

70
80
90

TÉCNICA DE MICROFRESADO Y CORONAS TELESCOPICAS EN PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

COLEGIO UNIVERDITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

Cruz B.* García, R. M.* Molina, A. B.* Plata, S.* Rengifo, R.
Guzmán, A.**
Gonzalez, B. M. A.***



RESUMEN

La técnica de microfresado y coronas telescópicas en prótesis parcial removible, es una buena alternativa en el campo de la odontología.

Cuando un paciente desdentado parcial consulta al odontólogo, se realiza una historia clínica durante la cual este interroga al paciente con el objeto de tener información en su salud y aclarar expectativas del paciente. Finalmente el odontólogo estará en capacidad de dar a conocer su diagnóstico y tratamiento, ya que generalmente lo que lleva al paciente a consultar al odontólogo es su parte estética. Pues bien, este puede brindar diferentes alternativas dentro de las cuales la removible con microfresado puede ser una muy buena opción en el tratamiento integral del paciente, ofreciendo funcionalidad y muy buena estética.

Con este estudio se pretende brindar y dar a conocer a los pacientes una nueva prótesis removible con la cual puede encontrar satisfacción y mejor funcionalidad y ya que el microfresado es una preparación maquinaria de una o más paredes en la restauración fija para lograr un paralelismo y una adaptación perfecta con la correspondiente estructura removible, esta restructuración es una muy buena alternativa en el campo de la odontología para pacientes desdentados parciales.

Palabras Claves: Microfresado, removible, telescópica, endodóntico, prótesis.

INTRODUCCION

La técnica de microfresado y coronas Telescópicas en prótesis parcial

Removible, es una dentadura parcial, ideada por K.H Koorber en 1958.

Pero en Colombia en el área de la prostodoncia removible con microfesado, existe poco personal capacitado para realizar dicha aparatología.

Y la información y documentación acerca de esta misma no es muy amplia, ni se encuentra al alcance de personas con deseos de informarse sobre el tema, por esta razón cabe preguntarse ¿Cuáles son los procedimientos que se realizan en prostodoncia removible con microfesado?

Con este estudio se pretende proporcionar información a estudiantes y odontólogos sobre la confección y elaboración de la prótesis parcial removible utilizando nuevas técnicas como el microfesado, la cual proporciona mayor funcionalidad, estética e higiene oral al paciente, la removible convencional suministra funcionalidad pero en muchos casos compromete la estética del paciente.

Por lo tanto es de suma importancia dar a conocer y facilitar mayor información acerca de esta técnica desde el punto de vista clínico, técnico e investigativo.

Este estudio pretende ofrecer una mayor posibilidad estética a los pacientes que requieren prótesis parcial removible, disminuyendo la aversión de los pacientes hacia este como resultado de la falta de estética de los retenedores, es preciso proponer otra alternativa de tratamiento capaz de llenar las expectativas del paciente y que posean las características y técnicas funcionales para que la prótesis pueda cumplir un desempeño satisfactorio en el paciente.

Como regla general deben considerarse los siguientes puntos antes de elaborarse un plan de tratamiento: Salud general del paciente, calidad y cantidad de tejido

dentario de soporte, número de posición de los dientes remanentes, tamaño de los dientes remanentes y su posición con el diente antagonista, necesidades de estética, condiciones con que se encuentra el proceso residual y los tejidos blando, factores psicológico, neuromusculares, posición y tamaño de la lengua.

Para lograr un adecuado plan de tratamiento debe tenerse en cuenta lo siguiente: Historia clínica del paciente, estudio radiográfico, montaje, examen de los modelos de diagnóstico, examen bucal, que incluye el diagnóstico de enfermedades que tiene importancia para la colocación y funcionamiento de un aparato protésico, otras pruebas dentarias, como vitalidad percusión y pruebas térmicas, análisis y diseño de los modelos.

(Myers, G. 1994).

Historia clínica, la historia clínica comprende la recopilación de aquellos datos que pueden orientar acerca del estado de salud del paciente. Esta historia clínica consta de diferentes partes como son: Información general, motivo de consulta, anamnesis, examen físico, examen craneomandibular, examen oral, periodontograma, exámenes complementarios de laboratorio, diagnóstico definitivo y plan de tratamiento.

Con respecto a la evaluación clínica y el análisis de la oclusión se recurre a diversos aspectos como la palpación de músculos masticadores a fin de conocer si existe sensibilidad, presencia o no de dolor articular, grado y patrón de movilidad mandibular en desplazamientos de apertura, cierre, lateralidad y presencia de ruidos articulares. En cuanto a la evaluación clínica de los dientes

remanentes, se anota la presencia o no de caries, si presenta prótesis parcial o fija, removible o restauraciones individuales, indicando por medio de diagramas las condiciones en que el paciente se presenta en el consultorio, algunos ejemplos al realizar la historia clínica son los dientes ausentes, las restauraciones definitivas, las caries presente, (Singer F. B. 1990).

