad periodontal.
5. Presencia de retracciones que en algún momento podrían afectar la estética del paciente.
6. Ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal.

1.1.4. Aspecto radiográfico. Habiendo valorado este aspecto observaremos que nos permite determinar:

1. Longitud de la raíz del diente pilar.
2. Altura de la cresta ósea.

3. Relación de las raíces de los dientes pilares con estructuras anatómicas como por ejemplo el seno maxilar.
4. Valoración de las coronas clínicas y anatómicas.
5. Relación corona raíz.



CAPITULO II

FUNDAMENTOS CLINICOS DE LOS DIENTES PILARES

2.1. DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO

Puntos clínicos básicos en la selección de un diente pilar. Lo primero que se analiza es si el diente pilar está sano, cariado o con cualquier tipo de restauración. La situación ideal es el diente pilar sano, libre de cualquier tipo de obturación. Si no se presenta esta situación, entonces se observa si la restauración es simple o compuesta. En caso de ser simple, lo único por hacer sería retirar la restauración y verificar que no haya recurrencia de caries, volver a obtener y tallar sobre este.

2.1.1. Presencia y extensión de caries y obturaciones:

- Caries o restauración MO o MOD no muy extensa y no cercana a la pulpa: Retiramos la caries o la restauración y colocamos un complementador mecánico.

Otra posibilidad sería colocar el complementador mecánico, tallar, y sobre esta talla elaborar una cofia de transferencia. Esta situación de la cofia es brindar mayor solidez estructural.

- Caries o restauración MOD con paredes remanentes fuertes:
Se talla de tal manera que el pilar vaya a recibir como retenedor una incrustación. Si se prefiere como retenedor la corona, podemos tallar sobre una amalgama MOD bien adaptada.
- Caries o restauraciones profundas con gran proximidad a la pulpa: Se prefiere realizar endodoncia profiláctica y elaboración de retenedor intracoronal (núcleo). Cabe anotar que un diente vital es mejor pilar que uno no vital.

2.1.2. Nivel de higiene en la zona. El mayor o menor cuidado de la higiene influye en la incidencia de caries y en la salud de los tejidos gingivales. Lo más importante es el nivel máximo de higiene que pueda llegar a mantener el paciente.

2.1.3. Morfología del diente pilar. Influye en la selección del retenedor que se vaya a utilizar. Por ejemplo un premolar sano y con contorno definido puede ser portador de una corona 4/5.

2.1.4. Posición del diente pilar. Se relaciona con la estética del paciente, y es así como por ejemplo en un segundo molar podríamos utilizar una corona completa metálica.

2.1.5. Requisito estético. Estos requisitos varían de acuerdo al paciente. Por ejemplo un diente anterior sano puede preservar su cara V, utilizando una corona 3/4 siempre y cuando su diámetro VP y MD de la corona clínica sea lo suficientemente amplio para dar una retención y estabilidad satisfactoria.

CAPITULO III

FUNDAMENTOS DE OCLUSION EN PROTESIS PARCIAL FIJA

3.1. VALORACION OCLUSAL

3.1.1. Aspectos generales. Primero que todo entrará a definir la palabra RESTAURAR.

Restaurar significa devolver el estado primitivo u original a un diente, es decir recuperar su estado anterior. En el sentido amplio lo entendemos como la restauración de la función de los dientes y del sistema estomatognático.

La odontología restauradora implica prevención, diagnóstico y tratamiento de las patologías del sistema estomatognático, corrección de malformaciones dentales y de lesiones dentales que afectan la dentición permanente, abarcando no sólo la sustitución de los dientes, sino el re-establecimiento de la función, incluido el ajuste oclusal. Todo procedimiento restaurador va obligatoriamente ligado al análisis oclusal. Dicho análisis implica el estudio de la relación oclusal de los dientes de los arcos dentales opuestos durante la oclusión mandibular y durante los movimientos excéntricos.

