



COLEGIO ODONTOLÓGICO
COLOMBIANO

No. A cargo

M 203 1987

Categoría

Código

Donación

Expositor

Solicitado por

Fecha

Precio

M/
203
1987
T.I

00212

TEMPORALIZACIONES

RAFAEL ARTURO SIERRA MAHECHA

Trabajo de Grado presentado
como requisito parcial para
optar al Título de Odontólogo

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

BOGOTA, 1987

DIRECTIVAS

RECTOR

JORGE ARANGO TAMAYO

DECANO ACADEMICO

MARISOL ARANGO

VICEDECANO

JAIRO FORERO M.

COORDINADOR DEL DEPTO
DE CLINICAS

JAIRO FORERO

COORDINADOR CLINICA
X SEMESTRE

GUILLERMO ARENAS

OBJETIVOS

Este trabajo se elaboró con el fin de dar cumplimiento a los requisitos para obtener el título de Odontólogo exigidos por la facultad.

Además es una pequeña recopilación de datos y trabajos de diferentes autores con el ánimo de crear un manual de consulta del tema, para estudiantes, a fin de facilitar el aprendizaje de un buen manejo de la práctica Odontológica.

DEDICATORIAS

A MIS PADRES:

sin cuyo esfuerzo y amor
no hubiera podido ser posible

A:

los que saben
que lo que se hizo
fuè por Ellos

TABLA DE CONTENIDO

| | Pàg. |
|--|------|
| INTRODUCCION | 1 |
| 1. DEFINICION | 3 |
| 2. OBJETIVOS | 4 |
| 3. REQUISITOS | 5 |
| 3.1. ESTETICA | 5 |
| 3.2. OCLUSION | 5 |
| 3.3. RESISTENCIA | 5 |
| 3.4. AJUSTE CERVICAL | 5 |
| 4. BENEFICIOS | 7 |
| 5. INDICACIONES | 8 |
| 6. DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO | 10 |
| 6.1. AYUDAS DIAGNOSTICAS DISPONIBLES | 11 |
| 6.1.1. RADIOGRAFIAS | 12 |
| 6.1.2. ESTUDIO DE MODELOS | 13 |
| 6.2. PLAN DE TRATAMIENTO | 15 |
| 7. TECNICAS PARA LA ELABORACION DE PROTECCIONES | 17 |
| 7.1. DIRECTA A PARTIR DE IMPRESION PRELIMINAR | 17 |

| | | |
|---------|--|----|
| 7.2. | DIRECTA UTILIZANDO CORONAS PREFABRICADAS | 20 |
| 7.3. | INDIRECTA | 20 |
| 8. | CEMETACION DE LAS PROTECCIONES | 22 |
| 8.1. | CARACTERISTICAS | 22 |
| 9. | BIOMATERIALES MAS UTILIZADOS | 23 |
| 9.1. | MATERIAL DE IMPRESION | 23 |
| 9.2. | ACRILICOS | 24 |
| 9.2.1. | COMPOSICION | 25 |
| 9.3. | MATERIALES CEMENTANTES | 26 |
| 9.4. | PROTECTORES PULPARES | 27 |
| 9.5. | OTRO TIPO DE MATERIALES PARA RESTAURACION | 27 |
| 9.5.1. | OBTURACIONES DE CEMENTO | 27 |
| 9.5.2. | OBTURACIONES DE AMALGAMA | 29 |
| 9.5.3. | CORONAS METALICAS | 30 |
| 9.5.4. | RESTAURACIONES Y CORONAS DE RESINA | 30 |
| 9.5.5. | CORONAS PREFABRICADAS DE RESINA | 31 |
| 9.5.6. | RESTAURACIONES CORRIENTES | 32 |
| 9.5.7. | COLADOS METALICOS | 33 |
| 9.5.8. | PUENTE PROVISIONAL | 34 |
| 9.5.9. | DENTADURA PROVISIONAL | 35 |
| 9.5.10. | MANTENEDOR DE ESPACIO | 36 |
| | BIBLIOGRAFIA | 37 |
| | ANEXOS | |

INTRODUCCION

Este manual se ha escrito con el fin de documentar de una manera práctica y precisa al Odontólogo o estudiante de o dontología en el campo de protecciones provisionales o temporales, teniendo de presente la manipulación de acrílicos materiales de uso diario.

