

ODONTOLOGIA INTEGRADA.

CASO CLINICO

PROTESIS FIJA - PROTESIS REMOVIBLE

PRESENTADO A:

DRA: NERY VILLOTA.

INTEGRANTES:

EILEEN CAROLINA CASTILLO.

PAOLA ANDREA ESPEJO.

MIRYAM ESTUPIÑAN.

JANETH GRANADOS.

ANGIE LOSSA.

X SEMESTRE

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

OCTUBRE 15-2003

INTRODUCCION.

Por medio del presente trabajo, se pretende dar una diferencia de posibles tratamientos, combinando implantes, protesis parcial fija, y protesis parcial removible; estudiando asi las diferentes posibilidades de restauracion en la practica odontologica. Dando a conocer las ventajas y desventajas de los posibles tratamientos.

OBJETIVO GENERAL.

Afianzar y profundizar los conocimientos adquiridos en lo que se refiere a un correcto plan de tratamiento, en la rehabilitación de un paciente utilizando los diferentes tipos de protodoncia, y a su vez teniendo en cuenta estética, funcionalidad y salud.

TABLA DE CONTENIDO.

INTRODUCCION

OBJETIVO GENERAL

- I. INFORMACION GENERAL.
- II. EXAMEN FISICO
- III. ANAMNESIS
- IV. ATENCION RECIBIDA.
- V. HISTORIA ESTOMATOLOGICA
- VI. EXAMEN FISICO ORAL
- VII. EXAMEN FISICO CRANEOMANDIBULAR
- VIII. EXAMEN PERIODONTAL
- IX. EXAMEN DENTARIO.
- X. EXAMENES COMPLEMENTARIOS
- XI. DIAGNOSTICOS
- XII. PLAN DE TRATAMIENTO

BIBLIOGRAFIA

CASO CLINICO.

I. INFORMACION GENERAL

APELLIDOS Y NOMBRES PACIENTE:

González Casa Jairo Miguel.

EDAD:

36 AÑOS.

SEXO:

Masculino.

RAZA:

Blanca.

OCUPACION:

Vigilante.

MOTIVO DE CONSULTA:

Revisión general.

II. EXAMEN FISICO.

ASPECTO GENERAL:

Paciente de estatura alta, de contextura mediana, tez blanca, llega a consulta por sus propios medios.

PESO:

65 kg

R.H:

O+

ESTATURA:

1.78 cms.

TEMPERATURA:

37°C

PRESION ARTERIAL:

110/70 mm/hg.

FRECUENCIA CARDIACA:

68 ppm.

III. ANAMNESIS:

HISTORIA MEDICA FAMILIAR:

Hermana padece de cáncer en la matriz, controlada.

Hermana padece de hipertiroidismo, controlada.

Madre padece de cálculos en los riñones.

HISTORIA MEDICA PERSONAL:

- **ÚLCERA GÁSTRICA:** Una úlcera es una lesión profunda con pérdida importante de tejido, que generalmente es de forma circular u ovalada y mide más de 5 mm. de diámetro. Por lo general suelen localizarse en el estómago (denominada úlcera gástrica) o en el inicio del duodeno (úlcera duodenal).

La causa más frecuente en más del 75% de las úlceras es una infección crónica por una bacteria llamada *Helicobacter Pylori*, misma que está presente en el 95 % de las úlceras duodenales y en el 80% de las gástricas. En un 10 a un 20% de los casos de úlceras, la ingesta de fármacos.

La úlcera gastroduodenal viene asociada a un dolor característico, que se concentra en la parte alta del abdomen y suele aparecer entre los 30 y los 60 minutos posteriores a las comidas. Es frecuente que esta molestia también se observe durante la noche y suele mantenerse durante varias semanas, aunque luego pueden transcurrir meses sin que se repitan los síntomas. El dolor se acompaña a menudo de náuseas y/o ardor. Tratamiento: Entre los pacientes con la infección por *H. pylori*, el objetivo principal es la erradicación del organismo causante del problema. Existen múltiples regímenes efectivos y usualmente incluyen ya sea un antagonista de receptor H₂, como famotidina (Pepcid) o nizatidina (Axid) o un inhibidor de la bomba de protones, como omeprazol (Prilosec) o esomeprazol (Nexium) para suprimir el ácido, combinado con dos antibióticos.