La evaluación radiográfica constituye un factor importante para conocer las condiciones de las áreas residuales y los dientes pilares que van a estar involucrados en el diseño de la prótesis parcial removible. Debe existir una correlación entre los hallazgos clínicos y radiográficos que revelan la presencia de patologías, caries, contornos proximales, calidad de la restauración existente, fragmentos de raíces o cuerpos extraños y de acuerdo con esto, definir si es necesario extraerlos. Debe realizarse una evaluación endodóntica con especial importancia en todos aquellos dientes que se utilizan como dientes pilares.

Los aspectos que deben tenerse en cuenta en la evaluación radiográfica son los siguientes: El espacio del ligamento periodontal, la relación corona raíz, la forma, el tamaño y la longitud de la raíz.

La clasificación de los arcos parcialmente edéntulos en la actualidad se aplican y se siguen proponiendo diferentes métodos de clasificación de los arcos parcialmente edéntulos. Esto origina confusión y desacuerdo en relación con el método que debería aceptarse y con el que se clasifique mejor todas las combinaciones posibles. Se calcula que existe más de 65.000 mil combinaciones entre dientes y espacios edéntulos en un solo arco. Resulta obvio que ningún método de clasificación puede aplicarse en todos los casos, salvo aquellos más básicos.

Actualmente la clasificación propuesta por Kennedy en 1925 es la más aceptada a fin de simplificar los problemas y hacer más comprensible los principios necesarios para los diseños de una prótesis parcial removible.

Kennedy dividió en 4 clases principales los arcos parcialmente edéntulos. Las zonas edéntulas que no se describen en estas clases se designan como modificaciones.

Quiénes están familiarizados con esta clasificación y los principios para el diseño de la prótesis, pueden imaginar rápidamente el diseño básico que se emplea para cada tipo de prótesis; así mismo se facilita la aplicación de los principios para el diseño definitivo de la prótesis.

A continuación se enuncia la clasificación de Kennedy, es la más común y frecuente y fue descrita por su autor en 1925; se divide en clase I, II, III, IV, V, VI. La clase I presenta ambas zonas posteriores desdentadas permaneciendo el grupo incisivo.

Según el número de espacios vacíos en este grupo puede dividirse en: Modificación I con un espacio desdentado anterior con modificación II con dos espacios desdentados anteriores, Modificación III, con tres espacios desdentados anteriores, Modificación IV, con cuatro espacios desdentados anteriores.

La clase II presenta una zona desdentada posterior, es una boca desdentada unilateral desde el canino hacia atrás, presenta también cuatro variantes con modificaciones según el número de espacios desdentados existentes.

La clase III presenta espacios desdentados entre los dientes remanentes de la boca, es decir es una boca dentosoportada, con

los pilares anteriores y posteriores , su función es similar a una prótesis fija y presenta cuatro tipos de modificaciones.

La clase IV presenta zona desdentada a nivel del grupo anterior.

En la clase V solo están presentes dos molares extremos en una sola arcada, el resto esta totalmente desdentado. Y finalmente la clase VI persiste solo dos incisivos centrales superiores.

Como objetivo general se planteó conocer la técnica de microfresado y coronas telescópicas en prótesis parcial removible. Los objetivos específicos son: definición del término de microfresado, identificar las ventajas y desventajas de la técnica de microfresado para prótesis parcial removible, determinar las indicaciones y contra indicaciones de la técnica de microfresado con técnica telescópica, establecer la funcionalidad de la prostodoncia con microfresado y finalmente proponer la técnica telescópica de microfresado.

MATERIALES Y METODOS

El tipo de estudio fue una revisión bibliográfica, donde el objeto de estudio fue la técnica de microfresado con coronas telescópica en prótesis parcial removible.

Las unidades temáticas fueron la definición de microfresado , ventajas y desventajas de la técnica de microfresado para prótesis parcial removible, indicaciones y contra indicaciones del microfresado con técnica telescópica , la funcionalidad de la prostodoncia con microfresado y finalmente la técnica de

microfresado con prótesis parcial removible.

Las fuentes de información con la Biblioteca Universidad Javeriana, Biblioteca Universidad Nacional, Biblioteca Universidad Santa Fé, Internet: (emailbredent01 AOL.COM).6 Libros de técnica de microfresado, 6 revistas, catálogos de laboratorio.

Para demostrar la efectividad del siguiente estudio, se realizó un caso clínico en un paciente de género femenino de 48 años de edad, la cual se hizo una historia clínica, al examen clínico se le encontraron los siguientes diagnósticos y sus respectivos tratamientos: Cálculos sugraringivales, restos radiculares de dientes 13 y 45, caries activa del 34 y 44 y desdentado parcial superior e inferior.

El tratamiento que se le realizo fue el siguiente: profilaxis, exodoncia de 44 y 13, se presedió aplicar anestesia infiltrativa para el diente 13 y troncular para el 45, con lidocaina al 2%, debridación , luxación, tracción, exodoncia , irrigación y sutura.

