

CASO CLINICO INTERDISCIPLINARIO

ODONTOLOGÍA INTEGRADA IV

INTEGRANTES

CAROLINA BENAVIDES	981253
JOHANNA GONZALEZ	972299
ERICK PARAMO FRANCO	961068
LUIS ANGEL PERDOMO	962080
YISETH MILENA RICO	982033

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
SANTAFE DE BOGOTA D.C.
MAYO DE 2003**

CASO CLINICO INTERDISCIPLINARIO

Presentado a:

Dra. NERY VILLOTA

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
SANTAFE DE BOGOTA D.C.
MAYO DE 2003**

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	Pág.
OBJETIVOS	
Historia Clínica	1
Diagnóstico	5
Plan de Tratamiento Ideal	6
Plan de Tratamiento a Realizar	7
Periodontitis Crónica	7
Prótesis Parcial Fija	8
Diagnóstico	8
Plan de Tratamiento	10
Materiales de Impresión	12
a. Yesos Tipo I	12
b. Modelinas	13
c. Cera para Colados	13
d. Pastas Zinquenólicas	14
e. Polímeros	15
f. Hidrocoloides Reversibles	15
g. Hidrocoloides Irreversibles	16
Elastómeros	17
h. Mercaptanos	18
i. Siliconas por Condensación	19
j. Siliconas por Adición	21
k. Poliéteres	21
Requisitos de los Materiales de Impresión	22
Restauraciones Temporales	23
Registros interoclusales	23
CONCLUSIONES	
BIBLIOGRAFÍA	

INTRODUCCIÓN

El siguiente Caso Clínico Interdisciplinario es presentado a los Alumnos y Docentes de Décimo Semestre del Colegio Odontológico Colombiano con el ánimo de orientar y mostrar una de las alternativas de tratamiento de fácil acceso al paciente como lo es la Prótesis Parcial Fija, la cual nos ayuda a devolver la función y estética.

OBJETIVOS

- 1. Reforzar los conocimientos adquiridos mediante la presentación de un Caso Clínico interdisciplinario basado en la Prótesis Parcial Fija.**
- 2. Evidenciar mediante el Caso Clínico la manera de proporcionar función bucal, estética, salud y comodidad al paciente mediante la restauración de los dientes con Prótesis Parcial Fija.**

Historia Clínica

□ Datos Personales

Nombres y Apellidos	JOSÉ FERREZ MARCONI
Edad	42 Años
Sexo	Masculino
Estado Civil	Unión Libre

□ Motivo de Consulta

'Necesidad de hacerme un conducto'

□ Examen Físico

Peso	74 Kilogramos
RH	O Positivo
Estatura	1,70 Metros
Temperatura	37°C. Afebril
Presión Arterial	120/80 mm.Hg
Frecuencia Cardíaca	65 P.M.

□ Anamnesis

Historia Médica Familiar	No Reporta
--------------------------	------------

Historia Médica Personal

Cirugía de tibia y peroné

□ Antecedentes Odontológicos

Anestesia Local

Si

Anestesia General

Si

Hemorragia Post Exodoncia

No

□ Atención Recibida

Periodoncia

+

Prevención

+

Cirugía

+

Operatoria

+

Endodoncia

+

Ortodoncia

-

Prostodoncia

+

Implantología

-

Oclusión

-

□ Antecedentes Psicológicos

Actitud ante tratamientos recibidos

+

Actitud ante este tratamiento	+
Transferencia	+
Contratransferencia	+

□ Examen Físico Oral

Labios	N
Carrillos	N
Surco Vestibular	N
Gingiva	A
Reborde Alveolar	A
Lengua	N
Piso de Boca	N
Frenillos	N
Paladar Duro	N
Paladar Blando	N
Amígdalas	N
Glándulas Salivales	N

□ Historia Estomatológica

Dolor en Músculos Masticadores	-
--------------------------------	---

Dolor en ATM	-
Ruido en ATM	-
Alteración en el Movimiento	-
Desarmonías Oclusales	+
Hábitos	-
Odontalgia	+
Dolor Ardor en Tejidos Blandos	-
Sensibilidad Dentaria	+
Sangrado Gingival	+
Halitosis	-

□ Examen de Movimientos Mandibulares

Apertura	45 mm
Protusión	4 mm
Lateralidad Izquierda	5 mm
Lateralidad Derecha	5 mm

□ Examen Dentario

Clasificación de Angle	
Derecha e Izquierda	N.A.