En las personas sin infección por *H. pylori*, los medicamentos para curar la úlcera como los antiácidos, antagonistas de los receptores H₂ o los inhibidores de la bomba de protones generalmente son efectivos y es posible que sea necesaria la terapia a largo plazo.

En caso de que se presente sangrado de la úlcera, se puede controlar en la mayoría de los pacientes con una terapia endoscópica.

Se puede recomendar la intervención quirúrgica para las personas que no responden a la terapia médica o a la terapia endoscópica para el lugar del sangrado. Asimismo, se puede indicar una vagotomía (excisión del nervio

vago que controla la producción de ácido gástrico en el estómago) o una gastrectomía parcial.

Las medidas de autoayuda son, entre otras:

- No fumar
 - No tomar bebidas que contengan té, café y cafeína
 - No consumir alcohol
 - Evitar el consumo de AINES y aspirina
 - Comer varias comidas pequeñas al día a intervalos regulares.
- **COLITIS:** controlada. trastorno gastrointestinal cuyos síntomas predominantes son: grados variables de dolor abdominal, estreñimiento o diarrea, distensión postprandial. Los síntomas se producen casi siempre cuando el paciente está despierto y suelen ser desencadenados por el estrés, o por la ingesta de alimentos. Causada por factores emocionales, la dieta, los fármacos o las hormonas, pueden desencadenar o agravar una sensibilidad elevada en la movilidad gastrointestinal. El tratamiento es de mantenimiento y paliativo.

IV. ATENCION RECIBIDA:

Prevención.

Periodoncia.

Operatoria.

Cirugía.

Endodoncia.

V. HISTORIA ESTOMATOLOGICA:

Desarmonías oclusales.

Sensibilidad dentaria.

VI. EXAMEN FISICO ORAL (evaluación de tejidos blandos y óseos).

Alteraciones a nivel de la gingiva y reborde alveolar.

VII. EXAMEN FISICO CRANEOMANDIBULAR.

APERTURA: 55mm.

PROTUSION: 5mm.

LATERALIDAD IZQUIERDA: 8 mm.

LATERALIDAD DERECHA: 7mm.

CLASIFICACION DE ANGLE: no aplicable.

OVER BITE: 4mm.

OVERJET: 5mm.

LINEA MEDIA DENTARIA: normal.

APIÑAMIENTOS: no presenta.

DIASTEMAS: no presenta.

FACETAS DE DESGASTE: no presenta.

AUSENCIAS DENTARIAS: 18,17,12,11,23,24,25,26,31,36,37,46.

PRIMER CONTACTO DENTARIO: 14,15/44,45.

DIMENSION VERTICAL POSTURAL: 60.

DIMENSION VERTICAL OCLUSAL: 55.

ESPACIO LIBRE: 5.

LATERALIDAD DERECHA: 13/43.

LATERALIDAD IZQUIERDA: 22/32.

OCLUSION CRUZADA POSTERIOR: izquierda.

VIII. EXAMEN PERIODONTAL:

Presenta anomalías en el color, margen, consistencia, textura, grosor, contorno, papilas, de la encía. Cálculos subgingivales generalizados, y sangrado.

IX. EXAMEN DENTARIO:

AUSENCIAS: 18,17,12,11,23,24,25,26,31,36,37,46.

CARIES: 41(M), 48(V), 34(VC), 35(M),.

CARIES RECURRENTE : 44(VC), 45(VC), 47(V-M).