En un lenguaje sencillo se orienta la lector por todas las etapas clínicas y técnicas que practicamos cuando prestamos un servicio profesional al paciente que nos visita , para medir nuestro consejo y asesoría en el campo que se debe seguir para seleccionar una restauración temporal estética y funcionalmente de inmejorables condiciones.

La historia clínica del paciente , incluyendo todos los é xámenes complementarios, de manera especial el análisis de la oclusión, tanto clínicamente como sobre modelos, nos llevan a efectuar una restauración temporal mas acertada.

Debido a lo extenso que resultaría tratar de confinar en un manual todos los procedimeintos clínicos para llegar a

coronar nuestro deseo, me he limitado a desmenuzar en lo posible los aspectos fundamentales partiendo del diseño de la restauración temporal suponiendo que el paciente ya ha sido sometido a todos los tratamientos previos como oclusión, endodoncias, exodoncias, cirugía periodontal.

Se adoptaron métodos estandarizados para la protección temporal de los dientes, que es factor importante para la confianza del paciente y una forma económica de mostrar buen manejo de la práctica odontológica.

1. DEFINICION

Son formas plásticas que reemplazan el tijo dental que se ha desgastado durante la preparación o talla que se ha hecho en un diente.

Su función principal es la de proteger el tejido dentinal que ha quedado expuesto.

Sulen utilizarse tambien los términos tratamientos temporales, restauración temporal, dentaduras temporales, y puentes temporales. Con esto va implícita la idea de que el aparato temporal va a ser sustituido por un aparato permanente. El término tratamiento provisional o interno es el más completo porque presupone los cambios que pueden ocurrir con el tiempo y no implica obligaciones en el futuro.



2. OBJETIVOS

Las distintas clases de aparatos y de tratamientos provisionales tienen diversos objetivos que se pueden resumir de la siguiente manera:

- Restaurar y conservar la estética
- Mantener los dientes en posición y evitar su erupción o inclinación
- Recuperar la función y permitir que el paciente pueda masticar de manera satisfactoria hasta que se le construya el puente
- Proteger la dentina y la pulpa dental, durante la construcción del puente
- Proteger los tejidos originales de toda clase de traumatismo

3. REQUISITOS

Las protecciones temporales deben cumplir los siguientes requisitos:

3.1 ESTETICA

Tanto en forma como en color deben armonizar con los dientes del paciente.

3.2 OCLUSION

Las protecciones deben permitir una correcta oclusión además de evitar movimientos y migraciones del diente que recubren y de los adyacentes.

3.3 RESISTENCIA

El material con el cual se fabrican debe poseer una resistencia adecuada.

3.4 AJUSTE CERVICAL

La adaptación cervical debe sellar el contorno gingival e
vitando así percolaciones y reacciones inflamatorias sobre
la encía.

4. BENEFICIOS

Los beneficios de la protección elaborada adecuadamente son:

- Mantener el relajamiento del paciente (prevenir estímulos térmicos)
- Minimizar la oclusión lateral de los dientes
- Prevenir contactos innecesarios de los dientes preparados expuestos a los fluidos bucales
- Permitir la protección de la pulpa entre consultas
- Prevenir la irritación del tejido gingival permitiéndole tonicidad normal y buena relación con la línea terminal.

5. INDICACIONES

El tratamiento provisional incluye todos los procedimientos que se emplean durante la preparación de un diente para conservar la salud bucal y las relaciones de unos dientes con otros así como para proteger los tejidos bucales . En tér - minos generales las operaciones provisionales mantienen la estética, la función y la relación de los tejidos.

Las obturaciones provisionales están indicadas en dos condiciones generales:

- Para proteger los dientes ya preparados hasta que el puente este listo para cementarse, o para proteger dientes - que están preparados desde una visita hasta la siguiente.
- Para tratar lesiones de caries y conservar dientes que se van a usar como pilares en fecha posterior.

En el primer caso la obturación servirá solamente durante pocos días.

En el segundo caso pueden pasar varios meses antes de que

se empiece el tramamiento definitivo.



6. DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO

Para rendir el más efectivo servicio de salud a un paciente es necesario hacer un completo diagnóstico antes de realizar cualquier tratamiento.