El objetivo de éste análisis es descubrir qué dientes o qué partes de éstos originan fuerzas desfavorables o traumas debidos a contactos prematuros o interferencias que puedan llegar a desencadenar el bruxismo. Después de llegar a descubrir dichas desarmonías, enjuiciaremos las posibilidades de modificación mediante restauraciones, para así conseguir fuerzas verticales, que son las más favorables. Dicho análisis de la oclusión debe estar apoyado por modelos articulados, ya que un único análisis directo en cavidad oral se vé modificado ya sea por estructuras anatómicas, o por simple factor visual. Toda pieza dental está en determinada posición por intermedio de fuerzas de soporte, que a su vez van a influir en la selección de un diente pilar. Además todo diente puede moverse gracias a la elasticidad del ligamento periodontal. La dirección en que se mueva el diente depende de la dirección en que se aplique la fuerza.

En el momento en que los dientes superiores ocluyen con sus antagonistas, los ejes longitudinales de los dientes constituyen un ángulo, y como resultado, una fuerza llamada "Componente anterior de fuerza", en donde cada diente es empujado mesialmente. Este componente es el responsable de los contactos interproximales.

Debido a que los dientes pilares no son estáticos, por la presencia del ligamento periodontal, si hay un punto débil en todo el complejo de la prótesis, se producirá la fractura

y consecuente fracaso de nuestro procedimiento restaurador.

3.2. INTERFERENCIAS OCLUSALES

Son un factor nocivo en la planeación y elaboración de la restauración.

3.2.1. En céntrica. Las interferencias en céntrica son un contacto prematuro que ocurre cuando se produce el cierre mandibular con los cóndilos en posición retrusiva en la parte superior de la fosa glenoidea.

3.2.2. En balanza. Las interferencias en el lado de balanza son un contacto oclusal entre los dientes posteriores superiores con los inferiores en el lado opuesto al de la dirección en el que la mandíbula ha hecho un desplazamiento lateral. Esta interferencia es altamente destructiva porque se cambian los mecanismos de palanca de la mandíbula, originando fuerzas fuera del eje longitudinal del diente, y alterando la función normal de los músculos.

3.2.3. En protrusión. La interferencia protusiva es el contacto prematuro que se origina entre caras mesiales de posteriores inferiores y distales de los superiores. Este contacto también es potencialmente destructivo. Todas estas interferencias no se presentan en la oclusión normal, pero como sólo un mínimo de pacientes tienen éste tipo de oclusión, de-

bemos tratar de eliminarlas, antes y después del tratamiento rehabilitador.

3.3. TIPOS DE OCLUSION

La oclusión suele ser de dos tipos:

- a. Patalógica pura.
- b. Patalógica patogénica.

La oclusión patológica patogénica cuenta con todas las anteriores manifestaciones y además con otras como facetas de desgaste, cúspides fracturadas, movilidad dentaria,

Al confeccionar la prótesis fija, el odontólogo debe proporcionar al paciente la oclusión óptima, que es aquella que requiere el mínimo de adaptación por parte del paciente. Dentro de éstas condiciones óptimas están:

- ° Contactos firmes en todos los dientes.
- ° Guía anterior.
- ° Desoclusión en posteriores al realizar el movimiento de protrusión.
- ° Desoclusión en el lado de balanza.

3.4. REQUISITOS DE OCLUSION

Todo diente que va a servir como pilar de prótesis fija, ya sea extremo o intermedio, debe cumplir ciertos requisitos

de oclusión:

1. En lo posible, no presentar facetas de desgaste (previas a la talla) ya que esto es un indicador de disfunción patológica patogénica.
2. No presentar trauma oclusal.
3. Que al ser restaurado no presente interferencias ni contactos prematuros.

Al estudiar individualmente a cada paciente desde el punto de vista de oclusión, es importante observar los movimientos funcionales de masticación y de incisión. Aunque es difícil estudiar el proceso de masticación, podemos observar aspectos sencillos tales como:

1. Dirección del ciclo masticatorio: Si se hace hacia arriba, abajo o lateralmente.
2. Si es uni o bilateral.
3. Si contactan borde a borde los incisivos superiores o inferiores.

Antes de profundizar más en el tema cabe anotar que un puente fijo está indicado cuando es realmente necesario mejorar las condiciones estéticas o funcionales de la oclusión, pero no sólo por el hecho de reemplazar un diente ausente, ya que podemos encontrar pacientes con ausencia de uno o más dientes cuya función oclusal es totalmente normal, y que por simple capricho del odontólogo se someten a la realización de

una prótesis fija que se constituye en el punto de partida de diversos daños tanto a las estructuras periodontales como la función oclusal.