OBTURACIONES: 16(O), 15(OM), 14(OMDP), 28(O), 27(O), 22(PMD), 21(PM), 47(ODL).

X. EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

RADIOGRAFIA PERIAPICAL:

ZONA INCISIVOS ANTERIORES SUPERIORES: AUSENTES 11, 12,23.

22: área radiopaca a nivel del espacio pulpar posible tratamiento convencional de conductos, área radiopaca a nivel de la corona, posible restauración. Presenta pérdida ósea a nivel distal y mesial.

21: área radiopaca a nivel mesial de la corona, posible restauración, enanismo radicular. Posible pérdida ósea a nivel mesial.

13: radiográficamente sano.

ZONA POSTERIOR DERECHA: AUSENTES: 17-18

14: área radiopaca a nivel del espacio pulpar posible tratamiento convencional de conductos. Área radiopaca a nivel coronal, posible restauración.

15: área radiopaca a nivel coronal (OM).

16: área radiopaca a nivel coronal (O), enanismo radicular y super posición del seno maxilar.

ZONA POSTERIOR IZQUIERDA: AUSENTES: 25,24,26.

27: área radiopaca a nivel coronal (O).

28: área radiopaca a nivel coronal (O), enanismo radicular.

INCISIVOS ANTERIORES INFERIORES: AUSENTES: 31.

32: perdida osea (M-D).

33: area radiolucida a nivel interproximal (DC).

41: area radiolucida a nivel (M) de la corona. perdida osea a nivel (M).

42: area radiolucida a nivel (M), de la corona.

43: radiograficamente sano.

ZONA POSTERIOR INFERIOR DERECHA: AUSENTES: 46

44: radiograficamente sano.

45: radiograficamente sano.

47: area radiopaca a nivel coronal, posible restauracion.

48: area radiopaca a nivel coronal (O), enanismo radicular.

ZONA POSTERIOR INFERIOR IZQUIERDA: AUSENTE: 36,37.

34: (MDVL) rotación.

35: presenta desplazamiento (D), (MVDL) rotación y dilaceracion en el apice dental. Radiograficamente sano.

37: enanismo radicular, radiograficamente sano.

HALLAZGOS ANATOMICOS:

Presenta colapso del reborde alveolar superior, a nivel de premolares, caninos izquierdos e incisivos derechos.

Presenta colapso a nivel de premolares izquierdos.

XI. DIAGNÓSTICOS:

GENERALES: Colitis, causada por dieta, los fármacos .

Úlcera gástrica causada por Helicobacter Pylori,

CRANEOMANDIBULARES: desorden de crecimiento y desarrollo de tipo adquirido, cuya causa es multifactorial.

ORALES TEJIDOS BLANDOS Y OSEOS: Colapso del reborde superior e inferior causada por ausencias dentarias.

PERIODONTALES: gingivitis inducida por placa bacteriana, causada por mala higiene oral.

DENTALES: Caries activa: 41(M), 48(V), 34(VC), 35(M). Causada por streptococo mutans.

Ausencias: 18,17,12,11,23,24,25,26,31,36,37,46. Causada por caries de larga evolución.

Caries recurrente: 44(VC), 45(VC), 47(V-M). Causada por restauraciones desadaptadas.

Mordida cruzada posterior unilateral (derecha): causada por la compresión bilateral del maxilar superior con desplazamiento a un lado de la mandíbula, como consecuencia de un hábito.

ENDODONTICOS: tratamientos convencionales de conducto totalmente obturados del 14 y 22. Causada por caries de larga evolución no tratada.

XII. PLAN DE TRATAMIENTO:

PLAN DE TRATAMIENTO IDEAL:

PERIODONCIA: terapia básica periodontal.