Posteriormente se hizo endodoncia del 34 y 44, anestesia troncular , apertura cameral, extirpación pulpar instrumentación con limas de la serie 15 hasta la 40 irrigación y obturación definitiva. Luego se hizo la desobturación parcial, elaboración de patrones de núcleo para coronas con microfresado , cementación de los núcleos, toma de impresión definitiva con silicona de adición, obtención del modelo de yeso tipo V, elaboración de estructuras para coronas microfresada, prueba de porcelana, toma de impresión definitiva para estructura de removible , orientación de rodetes superior e inferior, prueba de

enfilado de dientes y entrega definitiva del tratamiento.

RESULTADOS

El microfresado es una preparación maquinaria de una o mas paredes en una restauración fija, para lograr un paralelismo y una adaptación perfecta con la correspondiente estructura removible.

Las ventajas de esta prótesis son: la corrección de las alteraciones oclusales, protege las zonas adyacentes, mantiene una buena función temporo-mandibular brindando al paciente una buena salud oral por el resto de su vida.

Las desventajas son: La formación de una zona retentiva alrededor de la cervical y se pueden acumular restos de alimentos que podrían originar problemas periodontales, sobre contorno en la corona externa, en casos de enfermedad periodontal produce problemas de fonética.

Esta removible esta indicada cuando la zona edéntula es larga, es larga, la comprensión sobre la mucosa es poca sobre la zona edéntula y el periodonto de los pilares es saludable.

Está contraindicada cuando el contorno del reborde residual no es adecuado o el reborde se presenta muy flojo.

Para la elaboración de la removible con microfresado se realizaron coronas, soportadas en dientes con retenedores intraradiculares, posteriormente se confeccionaron las estructuras metálicas de la prótesis parcial removible .

Luego de diseñada esta estructura se continua con el afilado, acrilado, pulido y se da por terminada dicha restauración.

La prótesis parcial removible fue diseñada con el objetivo de proporcionar al paciente función estética y confort,

Con la removible convencional se ofrece al paciente funcionalidad pero la imagen visual final no es la mejor ya que los ganchos muchas veces es necesario ubicarlos en dientes que comprometen la estética.

Los resultados obtenidos en la prótesis parcial removible con microfresado son similares a los de la removible convencional pero las ventajas de la primera al restaurar la fonética, corregir las alteraciones oclusales, proteger las zonas adyacentes, brindar al paciente buena salud oral por el resto de su vida y lo más importante proporcionar buena estética, son factores que incrementan la posibilidad de ofrecer al paciente esta restauración, ya que además de cumplir las mismas funciones de la convencional ofrece todas las ventajas mencionadas..

También es adaptable en zonas edéntulas largas y done el periodonto de los pilares es saludable.

La prótesis parcial removible con microfresado es un buen abance, su único inconveniente es que la información que existe sobre ella no se encuentra fácilmente pero su técnica es fácil de llevarla a la práctica.

DISCUSIÓN

La prótesis parcial removible fue diseñada con el objetivo de proporcionar al paciente función estética y confort (AKIHIKO Shiba 1998).

Con este estudio comprobamos que efectivamente con la removible convencional le ofrecemos al paciente funcionalidad pero la imagen visual final no es la mejor ya que los ganchos muchas veces es necesario ubicarlos en dientes que comprometen la estética.

Los resultados obtenidos en la prótesis parcial removible con microfresado son similares a la de la removible convencional pero las ventajas de la primera al restaurar la fonética, corregir las alteraciones oclusales, proteger las zonas adyacentes, brindar al paciente buena salud oral por el resto de su vida y lo más importante proporcionar buena estética, son factores que incrementan la posibilidad de ofrecer al paciente esta restauración, ya que además de cumplir las mismas funciones de la convencional ofrece todas las ventajas mencionadas.

También es adaptable en zonas edéntulas largas y donde el periodonto de los pilares es saludable. Myers George. Ya que se pudo comprobar que para dicha aparatología es necesario presentar dientes que resistan la fuerza que ejerce la prótesis parcial removible con microfresado.

La prótesis parcial removible con microfresado es un buen avance, su único inconveniente es que la información que existe sobre ella no se encuentra fácilmente pero su técnica es fácil de llevar a la práctica.

CONCLUSIONES

En la técnica de microfresado son menores las ventajas y mayores los beneficios que proporciona esta técnica protésica.

De acuerdo a las investigaciones realizadas se puede cumplir que las contraindicaciones para la utilización de la prótesis parcial removible con microfresado son muy pocas. La funcionalidad y estética de esta removible ha sido comprobada y ya que solo es indispensable que el paciente cumpla un mínimo de indicaciones para dicho tratamiento, muchos pacientes pueden acceder a la utilización de esta removible.

RECOMENDACIONES

La información acerca de la técnica de microfresado, no se encuentra fácilmente al alcance de personal interesado en información y actualización sobre dicho tratamiento, mas que hallar libros y textos se encuentran catálogos y folletos que de cierta forma no enfatizan totalmente sobre la técnica, resultados y tratamientos realizados recientemente.

Por esto sería importante continuar argumentando y considerando el tema, pues de esta manera podría capacitarse, actualizarse e informarse mas personal profesional y técnico, para diagnosticar y elaborar dicha aparatología .

BIBLIOGRAFIA

AKIHIKO SHIBA, prótesis telescópica, actualidades médico odontológicas. Latinoamericana, C.A. Edición 1998.