Simetría Facial	Si
Overbite	N.A.
Overjet	N.A.
Línea Media Dentaria	2 mm Derecha
Apiñamientos	No Presenta
Diastemas	31 – 41 / 42 – 43
Facetas de desgaste	Anteriores Inferiores
Ausencias Dentarias	16 , 18 , 28 , 34 , 36 , 46 , 48.

□ Diagnósticos

- Generales

Ninguno

- Craneomandibulares

Mordida Borde a Borde

- Tejidos blandos y óseos

Colapso Reborde Alveolar Tipo I

- Periodontales

Periodontitis Crónica Localizada 26 Palatino
Gingivitis Asociada a Factores Retentivos (P.P.F.)

- Dentales

Caries Recurrente P.P.F. Desadaptada 15 – 17
 Caries Recurrente 38 OM
 Ausencias Dentarias 16 , 18 , 28 , 34 , 36, 46, 48.

- Endodónticos

Pulpitis Irreversible 17

- **Plan de Tratamiento Ideal**

- Periodoncia

Terapia Básica
 Debridamiento a campo abierto por 26 P

- Cirugía

No Requiere

- Endodoncia

T.C.C. 17 – 37

- Operatoria

Amalgama 38 OM

- Prostodoncia

Núcleos 26 , 37 , 17
 C.C.C. 26
 P.P.F. 15 – 17 / 33 – 37

□ Plan de Tratamiento a Realizar

- Periodoncia
Terapia Básica
- Endodoncia
T.C.C. 17 , 37
- Operatoria
Amalgama 38 OM
- Prostodoncia
P.P.F. 15 – 17 / 33 - 37.

Periodontitis Crónica

La Periodontitis es una entidad infecciosa crónica que produce inflamación en los tejidos de soporte dental, en cuya progresión produce pérdida de infección periodontal debido a la destrucción del ligamento periodontal y disminución en la altura de la cresta ósea.

Características:

- ✓ Pérdida clínica de inserción
- ✓ Pérdida de hueso alveolar
- ✓ Presencia de bolsas periodontales
- ✓ Inflamación gingival (edema, eritema, aumento de la temperatura del surco)
- ✓ Hemorragia a la presión
- ✓ Movilidad dental, que puede llevar a exfoliación

- ✓ Es más frecuente en adultos pero puede presentarse en jóvenes y niños.
- ✓ La severidad de la enfermedad está directamente relacionada con la presencia de factores locales o factores locales predisponentes.
- ✓ Presencia de cálculos subgingivales.
- ✓ Asociado con un patrón microbiológico variable.

Patrón de progresión lento a moderado, pero puede presentar períodos de progresión rápida. Puede estar modificada o asociada con enfermedades sistémicas. Puede estar asociada con otros factores como el estrés y consumo de cigarrillo.

La periodontitis recurrente es el retorno de la enfermedad al periodonto y no se clasifica como una entidad separada, de la misma manera que la enfermedad que no responde positivamente a los tratamientos y conocida como periodontitis refractaria, no se separa de la definición de periodontitis crónica.

PRÓTESIS PARCIAL FIJA

Es una prótesis que reemplaza a uno o varios dientes ausentes permanentemente, fijada a las piezas remanentes. El Pilar es un diente que sirve a soporte a una prótesis. El Póntico es un diente artificial suspendido entre los dientes pilares. El póntico está unido a los retenedores que son las restauraciones que van cementadas a los pilares convenientemente preparados. Los conectores entre el póntico y los retenedores pueden ser rígidos o no rígidos.