CIRUGIA:

DISTRACCION OSEOGENICA: es un concepto moderno que implica el uso de diferentes materiales y metodos cuyo objetivo es crear hueso sano, y suficiente en los alveolos de los maxilares, para cubrir defectos óseos periodontales o para tener procesos alveolares adecuados en donde colocar protesis dentales de manera convencional o con implanes dentales oseointegrados que requieran para su colocacion una cantidad suficiente de hueso alveolar que los cubra o soporte. Al mismo tiempo utiliza un activador de crecimiento que genera fuerza y crecimiento cuyo fin es aumentar la altura osea..

INDICACIONES Y VENTAJAS

- * Displasias severas donde los métodos tradicionales no pueden lograr resultados óptimos por la magnitud del problema
- * Posibilidad de intervenir tempranamente sin esperar la maduración esquelética total.
- * Elimina la morbilidad del sitio donante en los casos de injertos.
- * Elimina la fijación postquirúrgica prolongada.
- * Lesión nerviosa minimizada por utilización de tornillos monocorticales (Guerrero).
- * Cirugía menos invasiva por la no movilización de los segmentos óseos.

IMPLANTES: aditamento de níquel titanio, impactado en el hueso. 24-25.

LA FIGURA DEL PROTESISTA

el papel del protesista es fundamental a la hora de seleccionar orientar y ofrecer soluciones al paciente.

Se debe realizar un profundo estudio radiológico (panorámica y tomografía), para saber en que zonas edéntulas se colocan los implantes y en cuales no.

Habrà de valorar que piezas dentarias de las existentes permanecerán en boca al llevar a cabo el plan de tratamiento.

Informará al cirujano la posición de los implantes y, en equipo, se comentaran las dificultades quirúrgicas para las futuras soluciones, poniéndose de acuerdo en las mas convenientes.

Después de la osteointegración de los implantes, el protesista selecciona que pilares son los mas adecuados en cada caso, dependiendo de su posición en la arcada, su inclinación y las características de los antagonistas.

Posteriormente y en intima relación con el técnico de laboratorio, estudiara y dirigirá la confección de la prótesis, buscando en todo momento la adecuada coordinación entre estética, función e higiene .por último revisara periódicamente la oclusión del paciente, sus parafunciones, el estado del sistema estomatognatico (ATM, músculos, etc), así como el de los implantes (aparición de reabsorciones óseas, bolsas, etc), en relación constante con el periodoncista y el higienista.

PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO: tras realizar un estudio radiológico, se debe analizar diversos parámetros para elegir una solución protésica fija o removible.

HUESO REMANENTE: existen técnicas recientes de cirugía (de regeneración y promoción ósea, así como de injertos), que posibilitan la colocación de implantes pese a la existencia de poco hueso remanente.

NUMERO DE PILARES: en el maxilar superior, el mínimo necesario, teniendo en cuenta que el hueso es de peor calidad, oscila entre cinco y seis implantes, para soluciones fijas. Lo ideal son ocho, si se pueden situar dos distales en apófisis pterigoides. En casos extremos, puede ampliarse el número de pilares.

Para soluciones removibles, 2 es el mínimo, si bien en muchos casos resulta insuficiente para prever posibles perdidas de algunos de ellos, o por el fulcro tan grande que a su nivel se crea, la que, aunque es

beneficiosos para su futuro, resulta negativo para la comodidad y función masticatoria para el paciente.

FUNCION MASTICATORIA: la elección entre prótesis fija o sobredentadura (superior e inferior), dependerá de la posibilidad de colocar suficientes implantes necesarios para la solución fija (mas de 4 o 5 implantes) y de las posibilidades económicas del paciente. las prótesis fijas no tienen resiliencias al ser implantosoportadas y las sobredentaduras deben tenerla para evitar sobrecarga en los implantes y ser muco-implantosoportadas. Cuando se realiza la función masticatoria el resultado será mas positivo si ambos componentes antagonistas son prótesis fija sin resiliencias, igual los casos que el antagonista es diete natural. Siempre que se pueda elegir prótesis fija en ambas arcadas, será la mejor solución. De no ser así es mejor que la inferior sea prótesis fija y la superior sobredeentadura,

CARAS OCLUSALES: para la rehabilitación de dientes superiores lo ideal es utilizar porcelana. En bruxomanos se realiza en cara metálicas.