Ha sido una tendencia para el practicante dental llegar a ser muy interesado por los procedimientos técnicos y cómo realizarlos rápido y tal vez mejor; todo para lograr la salud general del paciente. Se debe reconocer que la boca es susceptible de varias enfermedades las cuales influyen en la salud general del paciente. También la boca revela frecuentemente condiciones sistémicas permitiendo al operador hacer un diagnóstico que de otro modo no podría hacerse.

Los procedimientos diagnósticos se pueden dividir en dos fases:

Primera la historia médica del paciente.

Segunda el examen de la cavidad oral y de las estructuras asociadas.

Sin tomaren consideración la razón del paciente para solicitar el tratamiento es responsabilidad del Odontólogo estar completamente informado respecto a la salud general del

paciente. Haciendo un exámen de los dientes y sus estructuras adyacentes de soporte, se deben considerar los dientes no como una función individual, sino como una unidad funcional completa que puede contribuir favorable o desfavorablemente en ambas ,salud oral y salud general.

Despues de hacer un exámen general de toda la boca, se debe hacer uno minucioso de caries y otras enfermedades y anomalías de los dientes y las estructuras de soporte.

Para hacer el exámen minucioso , el Odontólogo debe usar ayudas dagnósticas.

6.1 AYUDAS DIAGNOSTICAS DISPONIBLES

- Radiografías periapicales y de aleta de mordida
- Estudio de modelos
- Espejo y explorador agudo
- Test pulpar (térmico o eléctrico)
- Test de percusión
- Test de tonicidad
- Prueba periodontal
- Tira de celofan (1/1000") y papel de articular
- Transiluminación
- Test de ligadura



- Biopsia y mancha bacteriana.

6.1.1 RADIOGRAFIAS

Las radiografías periapicales y de aleta son necesarias para hacer un buen exámen radiográfico de los dientes y de las estructuras de soporte. Se debe tener en cuenta las siguientes condiciones:

- Talla y anormalidad de la cámara pulpar
- Extensión y profundidad de la penetración de las caries
- Existencia de restauraciones en los dientes
- Talla, forma y número de raíces
- Condición del hueso alveolar
- Anchura del espacio periodontal
- Presencia de raíces retenidas y cuerpos extraños
- Presencia de dientes impactos
- Presencia de zonas radiolúcidas o radiopacas.

Existen muchas condiciones de los dientes y de las estructuras de soporte que no pueden ser determinadas con un exámen radiográfico pero que son realmente evidentes a través de un exámen clínico utilizando espejo, explorador, sonda periodontal y otras ayudas diagnósticas.

6.1.2 ESTUDIO DE MODELOS

El estudio de modelos hecho desde las impresiones exactas de cada arcada es una excelente ayuda diagnóstica. Es sabido que muchas condiciones pertenecientes a cada diente individualmente y su arco pueden ser determinadas con un buen exámen de estudio de modelos. Sin embargo, si el estudio de modelos debe ser valorado analizando patrones funcionales, los modelos deben ser montados en un articulador ajustable en armonía con el plano oclusal de los pacientes, para reproducir correctamente la oclusión en bisagra y relaciones excéntricas. Solo de esta amnera pueden ser estudiados los equivalentes mecánicos de las posiciones mandibulares y las relaciones con los dientes en oclusión.

Al hacer una restauración para un diente o varios, los modelos deben estudiarse para detectar las siguientes condiciones:

- Contacto proximal defectuoso
- Contorno defectuoso de la corona
- Relación marginal defectuosa
- Mala alineación de los dientes en los arcos
- Márgenes y contornos defectuosos de restauraciones existentes
- Grado de over yet y de overbite

- Areas edéntulas
- Relación entre el tejido gingival y las coronas
- Clínica de los dientes
- Relaciones funcionales de los dientes y sus arcos en oclusión de bisagra y posiciones excéntricas.

El estudio de modelos tiene otros usos valorables como son:

- Equilibrio de modelos como guía para la remoción de las interferencias oclusales en la boca del paciente
- Encerado de modelos para determinar resultados cosméticos
- Encerado de modelos para evaluar relaciones funcionales
- Presentación del caso al pacientes para fines educativos
- Prefabricación de temporalizaciones acrílicas.

Es bien sabido que los pasos iniciales del exámen oral van acompañados de un espejo y un explorador, un cuidadoso exámen radiográfico y un detallado exámen del estudio de modelos de la boca del paciente. Sin embargo para complementar el exámen de los dientes y de otras estructuras de la cavidad oral, es necesario que el operador no pase por alto la importancia de emplear otras ayudas diagnósticas.