KARSTEN PACHOLLEK, Cofias telescópicas. Una modificación de la técnica telescópica, Quintessence técnica, Doyma, Abril de 1997. Volumen 8, número 4: 184-195.

ANGELES MEDINA, FERNANDO, NAVARRO BURI ENRIQUE. Prótesis bucal removible, procedimientos clínicos y diseño.

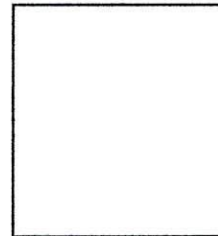
GLEN. P. MC GIVNER, D.D.S,
F.A.C.B. Prótesis parcial removible.
Bwinght.

ANEXOS

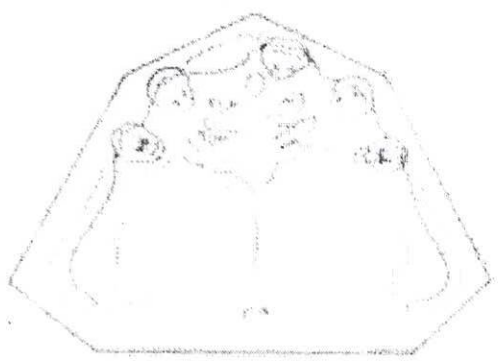
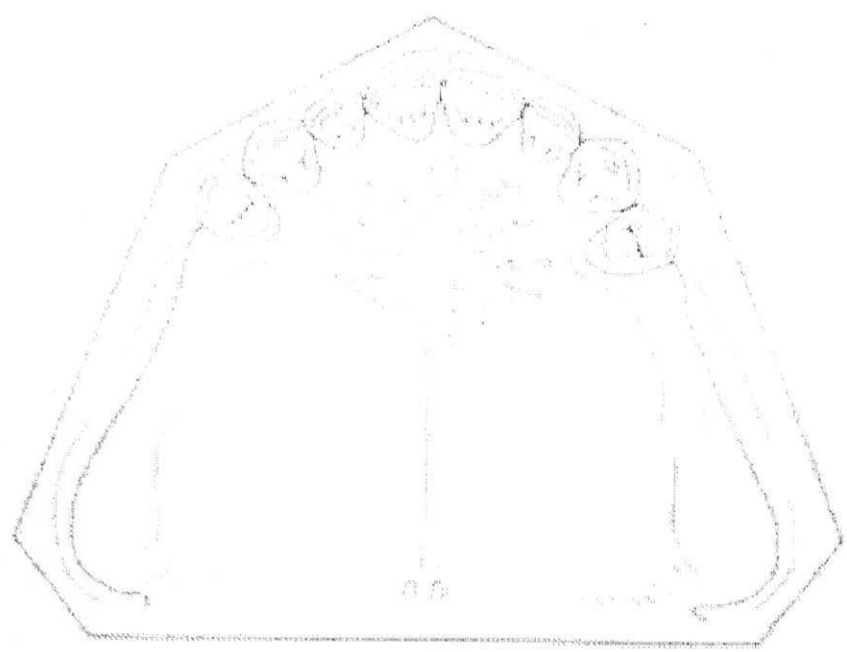
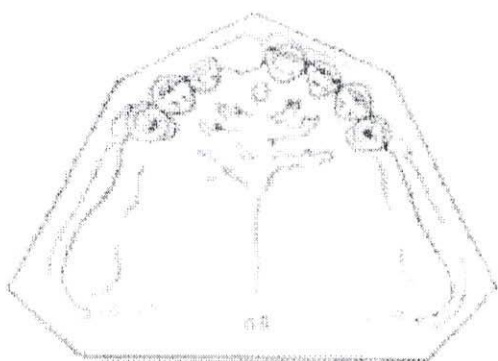
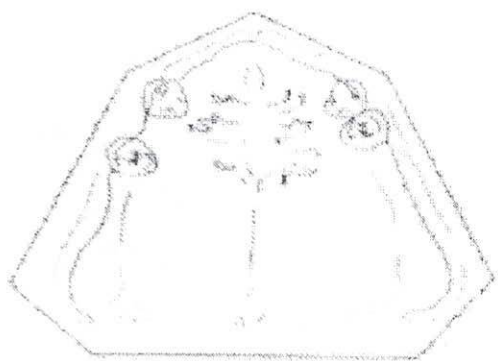
ANEXO 1

Yo _____, C.C.No. _____
De _____, Acepto participar en el estudio de técnica de microfresado y coronas telescópicas en prótesis parcial removible, elaborado por los investigadores Viviana Cruz, Myriam García, Bartolomé Molina, Sandra Plata, Ramiro Rengifo, que se realizó en el Colegio Universitario Colombiano, Clínica adscrita Chapinero.