DIAGNÓSTICO

El campo de la Prótesis Fija abarca desde la restauración de un único diente hasta la rehabilitación de toda la oclusión. Un diente aislado puede ser restaurado funcional o hasta alcanzar un mejor efecto estético.

En primer lugar, hay que hacer un completo estudio de las condiciones dentales del paciente, teniendo en cuenta tanto los tejidos duros como los blandos.

En este estudio se tiene que relacionar con su salud general y con su psicología.

Con la información obtenida, ya se puede formular un plan de tratamiento basado tanto en las necesidades dentales del paciente como en sus circunstancias médicas, psicológicas y personales.

Los sillares del estudio necesario para preparar un tratamiento de Prótesis Parcial Fija son:

- La Historia Clínica
- El Examen Intraoral
- Los Modelos de Estudio
- La Exploración Radiológica.

PLAN DE TRATAMIENTO

Mediante el oro colado, la porcelana y el metal porcelana se pueden reemplazar amplias zonas de estructura dental ausente, al mismo tiempo que dejar protegida la restante. Se puede restaurar la función, y cuando convenga, conseguir un agradable efecto estético.

El éxito de estas restauraciones se basa en un cuidadoso plan de tratamiento, la elección del material y el diseño de las prótesis perfectamente acoplado a las necesidades del paciente.

La elección del tipo de material y el diseño de la restauración se basa en los siguientes factores:

- Grado de destrucción de las estructuras dentarias. Si la destrucción es de tal magnitud que lo que resta del diente

requiere ser protegido y reforzado por la restauración, lo indicado, en lugar de la amalgama es el oro colado.

- La estética. Debe ser tenido en cuenta si el diente a restaurar esté en una zona muy visible o si el paciente es muy exigente en cuanto al efecto cosmético.
- La posibilidad de controlar la placa. Las restauraciones cementadas para tener éxito, exigen la instauración y el mantenimiento de un buen programa de control de placa. Muchos dientes son, aparentemente, por la gran destrucción que han sufrido, candidatos a la corona de oro o porcelana. Sin embargo, cuando estas piezas se valoran, teniendo en cuenta el entorno bucal, se ve que las reconstrucciones van a correr riesgo. Si en la boca coexisten extensas placas con descalsificaciones y caries, el diseño de las restauraciones debe ser hecho teniendo en cuenta aquellos factores que puedan facilitar, a su portador, el mantenimiento de la adecuada higiene.

Indicaciones de la Prótesis Parcial Fija

Los dientes perdidos deben reemplazarse. Esto es obvio cuando la zona edéntula este en el segmento anterior dela boca, pero es igual de importante cuando está en la zona posterior. La función se restaura, los dientes adyacentes al espacio se mantienen en su respectiva posición y se previene la supraerupción de los antagonistas.

Para reemplazar dientes perdidos, un puente fijo, en circunstancias apropiadas, es superior a una prótesis parcial removible, y en general, es preferido por la mayoría de los pacientes. El tipo de prótesis más común es el que se apoya en las dos piezas que limitan por cada extremo la zona edéntula. Si las piezas pilares están periodontalmente sanas, si los retenedores están bien diseñados y ejecutados, y si el espacio edéntulo es corto y recto, cabe esperar que la prótesis tenga una larga vida funcional. Hay varios factores que van a influir en la decisión de hacer un puente o no, en la decisión del diente que se va a utilizar como pilar y en el tipo de diseño que se va a usar.

Valoración de los Pilares

Toda restauración ha de ser capaz de resistir las constantes fuerzas oclusales a que está sometida. Es de particular importancia de un puente fijo, en que las fuerzas que normalmente absorbía el diente ausente, van a transmitirse a los dientes pilares a través del pónico, conectores y retenedores. Los pilares están obligados a soportar las fuerzas normalmente dirigidas al diente ausente y además, las que se dirigen a ellos mismos.