El único objetivo oclusal de la prótesis fija lo podemos resumir así: "Rehabilitación de función de una oclusión alterada".

Previo al tallado de los pilares, se debe dirigir el máximo de atención a la normalización del plano oclusal de los dientes remanentes y eliminación de interferencias cuspídeas. Es posible que se necesiten pequeños movimientos ortodónticos en pacientes con disfunción oclusal patológica patogénica la prótesis fija se viene a constituir en una terapia neurofisiológica, cuyo objetivo sería eliminar los posibles estímulos sensoriales originados de alguna desarmonía oclusal. Siempre que vayamos a realizar una prótesis fija, ésta debe ser la última restauración que el paciente necesite. Por ejemplo si el paciente necesita coronas individuales en dientes anteriores, éstas se deben confeccionar antes que la prótesis. Si se necesitan prótesis a ambos lados de la arcada, se acepta la realización simultánea de éstas.

3.5. CONCLUSIONES

De todo lo relacionado con la oclusión podemos concluir los siguientes puntos:

1. Es necesario un correcto diagnóstico del tipo de oclusión propio del paciente.
2. Planear el tratamiento, visualizando todo el sistema estomatognático como un conjunto y de acuerdo al tipo de disfunción que presente el paciente.
3. Correctas preparaciones de los dientes pilares, en cuanto a tallas considerando factores mínimo como:
 - a) Suficiente desgaste de la superficie oclusal.
 - b) Paralelismo único y múltiple.
 - c) Correcta definición de la línea de terminación, de acuerdo al material que se vaya a utilizar para la restauración. Es importante recordar que si se va a utilizar porcelana el hombro de la talla debe ser bicelado a diferencia del complejo metal-acrílico.
4. Empleo adecuado del articulador: Aquí aclaro, que un paciente con disfunción patológica pura requiere simplemente que sus modelos sean articulados en un articulador de tipo bisagra, a diferencia del paciente que presente disfunción patológica patogénica.

Es también importante mencionar el uso de registros, tanto de relación céntrica como de lateralidad, protrusión y máxima oclusión, lo más fieles posibles.
5. Tener muy en claro cuál va a ser el objetivo de nuestra prótesis. Aquí me refiero a si vamos a conservar la función normal existente, o si vamos a hacer una rehabilitación de la oclusión en forma óptima.

6. Valorar que no es suficiente lograr una buena función oclusal, sino que lo importante es mantenerla a través del tiempo. Hay que considerar que con el transcurso del tiempo actúan múltiples factores que impiden de cierta forma la existencia del equilibrio entre forma y función. Es por esto que el odontólogo tiene como obligación controlar periódicamente la funcionalidad de la oclusión rehabilitada y mantenerla; así como es un deber del paciente acudir a dichas revisiones y colaborar con el profesional en todo lo que esté a su alcance.



CAPITULO IV

RELACIONES PERIODONTALES EN PROTESIS PARCIAL FIJA

4.1. VALORACION PERIODONTAL

4.1.1. Definición de periodonto. El periodonto se define como un conjunto de estructuras funcionales que están comprendidas directamente en la acción de recibir, soportar y distribuir fuerzas aplicadas a los dientes. Dichas estructuras son:

- ° Encía.
- ° Ligamento periodontal.
- ° Cemento.
- ° Hueso alveolar.

Antes de emprender cualquier procedimiento restaurador, se necesita establecer condiciones fisiológicas de los tejidos gingivales, y así reducir el riesgo de trauma durante la preparación de los pilares y procedimiento de toma de impresiones.

Aquellos pilares que han sido sometidos a cirugía periodontal deben esperar de dos a tres meses para que se desarrollen las nuevas relaciones adaptativas. Aún en aquellos casos en que existe inflamación gingival grave, se debe esperar un

mes después del raspado y alisado radicular.