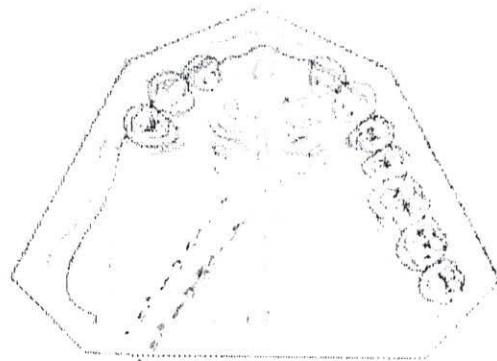
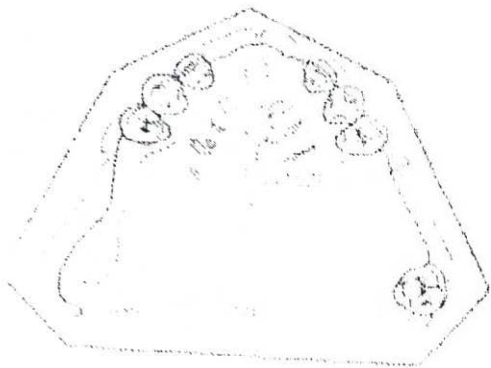
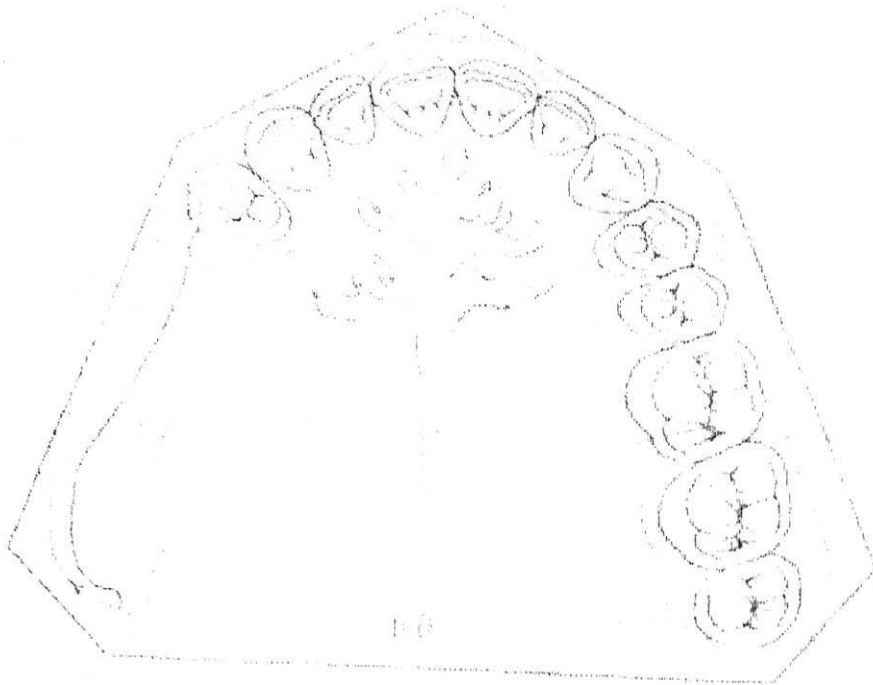
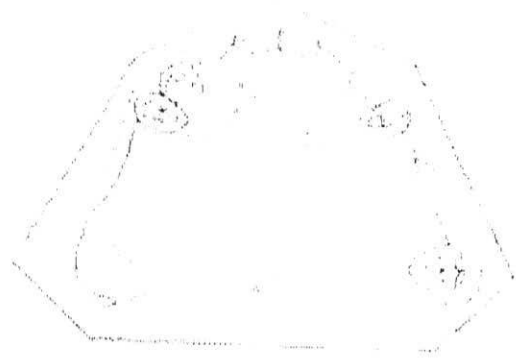
C.C. No.