Lo ideal es que el pilar sea un diente vivo, pero un diente tratado endodóncicamente, asintomático, con evidencia radiográfica de un buen sellado y de una obliteración completa del canal, puede ser usado como pilar. Hay que compensar de alguna manera, la pérdida de estructura dentaria de la corona clínica causada por la técnica endodóncica.

Los tejidos de sostén que rodean al diente pilar, deben estar sanos y exentos de inflamación antes de que pueda pensarse en una prótesis. Los pilares no deben mostrar ninguna movilidad, ya que van a tener que soportar una carga extra. Las raíces y las estructuras que las soportan deben ser valorados teniendo en cuenta tres factores:

- Proporción corona – raíz
- La configuración de la raíz
- El área de la superficie periodontal

Consideraciones Biomecánicas

Los puentes largos sobrecargan los ligamentos periodontales y además tienen el inconveniente de ser menos rígidos que los cortos.

Todos los puentes sean cortos o largos, se comban hasta cierto punto. Debido a que las cargas se aplican a los pilares a través de los pónicos, los retenedores de puente las sufrirán de distinta dirección y magnitud que las restauraciones unitarias.

Algunas veces se utilizan pilares dobles para resolver el problema que se plantea en los casos de proporción corona – raíz desfavorable, y pónico largo.

‡ MATERIALES PARA IMPRESIÓN

Definición

Una impresión se define como un negativo o reproducción en negativo de un objeto o estructura, en el caso odontológico un diente, o grupo de dientes, preparaciones cavitarias, tejidos duros y blandos del maxilar, etc.

En general podemos tomar impresiones para de ellas obtener al realizar un vaciado en yeso, un positivo de modelo de estudio, un modelo de trabajo, un modelo de diagnóstico, un troquel individual.

Clasificación por la reacción

Los materiales de impresión llegan siempre a la boca en estado plástico, lo cual permitirá una correcta y fiel reproducción de los detalles deseados, una vez en boca y transcurrido un tiempo prudencial corto, pasan al estado rígido o elástico, sufriendo cambios físicos de estado o reacciones químicas.

a. Yesos Tipo I

Usos

Las impresiones en yeso tipo I, están limitados a pacientes desdentados totales. Con la aparición de nuevos materiales elásticos, han caído en

desuso. Otra aplicación de los yesos solubles, es la toma de registros y llaves para soldadura.

b. Modelinas. Compuestos de Modelar.

Las modelinas o compuestos de modelar, son materiales para impresión termoplásticos. Esto quiere decir que mediante el calor se plastifican y al enfriarse endurecen, sin ningún tipo de reacción química. Los compuestos de modelar se clasifican de acuerdo con su temperatura de fusión.

- Alta fusión
- Media fusión
- Baja fusión

Las modelinas de media fusión y baja fusión se emplean en la técnica de impresión para prótesis total. Las de alta fusión, tienen aplicación como material de refuerzo en cubetas individuales elaboradas en base de laca, y como material para fijación de registros interoclusales o intermaxilares.

Composición y presentación

Esencialmente se componen de ceras naturales, sintéticas, resinas y rellenos. Los colorantes permiten diferenciar visualmente el tipo de modelina, roja, gris, o blanca para el tipo I. material para impresiones en desdentados totales.

La de color verde generalmente tiene menor temperatura de plastificación y se utiliza en prótesis total para la copia de sellado periférico, inserciones musculares, frenillos, zona posterior palatina. La modelina de color negro es de alta fusión.

c. Cera para colados

Empleadas en:

- Incrustaciones Tipo I

- Incrustaciones Tipo II
- Láminas y formas prefabricadas (Prótesis Removible)
- Cera calibrada

d. Pastas zinquenólicas

Las pastas zinquenólicas tienen una gran aplicación como material para impresión de desdentados totales. Su clasificación es Tipo I Dura y –Tipo II Blanda. La clasificación hace relación al grado de dureza al término de la reacción.