Cuando el margen de la restauración se ubica subgingivalmente (que no es la situación ideal), y el tejido está tumefacto e inflamado, y presencia de bolsa periodontal, los tejidos tienen tendencia a quedar expuestos, convirtiéndose en un aspecto estético negativo con consecuente retracción gingival.

La situación ideal es por consiguiente hacer preparaciones precisas y obtener impresiones lo más exactas posibles, con una encía sana, libre de inflamación y hemorragia.

4.2. LINEA TERMINAL EN EL DIENTE PILAR

La irritación subgingival asociada a las restauraciones o ubicación de la línea terminal puede originarse por:

1. Productos tóxicos liberados por el material de restauración.
2. Retención de placa.
3. Imperfección o falta de acoplamiento entre la restauración y la línea terminal de la talla del diente pilar.

Hay varias indicaciones de una ubicación subgingival de la línea terminal:

- a. Por presencia de caries o una obturación previa.
- b. Por aspecto estético: Cabe anotar que sólo se ubicará

subgingivalmente la parte de la línea terminal que interfiera con la estética, lo restante se ubicará supra-gingivalmente.

La situación ideal es aquella que permite colocar la línea terminal a ras de la encía sobre esmalte.

Es responsabilidad del odontólogo procurar que cuando se realice el tratamiento restaurador, éste se coloque de tal forma que contribuya a la salud periodontal. En caso de que la enfermedad periodontal ya esté instaurada, el restaurador debe ayudar a tratarla colocando restauraciones funcionales que apoyarán a los dientes y al periodonto.

4.2.1. Ubicación de la línea terminal en el diente pilar.

A continuación mencionaré algunos factores a considerar en la ubicación de la línea terminal:

- a. Se recomienda localizar la línea terminal ligeramente subgingival. Clínicamente se ha demostrado que ésta ubicación hace al diente pilar menos susceptible a la caries recurrente, especialmente por la diferencia de los organismos presentes y menos cantidad de residuos alimenticios.
- b. Si ubicamos la línea terminal subgingivalmente, no se podría dar un buen acabado y lo que es más importante, no podríamos evaluar adecuadamente su adaptación. Todo esto conduciría a una irritación subgingival.

- c. Cuando ubicamos subgingivalmente la línea terminal, la encía tiende a retraerse. Debido a esto el pilar sería susceptible a la caries recurrente.
- d. El paciente que en fechas anteriores haya sido sometido a tratamiento periodontal, no es buen candidato para la ubicación subgingival de la línea terminal. En estos pacientes están indicadas las líneas terminales supragingivales.
- e. En caso de que el paciente haya sido sometido a cirugía periodontal en dientes anteriores y se necesite un aspecto estético aceptable, es imperativo ubicar la línea terminal en el borde gingival.

4.3. EXTENSION DEL SOPORTE PERIODONTAL

La extensión del soporte periodontal depende directamente del nivel de inserción epitelial en el diente pilar. Si ha existido previamente enfermedad periodontal, que ha sido tratada y con resultados satisfactorios, el nivel de inserción suele estar más bajo de lo normal.

El nivel de soporte periodontal incide sobre la relación corona raíz, ya que cuanto más larga sea la corona clínica en relación con la raíz, mayor será la acción de palanca de las presiones laterales sobre el ligamento periodontal, y el diente pilar será menos adecuado como anclaje.

El nivel de soporte periodontal lo averiguamos en el exámen clínico por la profundidad del surco gingival, y en el examen radiográfico por el nivel de altura de la cresta ósea.

4.4. MOVILIDAD DEL DIENTE PILAR

La movilidad está directamente relacionada con la oclusión, y la presencia de enfermedad periodontal. Existe la llamada movilidad fisiológica. En un pilar con movilidad no fisiológica, no es adecuado para prótesis fija. Debemos averiguar la causa y naturaleza de esa movilidad.

Si la causa es un desequilibrio oclusal, porque el pilar recibe fuerzas inadecuadas, si se corrige esta situación, se puede esperar que el diente pilar vuelva a la normalidad.

Si el diente pilar ha estado bajo tratamiento periodontal, es posible que tenga movilidad no fisiológica, como resultado de la pérdida de soporte óseo. Un diente pilar que tenga gran movilidad debe ser desechado inmediatamente. Previamente se deben intentar técnicas de ferulización, y en caso de que lo lleguemos a utilizar como pilar se va a transferir una mayor presión, llegándose a ocasionar daños irreparables.