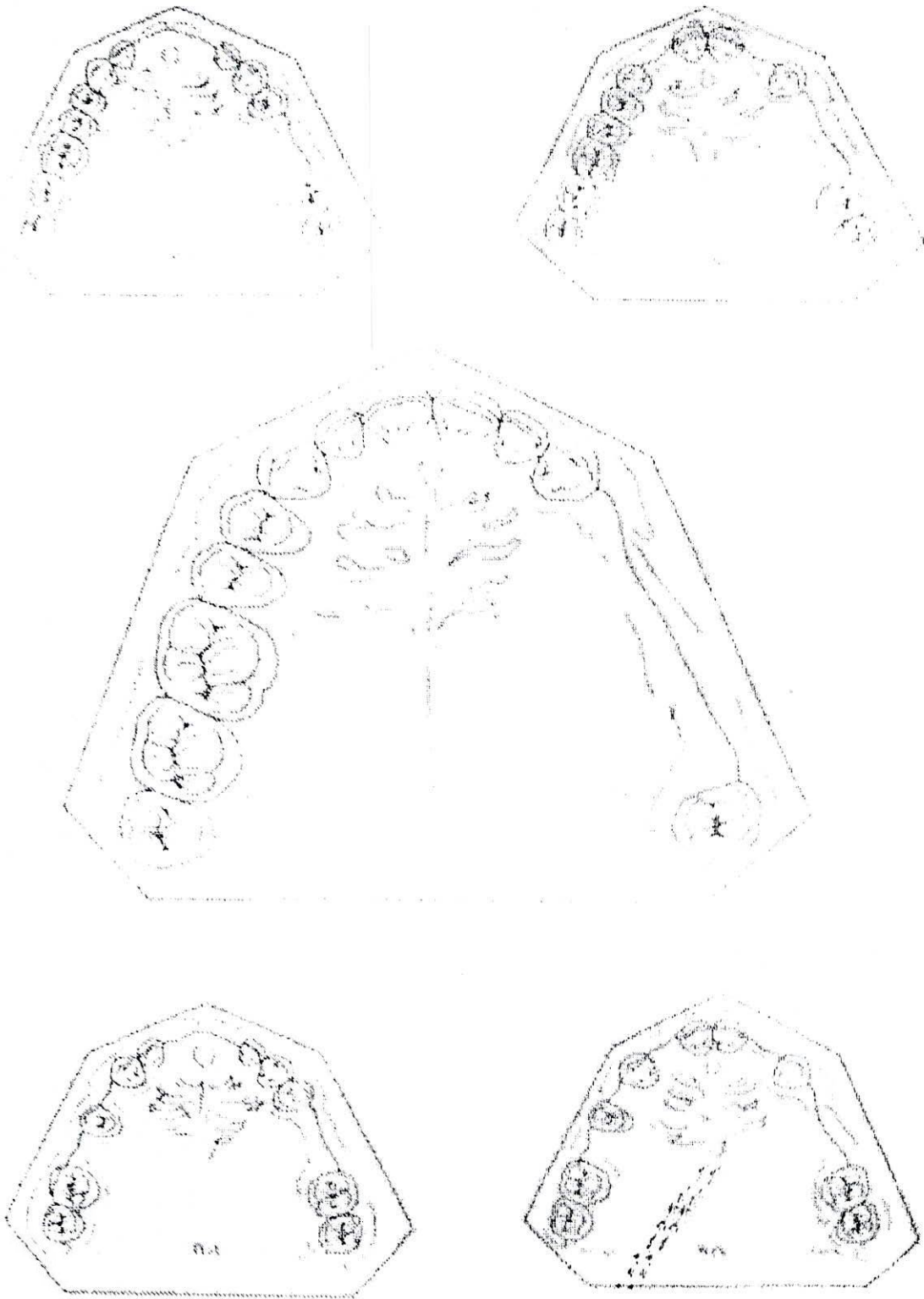
Anexo 1. Clase I de Kennedy



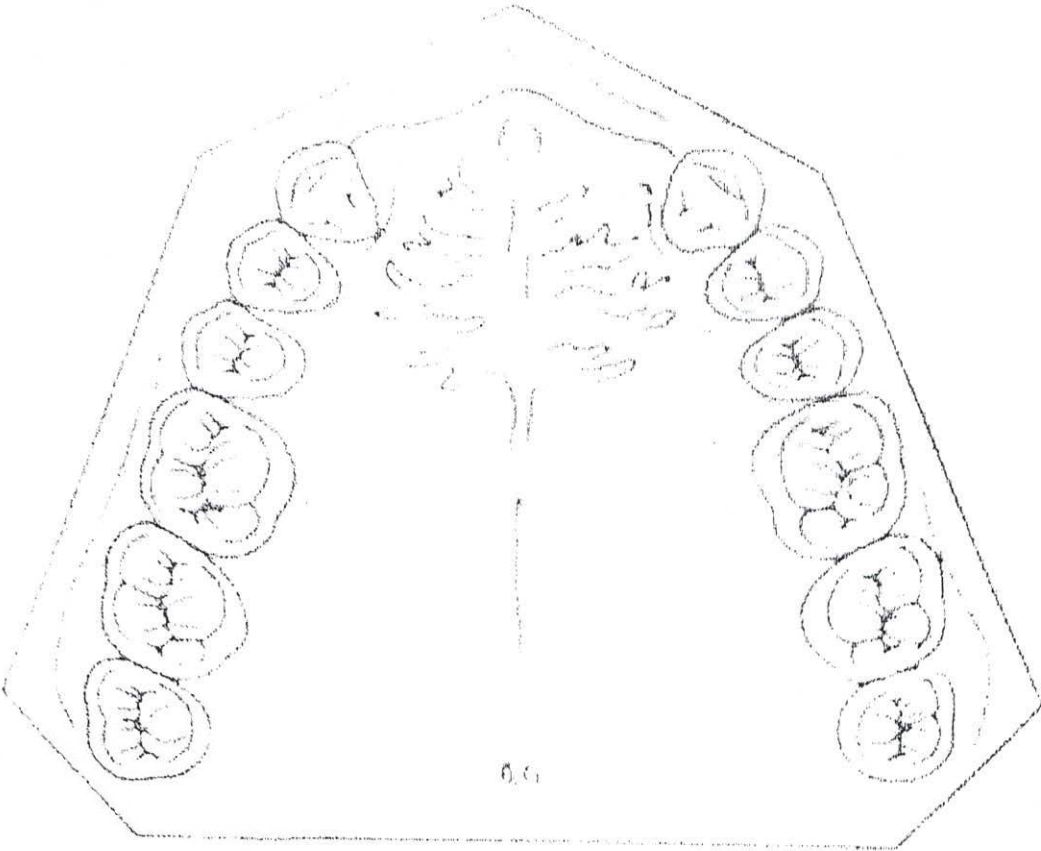
Anexo 2. Clase II de Kennedy.