Usos

Los usos de las pastas zinquenólicas están orientados a las técnicas de impresión para desdentados totales, rebase temporal y estabilización de platos bases en prótesis total y parcial removible.

En prótesis es un excelente material para registros interoclusales.

Presentación

Su presentación comercial se hace en forma de tubos colapsables, el uno con la base contiene el óxido de zinc. El otro, el reactor contiene el eugenol, o aceite de clavos.

Manipulación

Se dispensan longitudes iguales de la pasta A. o base y del reactor, sobre placa de vidrio o papel impermeable. Con espátula metálica, se mezcla rápidamente, en un tiempo entre 30 a 40 segundos hasta obtener un color uniforme, inmediatamente se carga la cubeta con el material y se lleva a la boca. Se realizan los movimientos musculares para lograr una impresión funcional.

Al término de los 6 a 8 minutos, controlando la consistencia rígida del material sobrante sobre la loseta, se procede a retirar de la boca. Se lava cuidadosamente y se observan los detalles impresionados.

Modificación en el tiempo de trabajo

Un mayor tiempo de trabajo se logra al hacer la mezcla sobre una tableta de vidrio fría. Una gota de agua acelera la reacción.

e. Polímeros

Utilizado para técnica de toma de patrones directos, núcleos principalmente y llaves de transferencia para soldadura. Ejemplos típicos, Dura-Lay de Reliance y Resin-Cap de Lang.

Son acrílicos de auto polimerización, cadena cruzada y con mínimo de contracción de polimerización.

f. Hidrocoloides de Agar-Agar

Fueron los primeros materiales para impresión elástico de que dispuso la profesión. De origen marino (algas) tiene el agar un amplio uso en el laboratorio como medio de cultivo. En odontología es un material elástico de excelentes cualidades.

Manipulación

Se requiere del equipo acondicionador para hidrocoloides. Este consta de 3 compartimientos con agua y con temperatura calibrada. El primer tanque se gradúa a la temperatura de ebullición. El segundo tanque es el de almacenaje estabilizado a 70°C. El material de agar-agar una vez que ha permanecido en ebullición por un tiempo no inferior a 10 minutos, se almacena hasta su uso en este segundo tanque. En el momento de usarlo, se traslada el material al tanque de atemperado con el fin de lograr allí la temperatura adecuada compatible con los tejidos orales.

Se procede a depositar el material dentro de cubetas especiales de doble fondo. En igual forma se procede a llenar una jeringa especial, con la cual se inyecta en sol en la preparación dentaria, luego se inserta la cubeta dispuesta, en la boca del paciente. Seguidamente se hace circular el

agua fría por el interior de la cubeta, lo cual agilizará el proceso de gelación.

Fidelidad y reproducción de detalles

Las impresiones con agar-agar, logran una copia fiel y exacta de pequeños detalles lo cual lo hace útil en impresiones para prótesis de precisión.

Se puede aplicar la técnica para impresión que combina el hidrocólido reversible de agar-agar y el irreversible de alginato.

En la técnica mencionada, el material de agar-agar se mantiene en estado de sol dentro de la jeringa especial, con la cual se inyecta dentro de las preparaciones; el alginato se prepara y se carga dentro de una cubeta metálica perforada y se coloca inmediatamente después de inyectado el primero. Los dos materiales se funden íntimamente produciendo una impresión exacta, simplificando en forma apreciable la técnica clásica.

La técnica combinada de hidrocólidos se recomienda para la toma de impresiones en preparaciones para incrustación, o en preparaciones para prótesis en tramos cortos (3 a 4 unidades.)

g. Hidrocólidos Irreversibles. Alginatos

Los hidrocólidos irreversibles denominados alginatos son también de origen marino; el ácido algínico se extrae de determinado tipo de algas, y se utiliza en la fórmula un alginato soluble.