4.5. AREA PERIODONTAL Y LEY DE ANTE

Tomando en cuenta que los dientes de ambas denticiones varían

considerablemente en la zona del ligamento periodontal; también son distintas las cualidades como pilares de prótesis. Además de las diferencias entre los dientes sanos, se consideran los cambios que pueden ocasionar las afecciones periodontales u otras enfermedades.

Es de gran ayuda en la elección del diente pilar y el diseño de la prótesis, el conocimiento de las zonas periodontales, tomando en cuenta que existen variaciones individuales de paciente a paciente. El área periodontal del diente pilar se refiere a la extensión que ocupa la inserción del ligamento periodontal, que sirve de medio de unión entre el diente y el hueso. En dientes pilares voluminosos, esta área es mayor, y por lo tanto tiene mayor facilidad para soportar un esfuerzo adicional.

Cuando el hueso de soporte ha desaparecido como consecuencia de una enfermedad periodontal, el diente tendría una capacidad reducida para servir como pilar de prótesis fija.

Habiendo considerado todo lo anterior, podemos definir la llamada Ley de Ante: "El área de la superficie de las raíces de los pilares, debe ser igual o superior a la de las piezas que van a ser reemplazadas por pñnticos".

Si falta un diente, el ligamento periodontal de los dientes pilares totalmente sanos es capaz de soportar la carga

adicional.

Si la situación cambia, y no es un diente el que falta, sino dos o más, es posible que los dientes pilares aunque estén sanos no soporten la carga adicional.

Para ilustrar lo dicho anteriormente podemos observar los gráficos 1, 2 y 3.

CAPITULO V
CONSIDERACIONES RADIOLOGICAS EN PROTESIS
PARCIAL FIJA

5.1. VALORACION RADIOGRAFICA

5.1.1. Aspectos a considerar: se constituye como la última fase del procedimiento de diagnóstico. Proporciona información que ayuda a correlacionar todas las observaciones obtenidas durante la anamnesis, el examen oral y el estudio de modelos. Las radiografías deben evaluar:

1. Presencia de caries.
2. Lesiones periapicales.
3. Tratamiento endodónticos anteriores.
4. Nivel general de hueso.
5. Relación corona-raíz.
6. Longitud, configuración y dirección de sus raíces.
7. Ensanchamiento o normalidad del espacio del ligamento periodontal.
8. Grosor de la cortical ósea.
9. Trabeculación ósea.

Consideraré sólo los aspectos individuales que no han sido tratados anteriormente:

- Lesiones periapicales: Todo diente pilar que presente patología periapical debe ser eliminado como posible pilar, siempre y cuando haya sido tratado quirúrgica o endodónticamente y no haya respondido en forma positiva al tratamiento.
- Tratamientos endodónticos previos: Aquí es importante analizar cuánto tiempo lleva el diente obturado, si ha presentado algún tipo de sintomatología o si está parcialmente obturado dentro de los patrones correctos, se puede considerar un buen pilar de prótesis, siempre y cuando sea portador de un retenedor intracoronal o núcleo ya que sabemos que un diente tratado endodónticamente es más susceptible a la fractura ya que se dejó de producir dentina en el mismo momento de la extirpación pulpar.

Cualquier diente que haya sido tratado y presente sintomatología, debe ser descartado, ya que podría afectar el éxito de la prótesis. Un diente parcialmente obturado, que no presente sintomatología, y que lleve de obturado un tiempo prudencial entre 5 y 8 años, lo podemos considerar como pilar de prótesis fija. Esta regla también se aplica en caso de un diente sobreobturado.

- Hueso alveolar y cresta ósea: El hueso alveolar es la extensión ósea de la mandíbula y el maxilar superior que rodea las raíces de los dientes. Es una delgada placa ósea que aloja a los dientes. El borde coronario de la apófisis alveolar es la cresta ósea, que se ubica hasta aproximadamente 1mm de la unión cemento-esmáltica.