Anexo 3. Clase III de Kennedy.

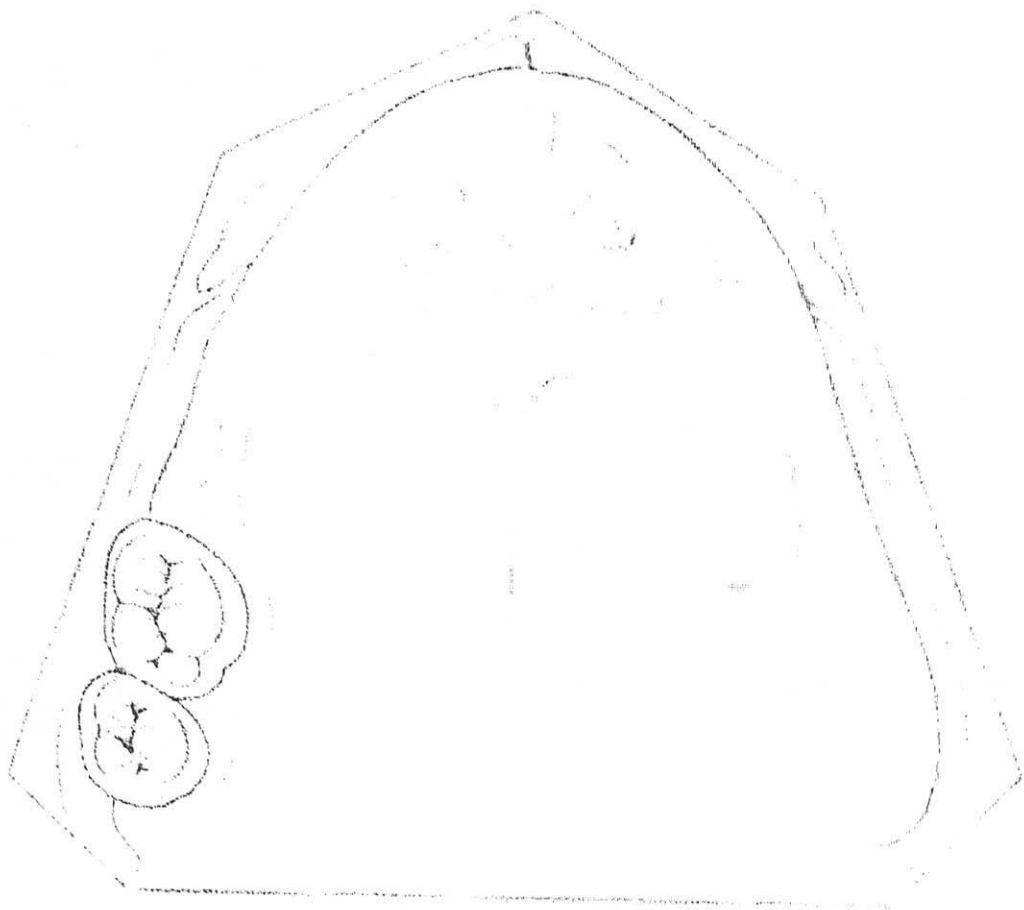


Anexo 4. Clase IV de Kennedy.