Usos

Dentro de los usos de este material para impresión se mencionan:

- Impresiones para elaborar modelos de estudio
- Impresiones para modelos de trabajo: aparatos de ortopedia y ortodoncia

- Impresiones para modelos de antagonistas o modelos de trabajo

En términos generales se puede decir que este material para impresión no es capaz por si solo de lograr reproducción de pequeños detalles necesarios para la prótesis de alta precisión.

Manipulación. Presentación.

El material se dispensa en bolsas plásticas, en sobre o en tarros sellados herméticamente. De acuerdo con las proporciones polvo/agua fijadas por el fabricante, se mezcla el alginato en taza de caucho con espátula adecuada por un termino de 30 a 40 segundos hasta lograr consistencia cremosa y plástica homogénea. Se carga la cubeta y se lleva a la boca. Normalmente el material gelifica en boca al termino de 2 a 3 minutos. Se retira, se lava con agua corriente para remover restos de saliva y sangre y se procede de inmediato al vaciado en yeso tipo III, puesto que al igual que los hidrocoloides de Agar-agar, los alginatos presentan los fenómenos de imbibición y sinéresis, modificando su estabilidad dimensional.

Tiempo de Gelación

De acuerdo con la especificación No. 18 de ADA se reconocen 2 tipos de alginato:

Tipo I rápido – gelación no menor a 60 seg. Ni mayor de 120 seg.

Tipo II normal – gelación de 2 a 4.5 seg.

ELASTÓMEROS

Los materiales para impresión clasificados como elastómeros, se han denominado en forma general como cauchos sintéticos, por sus propiedades elásticas. Todos son materiales sintéticos.

Por sus propiedades de elasticidad y excelente reproducción, son los materiales para impresión de mayor uso por parte del profesional.

Clasificación

Estos materiales están regulados por la norma 19 de la ADA. Se reconocen 4 grupos químicos diferentes:

- | | |
|---------------------------------|-------------------|
| ○ Polisulfuro de caucho | - Mercaptanos |
| ○ Siliconas (Polisiloxanos) | - De condensación |
| ○ Siliconas (polivinilsiloxano) | - De adición |
| ○ Poliéteres | |

Grupo I

h. Mercaptanos

Estos materiales vienen suministrados en tubos colapsables, uno corresponde a la base: polimero polisulfuro de mercaptano adicionado de dióxido de titanio, sulfato de zinc, rellenos. El reactor es el dióxido de plomo, oxido de Mg y desodorantes.

Manipulación. Tiempo de trabajo. Polimerización.

Sobre una placa de vidrio se dispensan longitudes iguales de la pasta base y de la reactiva. El material viene en 3 consistencias: pesada para cubeta, regular y liviana para jeringa.

Los mejores resultados se obtendrán por la técnica de la doble mezcla: en esta técnica se prepara el material liviano con el cual se carga la jeringa, mientras el profesional va inyectando el material en las preparaciones, lo cual asegura buena penetración en todos los ángulos y ausencia de burbujas; la auxiliar prepara el material de cubeta. Inmediatamente después de inyectado el material, se lleva a posición la cubeta con el material más pesado. Tiempo de trabajo 2 a 3 minutos. En boca la polimerización toma de 8 a 10 minutos.

Compruebe el grado de elasticidad obtenido, presionando la punta de un instrumento de extremo romo. Si no deja huella, nos indicara que la elasticidad adquirida permite el retiro de la impresión. Procure hacerlo de un solo movimiento. Efectué el vaciado en yeso extraduro Tipo IV en un tiempo no mayor de 1 hora, se prefiere el vaciado a los 10 minutos.

Reproducción de Detalles

La calidad y exactitud de la reproducción de los detalles finos, logrado por los mercaptanos es de excelencia.