Como consecuencia de la enfermedad periodontal, el hueso de soporte desaparece y los dientes implicados tienen reducida su capacidad de servir como dientes pilares de prótesis fija. Además esto es visible clínicamente por el tipo de movilidad que experimente el diente. Es bien sabido que todo diente tiene la llamada "movilidad fisiológica" gracias a las fibras del ligamento periodontal.

Cuando ésta movilidad excede 1.5 mm se considera patológica ya sea por causa oclusal o periodontal.

- Proporción corona-raíz: Es la medida que existe desde la cresta ósea alveolar, de la longitud del diente hacia oclusal comparada con la longitud de la raíz incluida en el hueso. A medida que el nivel del hueso alveolar se aproxima a apical, el brazo de palanca de la porción fuera de hueso aumenta y se incrementa la posibilidad de producir fuerzas nocivas.

La proporción ideal corona-raíz de un diente pilar es de 1:2. Es importante también considerar la forma de la raíz.

Las raíces más anchas en sentido VL que en sentido MD son preferibles a las redondas.

Cuando el diente pilar es multiradicular, si las raíces son separadas, ofrecen un mejor soporte periodontal, a diferencia de las que tienen raíces convergentes y cónicas.

En caso de que el diente pilar tenga raíces cónicas y cortas, sólo podrá ser usado como pilar de prótesis de tramo corto (3 unidades), y con todas las demás condiciones óptimas.

Si el diente pilar es monoradicular y presenta una configuración irregular en su raíz, o con alguna curvatura en el tercio apical, es más favorable que aquel que presente una conicidad casi perfecta.



CAPITULO VI

PRINCIPIOS DE TALLADO

6.1. PROCEDIMIENTO BASICO DE TALLADO PARA DIENTES PILARES

6.1.1. Aspectos principales en las tallas. Incluyo esta breve reseña, puesto que ya he hablado de todos los aspectos a tener en cuenta en la valoración de los dientes pilares, y el paso siguiente es el proceso de tallado.

Los dientes pilares deben ubicarse dentro de los contornos normales del diente para devolver la correcta función y reducir la carga oclusal.

Una talla es un desgaste que se hace en determinadas superficies de un diente, para posteriormente recibir una restauración colada.

El proceso de tallado debe contemplar 7 aspectos básicos:

1. Forma de acceso conveniente: Hace referencia a permitir la aplicación de instrumentos cortantes a la superficie dentaria deseada y así lograr un eje paralelo común para la inserción y retiro de los retenedores.

2. Forma de retención adecuada: Se refiere a la preparación realizada de tal forma que se evite el desplazamiento vertical del retenedor. Una retención eficaz se logra por medio de paredes paralelas con ligera convergencia de 3 a 6 grados.
3. Forma de amplia resistencia: La resistencia a los movimientos horizontales o de rotación se obtiene dando un volumen adecuado a las paredes axiales de la preparación. Esto disminuye la posible fractura del diente y proporciona rigidez a los retenedores. Otros elementos auxiliares de resistencia son los surcos auxiliares y agujeros para pins.
4. Forma de máxima conservación: Cuando se elimine el tejido dentario, no se debe afectar la salud de los tejidos de soporte o la vitalidad de la pulpa. La máxima conservación se logra cuando las caras se preparan siguiendo los contornos naturales del diente y ubicando los elementos auxiliares como cajuelas, rieleras, pins, etc., lo más alejado posible del tejido gingival y de la pulpa.
5. Forma de prevención adecuada: Los márgenes de la preparación deben extenderse más allá de las zonas de contacto, permitiendo así la llegada a superficies accequibles al control de placa y por consiguiente prevención de caries y enfermedad periodontal.

6. Forma estética deseable: Debemos hacer todo lo posible para que al preparar los pilares se evite la exhibición de metal, primordialmente en la zona anterior.
7. Forma terapéutica necesaria: Se refiere a que por medio de la preparación del diente pilar se ayude a resolver alguna enfermedad o deformidad pre-existente.

6.1.2. Realización de la talla. Para realizar el proceso de tallado no podemos decir que haya un estricto orden, pero aquí indico lo que a mi manera de ver hace más cómodo y efectivo este proceso:

- a. Se inicia el desgaste de la superficie incisal (si es un diente anterior) o el desgaste oclusal (si el diente es posterior) de manera que se eliminen los contactos oclusales, verificando esto durante los movimientos de protrusión, lateralidad y máxima oclusión.