ESTETICA: se debe tener en cuenta la línea de la sonrisa, longitud de los dientes, posición de los implantes, ángulo nasolabial, surco nasogeniano, línea media, etc.

PRONOSTICOS DESFAVORABLES: existen enfermedades que actúan negativamente sobre la osteointegración, como diabetes, alteraciones hepaticas graves, etc.

Son todas aquellas que tienen relación con un proceso regenerativo a nivel de la micro circulación durante la integración ósea. No se consideran contraindicaciones absolutas, pero habrá que comentárselo al paciente por tener peor pronóstico. Hay que tener cuidado con enfermos psiquiátricos y grandes fumadores.

OPERATORIA:

RESINAS: 41(M), 44(V), 45(V), 47(V-M), 48(V), 34(V), 35(M).

PROSTODONCIA:

PPF: 14-27 / 41-32 / 34-35 (3 unidades).

PILARES: 14-13-21-22.

CORONA INDIVIDUAL: 37.

PLAN DE TRATAMIENTO A REALIZAR:

PERIODONCIA: terapia básica periodontal.

OPERATORIA: RESINAS: 41(M), 44(VC), 45(VC), 47(V-M), 48(V), 34(VC), 35(M).

PROSTODONCIA: CORONAS FERULIZADAS: 21-22

PPR SUPERIOR CONVENCIONAL: en donde se nivela los márgenes gingivales en acrílico metal y base protésica. Clas III con modificación 21-13

Conector mayor: barra antero-posterior

Acker doble: 26-27

Acker sencillo: 16

Plano guía: 22

RPI: 13

PROSTODONCIA.

DEFINICION:

Área de la odontología en la cual se va a rehabilitar en forma, función y confort, las estructuras orales, tanto dientes, como estructuras adyacentes.

Se divide en (2) dos ramas:

PROTESIS MAXILO-FACIAL: encargada de restaurar tejidos faciales y orales.

PROSTODONCIA:

FIJA: aquella encargada de restaurar estructuras dentarias adheridas a los dientes o cementadas, se divide en:

- Corona individual: solo se restaura un diente y se tiene la raíz.

- Dentadura fija: reemplaza un diente con ayuda de dientes adyacentes.
REMOVIBLE: fácilmente de retirar, parcial o total.

PROSTODONCIA PARCIAL REMOVIBLE.

Restauración que usualmente reemplaza varios dientes perdidos derivando principalmente su soporte de los tejidos blandos remanentes como la mucosa, tejido conectivo y hueso o reborde óseo subyacente con sólo una pequeña cantidad de soporte a algunos dientes remanentes.

Hay (2) dos tipos: muco-dento-soportada

Dento-soportada

REQUISITOS DE UN METODO DE CLASIFICACION ACEPTABLE:

la clasificación de arcos parcialmente desdentados debe satisfacer los siguientes requisitos:

1. permitir la visualización inmediata del tipo de arco parcialmente desdentado que se esta considerando.
2. permitir la inmediata diferenciación entre prótesis parciales removibles dento-soportadas y mucodentososportadas.
3. ser universalmente aceptable.

CLASIFICACION DE KENNEDY:

Kennedy dividió todos los arcos parcialmente desdentados e cuatro tipos principales.

Las áreas desdentadas distintas de aquellas que determinan los tipos principales fueron denominados como espacios de modificación.

La clasificación de Kennedy es la siguiente:

CLASE I: áreas desdentadas bilaterales ubicadas posteriormente a los dientes naturales remanentes.

CLASE II: un área desdentada unilateral y posterior a los dientes naturales remanentes.

CLASE III: un área desdentada unilateral con dientes naturales remanentes anteriores y posteriores a ella.