Variaciones en el tiempo de polimerización

En la practica es posible aumentar o disminuir el tiempo de trabajo por uno de los siguientes métodos:

- Placa enfriada: Se logra un aumento en el tiempo de trabajo. La polimerización se hace más lenta. Es de particular importancia en el caso de múltiples preparaciones o en ambientes cálidos.
- Ligera disminución de la cantidad de reactor en relación con la base.
- En efecto, una menor longitud indicada, aumenta el tiempo de trabajo.
- La adición de una pequeña gota de ácido oleico, a la mezcla, prolonga el tiempo de trabajo.

Grupo II

i. Siliconas por condensación

Este material de impresión consta de polímeros: el polidimetil siloxano el cual al ponerse en contacto con el reactor como el tetraetil-ortosilicato en presencia de octanoato de estaño, polimeriza por condensación, dando como producto secundario alcohol etílico.

La presentación comercial generalmente es la de una pasta base y pasta reactiva en consistencia cremosa en tubos colapsables.

Una consistencia especial, muy densa como masilla, se suministra en tarros plásticos, además de una cucharilla dispensadora.

Manipulación

De acuerdo con las instrucciones suministradas por el fabricante, se dispensa el material de masilla 1 – 2 o 3 cucharillas. Se adiciona el reactor en la longitud indicada por el fabricante y se amasa en los dedos para impregnar la masilla con el reactor.

Se condensa la masilla en una cubeta metálica de tamaño adecuado, se recubre con una delgada hoja de polietileno y se toma la impresión. Una vez polimerizada en boca (2 a 3 minutos aproximadamente) se retira la impresión, y se desprende la hoja de polietileno. En esta forma, se ha ganado el espacio necesario para el material corrector fluido.

Se procede a mezclar base y reactor del material corrector fluido, se carga la jeringa, se vierte el resto dentro de la impresión preliminar obtenida con la masilla. Se inyecta dentro de las preparaciones y se vuelve a llevar la cubeta a la boca. Al término de 6 a 8 minutos, terminada la polimerización, se retira de la boca. Se lava con agua corriente y se observa la reproducción lograda. Se procede a efectuar el vaciado con yeso extraduro Tipo IV.

Estabilidad dimensional. Fidelidad.

Las siliconas logran una excelente impresión, y muy buena reproducción de pequeños detalles. Su capacidad elástica es mejor que la de los mercaptanos.

Considerando que el material continúa su polimerización y la evolución de alcohol volátil como subproducto, la estabilidad dimensional de la impresión no es muy duradera. Se hace necesario el vaciado en un tiempo no mayor de 30 minutos.

Grupo III

j. Siliconas por Adición

Estas siliconas poseen grupos vinílicos, polivinil siloxano, y su reacción es de polimerización por adición sin evolución de productos secundarios. Poseen una gran capacidad de reproducción de detalles, gran elasticidad y una excelente estabilidad dimensional. Se suministran en tres consistencias: liviana, mediana o regular y pesada. Superan en propiedades a todos los anteriores.

El diseño de un dispositivo en forma de pistola en donde se monta un tubo doble de silicona, el reactor y la base, en cuyo extremo se adosa una punta plástica con un entorchado interno. Permite que al oprimir el gatillo de la pistola, se mezclen simultáneamente, cantidades iguales de silicona base y reactor.

Al pasar por la punta con el entorchado, se produce la mezcla. En la punta sale el producto perfectamente mezclado y listo para ser usado.

Nuevas fórmulas de siliconas de adición dignas de mencionarse, por su exactitud, reproducción de detalles y larga estabilidad dimensional:

Perfect	Discus Dental
Elite HD	Zhermack
Take-1	KERR-Sybron
Affinis	Coltene
Splash	DISCUS Dental.

Grupo IV

k. Poliéteres

Características

Este grupo de materiales para impresión de origen europeo, no es muy popular en Latinoamérica.