El decorticado debe ser de tal magnitud que permita la reposición del tejido dentario por metal o combinado con porcelana.

El decorticado no debe ser tan extenso, que la estructura remanente sea muy pequeña y no brinde la retención necesaria.

- b. Continuamos con el decorticado de la superficie V6 L, colocando la fresa paralela al eje longitudinal del diente.

No pretendamos obtener inmediatamente la línea terminal, ya que ésta se adquiere por medio del correcto tallado de la superficie V ó L ó proximal. Una vez talladas estas superficies obtendremos la línea terminal.

- c. Eliminamos todos los puntos de contacto proximal teniendo en cuenta no lesionar el diente vecino.
- d. Si habíamos tallado la superficie V anteriormente, entonces ahora iniciamos el tallado de lingual, el cual uniremos con vestibular.
- e. Teniendo tallado ya el contorno del diente en su totalidad, procedemos a dar una mayor definición a la línea terminal y la bicelamos en caso de que sea necesario. Posteriormente eliminamos todos los ángulos muertos.
- f. Tomamos una impresión preliminar, para obtener un modelo de estudio y pasarlo por el paralelómetro, con el fin de evitar una restauración defectuosa.

Aquí es importante anotar, que al observar el modelo lo debemos hacer con un solo ojo, ya que al hacerlo con los dos, por fenómenos visuales, no logramos detectar los socavados y retenciones que se encuentren.

Una vez que hemos verificado el paralelismo único y múltiple de nuestras tallas, hemos eliminado retenciones y demás posibles defectos, estaremos listos para tomar nuestra impresión definitiva.

CONCLUSIONES

1. La base del éxito del tratamiento restaurador está en la óptima realización de la historia clínica, ayudada por nuestra habilidad como restauradores.
2. No pretendemos forzar al paciente a recibir un tratamiento restaurador sin tener una preparación psicológica previa, y sin haberlo educado y motivado suficientemente.
3. Valoremos todos los aspectos posibles: Oclusal, periodontal, radiográfico y lo que es más importante nuestra "capacidad clínica", ya que miles de capítulos de teoría no reemplazan la habilidad manual de un buen restaurador.
4. Actuemos de acuerdo a la ética y en forma conciente, sin permitir que aspectos de tiempo o dinero, modifiquen el tratamiento del paciente para nuestro beneficio y no para el de él.

LISTA DE GRAFICOS

- GRAFICO 1. Area de la superficie radicular de dientes superiores.
- GRAFICO 2. Area de la superficie radicular de los dientes inferiores.
- GRAFICO 3. Deflección determinada por la longitud del tramo.

BIBLIOGRAFIA

BEAUDREAU David E., Atlas de Prótesis Parcial Fija, Editorial Médica Panamericana, 1980.

MORRIS Alvin L., BOHANNAN Harry M., Las Especialidades Odontológicas en la Práctica General, Editorial Labor S.A., 1984.