CLASE IV: un área desdentada única pero bilateral (por atravesar la línea media), ubicada en posición anterior con respecto a los dientes naturales remanentes.

REGLAS DE APPLEGATE PARA LA APLICACIÓN DE LA CLASIFICACION DE KENNEDY:

Applegate elaboro las ocho reglas siguientes que gobiernan la aplicación del método de Kennedy:

- REGLA 1: la clasificación debe ser después de y no antes de, realizar extracciones dentales que podrían alterar la clasificación original.
- REGLA 2: si falta un tercer molar y no va a ser reemplazado, no se lo considera para la clasificación.
- REGLA 3: si se halla presente un tercer molar y será utilizado como pilar, se considera en la clasificación.
- REGLA 4: si falta un segundo molar y no va a ser reemplazado, no se lo considera para la clasificación (por ejemplo si también falta el segundo molar antagonista y no será reemplazado).
- REGLA 5: el área o (áreas) desdentada mas posterior siempre es la determinante de la clasificación.
- REGLA 6: las áreas desdentadas distintas de aquellas que determinan la clasificación se denominan modificaciones, y son designadas por su número.
- REGLA 7: la extensión de la modificación no se considera, sino tan solo la cantidad de zonas desdentadas adicionales.
- REGLA 8: no puede haber áreas de modificaciones en arcos clase IV. (si existiese otra zona desdentada posterior al "área desdentada única pero bilateral por atravesar la línea media". Determinaría el cambio de clase.

La prótesis parcial clase I esta diseñada como **protesis dento, y mucosoportada**. Tres de las características necesaria para el éxito de tal prótesis son.:

Adecuado soporte par las bases a extensión distal, retención directa flexible y cierta provisión de retención indirecta.

La prótesis parcial clase II esta diseñada como **prótesis dentosoportada**, generalmente (pero no siempre), sin necesidad de retención indirecta, sin soporte de base por los tejidos del reborde y con retención directa cuya única función es la retener la prótesis. Por lo tanto, cada clase tienen en común diseños distintos de los de las otras debido a las diferencias en el soporte.

La prótesis parcial clase III comprende características de diseño comunes ambas.

Una restauración parcial removible consta de los siguientes componentes:

1. Una base protésica.
2. Uno o más conectores mayores.
3. Varios conectores menores.
4. Dos o más apoyos oclusales.
5. retenedor directo.
6. retenedor indirecto.
7. planos guía.

1. BASE PROTESICA:

Es el elemento que lleva incorporado dientes y puede apoyarse sobre la encía en las clases I, II, o sobre los dientes remanentes en la clase III.

Clase II y I son siempre dentomucosoportada.

2. CONECTORES MAYORES:

Es la unidad de la prótesis parcial que une las partes constitutivas de un lado de la prótesis, con aquellas del lado opuesto. Es el elemento de la prótesis al cual se unen directa o indirectamente, todas las otras partes.

Funciones del conector mayor:

- unificación de las diferentes partes constitutivas de la prótesis parcial.
- Distribución de las fuerzas aplicadas a los dientes tejidos del arco dental.
- reducción al mínimo de las fuerzas de torsión, que llegan a los dientes de soporte.

Clases de conectores mayores: MANDIBULARES:

- a. barra lingual clásica.

3. CONECTORES MENORES:

Son los que unen los elementos secundarios al conector mayor.

4. APOYOS OCLUSALES:

Son los elementos que se apoyan sobre los descansos o lechos preparados en los dientes, o en las coronas coladas. Evitan que la PPR se intruya en la encía cuando actúan las fuerzas masticatorias.

5. RETENEDOR DIRECTO:

Son los ganchos que impiden la que prótesis parcial removible, se desaloje de su inserción.

Son imprescindibles para retener la prótesis.

Los anclajes pertenecen a este grupo.