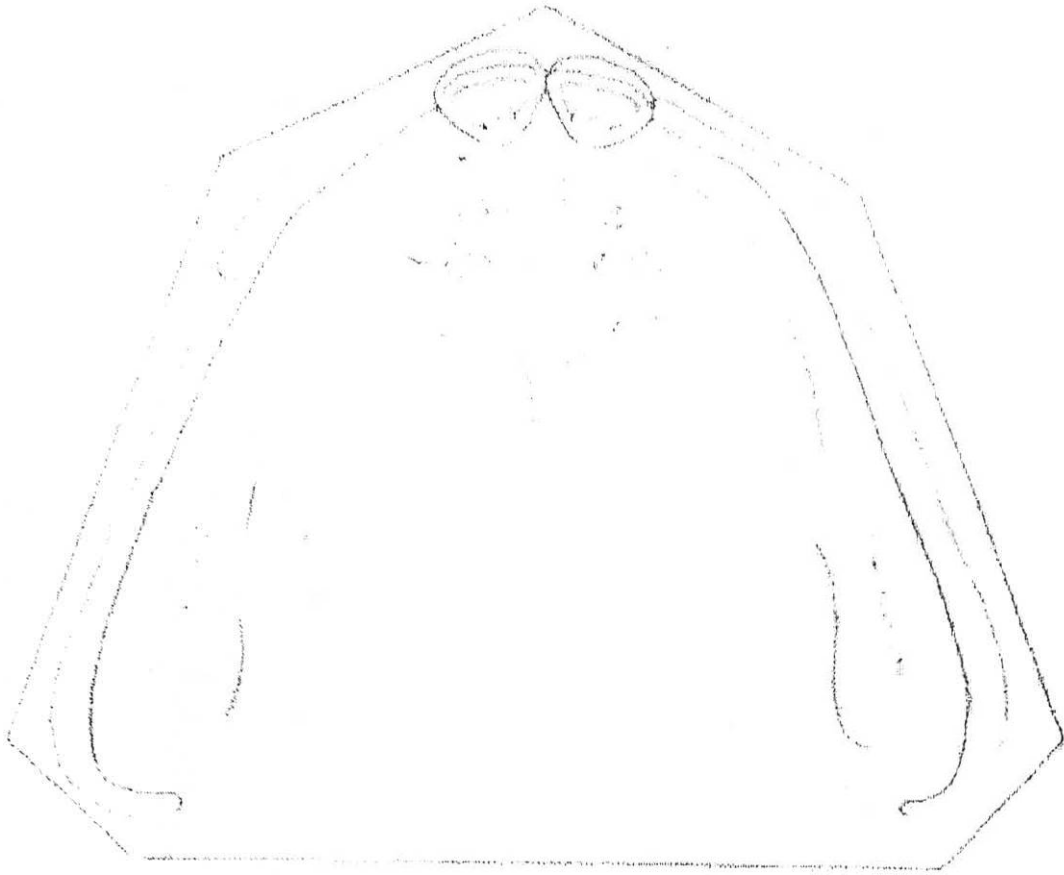


11 100-3-7-12

Anexo 5. Clase V de Kennedy.



Anexo 6. Clase VI de Kennedy.



Handwritten text or signature at the bottom right of the page.



ASISTENCIA MEDICA ODONTOLOGICA

DURAN GUZMAN & CIA. LTDA.

HISTORIA CLINICA ODONTOLOGICA

FECHA _____ NUMERO DE HISTORIA _____

DATOS PERSONALES

NOMBRE _____

DIRECCION DOMICILIO _____ TELEFONO _____

DIRECCION OFICINA _____ TELEFONO _____

OCCUPACION _____ C.C. & NIT _____

RESPONSABLE _____ ECAD _____

REFERIDO POR _____ TELEFONO _____

DIAGNOSTICO ASIGNADO _____

A. ANAMNESIS

Motivo de consulta _____

Trastornos: Hipertensión de _____ (Si = x)

Sensibilidad a Anestesia _____ Coagulación _____

Respiración: Oral _____ Nasal _____

Alergias: Enfermedades autoinmunes/supresoras: _____ (Si = x)

Enfermedades Sistémicas _____

Antecedentes Familiares _____

Exposiciones _____

B. ANALISIS PERIODONTAL

Singlitis _____

Generalizada: E: _____ M: _____ S: _____ Días: _____

Localizada: E: _____ M: _____ S: _____ Días: _____

Infecciosa: GUN: _____

Medicamentosa: Tipo: _____

Hormonal: Tipo: _____

Otra: Días: _____

Periodontitis _____

Activa: E: _____ M: _____ S: _____ Días: _____

Rápida Progresiva: Días: _____

Crónica: Días: _____

Múltiple dentaria: Grado: _____ Días: _____

Otra Enfermedad periodontal _____

Tejidos Blandos

Lengua normal : _____ Tipo: _____
Carión normales : _____ Tipo: _____
Piso de boca normal : _____ Tipo: _____
Labios normales : _____ Tipo: _____
Otro: _____

C. ANALISIS OCLUSAL.

Desarrollo de los análisis de las raíces:

Hipermetría: _____ Espasmos: _____ Mosis: _____

Desórdenes de tejidos inflamatorios _____

Síndrome de Causalgia _____ (D=Der. Izq.)

Retroalucias _____ (D=Der. Izq.)

Alucias _____ (D=Der. Izq.)

Desórdenes del Oído Anquilo _____

Craspeo (Interfer.) _____ (D=Der. Izq.) _____ (A=Abat. C=Cierre)

Compresión (Extrus.) _____ (D=Der. Izq.) _____ (A=Apert. C=Cierre)

Desarrollo de la movilidad Mandibular _____

Hipermovilidad Mandibular _____

Suscepción Articular _____ Luxación Articular _____

Hipomovilidad Mandibular _____

Contractura _____ Fibrosis _____ Anquilosis _____

Desórdenes del desarrollo Articular _____

Otro _____

D. FORMA DEL REBORDE ALVEOLAR: _____

E. ANALISIS RADIOGRAFICO

Sextante 1 _____ Observaciones: _____

Sextante 2 _____ Observaciones: _____

Sextante 3 _____ Observaciones: _____

Sextante 4 _____ Observaciones: _____

Sextante 5 _____ Observaciones: _____

Sextante 6 _____ Observaciones: _____

Otro _____ Observaciones: _____

F. ANALISIS DE MODELOS

Relación Canina _____

Derecha: _____

Izquierda: _____

Mordida Abierta _____

Relación Molar _____

Derecha: _____

Izquierda: _____

Mordida borde a borde: _____

Mordida Cruzada _____

(A=Anterior P=Posterior)

G. EXÁMENES DE LABORATORIO

TP: _____ TPT: _____ Coagulación: _____ Sangre: _____