Productos comerciales:

Impregum	-Premier – ESPE
Poly-gel	-L.D.Caulk.

Requisitos de los materiales de impresión. Idealmente estos deben cumplir con los siguientes requerimientos:

- ❖ Exactitud
 - Óptima reproducción de detalles
 - Buena estabilidad dimensional
- ❖ Elasticidad: Suficiente para permitir su retiro de zonas retentivas sin deformación permanente.
- ❖ Tiempo adecuado de trabajo, endurecimiento rápido en boca.
- ❖ Viscosidad reducida: para obtener íntima adaptación a los tejidos a reproducir.
- ❖ Sabor, olor y color agradables.
- ❖ Deben ser inocuos:
 - No deben ser tóxicos
 - No deben producir irritación (hay que tener en cuenta factores individuales, de alergia y de hipersensibilidad)
- ❖ Deben ser compatibles con los materiales para la obtención de modelos
 - No interferir en su reacción de fraguados (Yesos)
 - No interferir en la polimerización de las resinas (Epoxicas)
 - No reaccionar con ellos (yesos y resinas)
 - No influir en las propiedades físicas finales de los materiales usados para modelos.
 - El modelo obtenido debe ser separado con facilidad.
- ❖ Bajo costo (relativo si tenemos en cuenta la variedad de materiales y la complejidad de procedimientos).
- ❖ Fácil manipulación
- ❖ Larga vida de almacenaje.

RESTAURACIONES TEMPORALES

Las restauraciones temporales pueden hacerse a partir de resina autopolimerizable y en el mismo momento y en el mismo momento en que se han preparado los pilares. De esta forma se consigue un buen ajuste, pudiendo ser rebasados y añadirleacrílico.

- Los contactos de las restauraciones temporales deben ser idénticos a los que obtendremos al final de la restauración.
- Los contactos en oclusión céntrica evitan la extrusión de los dientes antagonistas.
- Proporciona contactos proximales adecuados con los dientes adyacentes para evitar posibles movimientos.
- Con estas se comprueba si se ha eliminado la cantidad de estructura dentaria necesaria durante la preparación del pilar dentario.
- Una vez corregidos el contorno y la oclusión y ajustada la prótesis, mediremos mediante una pinza calibradora, el grosor delacrílico. Si la restauración temporal es demasiado delgada a nivel de zonas, se corregirá la preparación.
- La restauración temporal mantiene en buen estado de salud los tejidos gingivales.

REGISTROS INTEROCLUSALES

Después de tomar las impresiones deberán registrarse las relaciones interoclusales con un método adecuado al tipo de articulador que usaremos. Estas relaciones deben ser cuidadosamente registradas.

Si el registro no se realiza correctamente, los moldes no mantendrán una relación adecuada en el articulador y estos errores se trasladarán a la boca en la restauración final.

Los registros interoclusales deben ser rígidos y de dimensión estable después de su toma, y deben ser tomados en relación céntrica.

CONCLUSIONES

- 1. Reforzamos los conocimientos adquiridos mediante la presentación del caso clínico interdisciplinario basado en la Prótesis Parcial Fija.**
- 2. Evidenciamos mediante el Caso Clínico la manera de proporcionar función bucal, estética, salud y comodidad al paciente mediante la restauración de los dientes con Prótesis Parcial Fija.**

BIBLIOGRAFÍA

1. Revista de la Federación Odontológica Colombiana, Vol 62, Marzo 02 – Julio 02.
2. GROSS, Martín., La Oclusión en Odontología Restauradora. Técnica y Teoría. Ed Labor S.A., Cantabria. Barcelona 1986.
3. SHILLINGBURG, Herbert., Fundamentos de Prosthodontia Fija. Ed La Prensa Médica Mexicana S.A.
4. GUZMÁN BAEZ, Humberto José., Biomateriales Odontológicos de Uso Clínico. Tercera Edición, Febrero de 2003. Ed ECOE EDICIONES.