6. RETENEDOR INDIRECTO:

Es el conjunto de elementos secundarios situados en un área de la boca, los cuales actúan como apoyo indirecto del lado contrario.

Neutralizan la fuerza que tiende a desalojar la PPR a extremo libre.

7. PLANOS GUIA:

Están ubicados en las caras proximales de los dientes junto a los espacios desdentados.

En los extremos libres se encuentran en la cara distal de los últimos pilares.

Guían la trayectoria de inserción.

PROTESIS PARCIAL FIJA.

Se utiliza cuando uno o mas dientes se encuentran ausentes o algún diente requiere ser extraído y existen dientes adyacentes lado y lado.

COMPONENTES:

PILAR: diente de soporte.

PONTICO: diente ausente.

RETENEDOR: parte de la restauración a colocar que cubre el pilar.

CONECTOR: une los retenedores con el pòntico.

RETENEDORES EXTRACORONARIOS:

Restauración que cubre todas las caras de un diente, también se puede llamar corona completa la cual cubre la totalidad del diente.

La corona completa puede ser:

-metálica.

- corona completa combinada: metal acrílico, metal porcelana,

- corona completa de porcelana.

INDICACIONES:

Caries extensa.

Grandes restauraciones defectuosas.

Dientes fracturados.

Cuando se requiere cambiar anatomía

Anclajes para PPR.

CONTRAINDICACIONES.

Cuando se puede utilizar otro tipo de restauración.

Enfermedad periodontal no tratada.

CORONA METALICA:

INDICACIONES:

Destrucción coronal extensa
Dientes posteriores tratados endodónticamente.
Máxima retención y resistencia para PPR.
Corrección de planos oclusales.
Molares con problemas de furca.

CONTRAINDICACIONES:

Estética.

VENTAJAS:

Excelente retención y resistencia.
Mejorar y remodelar la anatomía y el patrón oclusal.

DESVENTAJAS:

Difícil de realizar las pruebas de vitalidad.

LINEA DE TERMINACION:

chamfer y hombro biselado.

CANTIDAD DE TEJIDO A PREPARAR:

1-15.mm.

CORONA METAL CERAMICA:

INDICACIONES:

Dientes que requieren cobertura completa.
Estética,
Dientes anteriores.
Destrucción coronaria extensa: caries, trauma o restauraciones existentes.

CONTRAINDICACIONES:

Dientes con caries activa.
Enfermedad periodontal no tratada.
Cámara pulpar muy amplia niños jóvenes.
Cara vestibular intacta.

VENTAJAS:

Alta resistencia y retención.
Opción para modificar los planos de oclusión.

DESVENTAJAS:

Extensa preparación dentaria par no crear sobre contornos.

LINEA DE TERMINACION:

Hombro y chamfer profundo.

CANTIDAD DE TEJIDO A PREPARAR:

1.5-2mm.

CORONA COMPLETA EN PORCELANA:**INDICACIONES:**

Estética.

CONTRAINDICACIONES:

Trauma oclusal (bruxismo).

VENTAJAS:

Estética superior.

Buena respuesta periodontal.

DESVENTAJAS:

Reducida resistencia

Preparación dentaria sensitiva.

Solo pueden ser únicas, coronas individuales.

Gran desgaste dentario.

Dificultad para obtener puntos de contacto.

Posible fractura de la porcelana.

Costosa.

LINEA DE TERMINACION:

Hombro en toda su extensión.

CANTIDAD DE TEJIDO A PREPARAR:

2mm como mínimo.

BIBLIOGRAFIA.

1. JIMENEZ LÓPEZ VICENTE, *Protesis sobre implantes: oclusion casos clinicos y laboratorio*, ed Mosby/Doyma Libros.
2. MIGUEL GALLO, *Manual teorico practico, oclusion y articulacion temporomandibular*.
3. *MANUAL DE MERCK*.
4. HUGO DE VILLARRAGA, *manual de removible* .