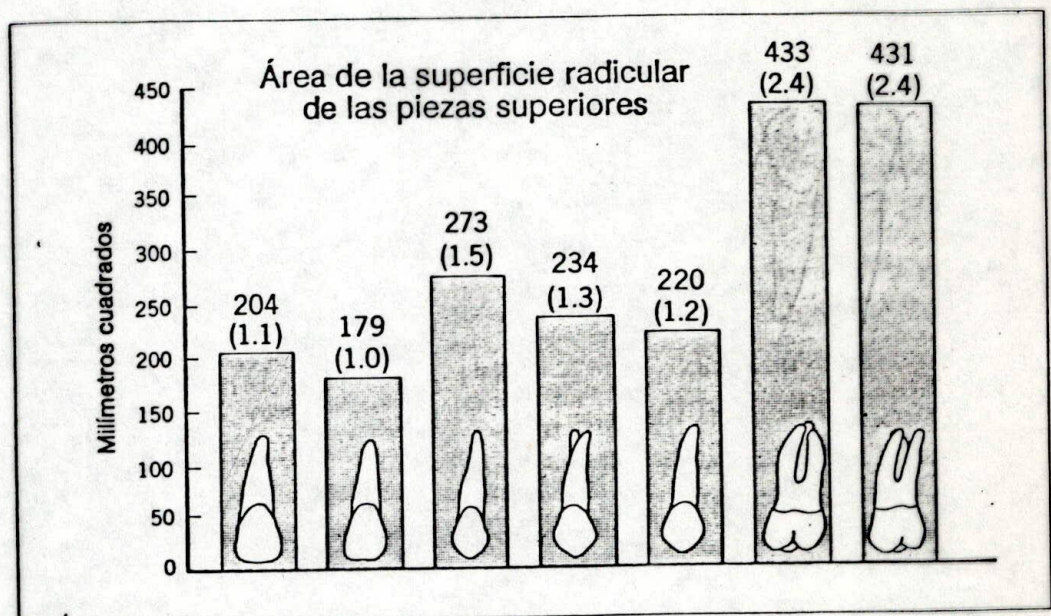
MYERS E. George, Prótesis de Corona y Puentes, Editorial Labor 1983.

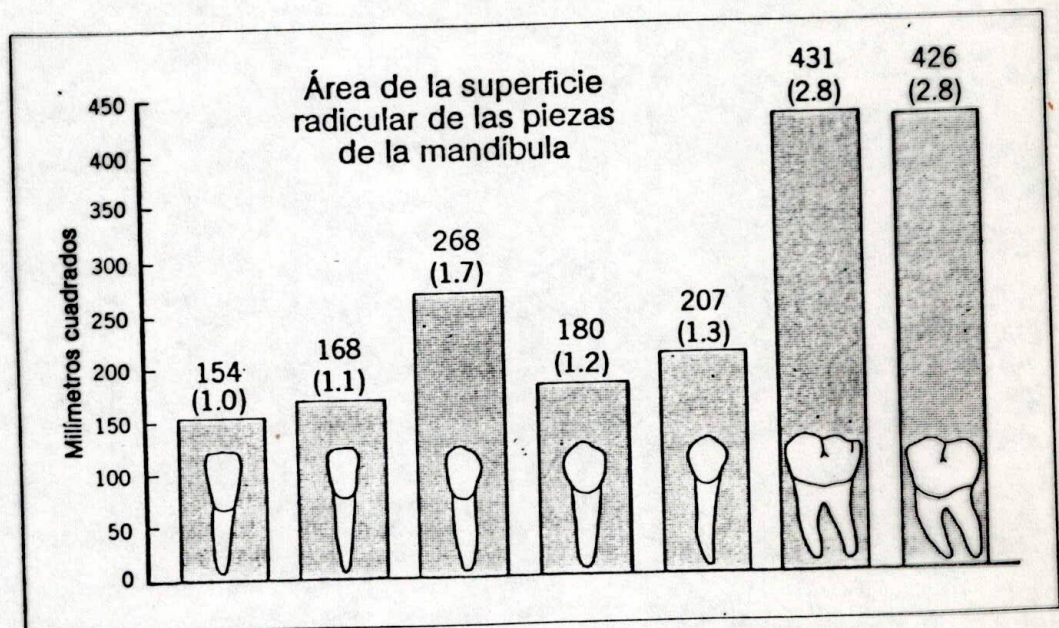
RAMFJORD Sigurd, ASH Major, Periodontología y Periodoncia, Editorial Médica Panamericana, 1984.

SHILLINGBURG, HOBO, WHITSETT, Fundamentos de Prostodoncia Fija, Quintessence Books, 1982.

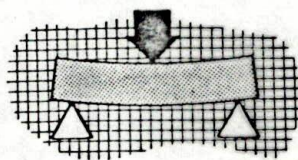
STAFNE EDWARD, GIBILISCO Joseph, Diagnóstico Radiológico en Odontología, Editorial Médica Panamericana, 1982.



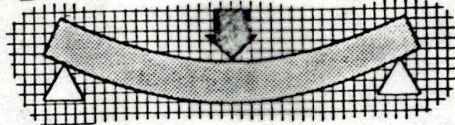




A — X —



B — 2X —



C — 3X —