El operador debe familiarizarse con todas las condiciones presentes en boca, y es el responsable de un plan de trata-

miento inadecuado.

6.2 PLAN DE TRATAMIENTO

Después de un completo diagnóstico y de haber observado todas las condiciones encontradas en boca, procederemos a efectuar el tratamiento del MUÑON VITAL.

El decorticado que se practica a un paciente, es prácticamente una herida que se realiza sobre un tejido duro y vivo y como tal debe ser tratado en forma higiénica y adecuada. Si la mortificación pulpar la trasladamos a una escala de 1 a 6, considerando el número 6 como muerte pulpar, el decorticado puede clasificarse como 3, por lo tanto es de sumo cuidado el tratamiento que le demos al muñon.

Nunca sacaremos nuestro muñon de una forma brusca y prolongada con la jeringa de aire, puesto que puede causar una deshidratación de la dentina expuesta, aumentando la mortificación pulpar.

El muñon debe ser recubierto con un retenedor temporal en equilibrio de oclusión con sus antagonistas, con morfología y anatomía similar a la del retenedor definitivo, adaptación gingival precisa con alivios en el lugar correspondiente a las papilas interdientales.

Los retenedores temporales nunca deben ser cementados con

cemento a base de oxido de zinc eugenol ; existen otros materiales menos irritantes para el tejido dentario como el tempbono o el noeugenol.

Antes de cementar los retenedores temporales, el muñon debe ser tratado con agentes pulpo-protectores tales como los -desensibilizantes dentinales (dento praxil) y/o materiales especializados en sellar canaliculos dentinales como el ti bulitec.

7. TECNICAS PARA LA ELABORACION DE PROTECCIONES

7.1 DIRECTA A PARTIR DE IMPRESION PRELIMINAR

Tomanos una impresión de hidrocoloide irrevesible (alginato) del axial en cuestión previamente haber procedido con nuestras preparaciones.

Una vez terminadas las tallas se aislan los dientes tallados con un petrolato o vaselina.

Preparamos resina de metil metacrilato o un acrílico de auto polimerización específicamente fabricado para protecciones.

Este acrílico debe reunir los siguientes requisitos:

- Radio-opacidad
- Baja exotemia
- Mínima contracción de polimerización
- Fácil manipulación
- Endurecimiento rápido
- Superficie tersa.

El acrílico se prepara a partir de monómero y polímero mezclados en un vaso dappen, en el período plástico, se retiran del vaso dappen con una espátula y se condensa dentro de las huellas correspondientes de la impresión.

Se lleva la impresión a la boca del paciente teniendo especial cuidado de ubicarla correctamente, de tal forma que las huellas coincidan con cada uno de los dientes preparados.

Tan pronto como el acrílico pase al estado rígido, paso que se controla con el remanente de resina que se ha quedado en el vaso dappen, se retira la impresión y los retenedores se quedaron adheridos a los pilares ya que el acrílico al iniciar la polimerización indica también el grado de contracción.

Como la contracción impide retirar las protecciones, una vez hayan polimerizado de una forma total, es conveniente cuando están en grado de polimerización parcial retirarlas de los muñones, e ir probando en forma seguida y retirándolo al mismo tiempo para que no se nos quede adherida al muñón por la contracción. La exotermia de la polimerización causa ría mortificación pulpar.

Una vez polimerizado en forma total el acrílico de nuestras

protecciones, procedemos a darle los alivios correspondientes de oclusión y forma de instrumentos rotativos a baja velocidad.

Teniendo las protecciones de los pilares, queda por fabricar el p^ontico. Nosotros tenemos a la mano un modelo preliminar donde se ha practicado el análisis de modelos y se ha planeado nuestra restauración.

En este modelo seleccionamos un diente prefabricado que se adapte a la distancia meso distal entre los pilares , que se adapte a la morfología, longitud y color de los dientes de nuestro paciente.

Ese diente de metil metacrilato lo adaptamos ya más exactamente a la boca y lo fijamos en su extremo mesial y distal a los retenedores temporales constituyendo nuestro puente provisional.

Se recomienda que mientras polimeriza la resina que esta fijando el p^ontico a los retenedores temporales, el paciente este ocluyendo con el fin de lograr una posición mas correcta con respecto a los dientes antagonistas.

Una vez polimerizada la resina que fija nuestro p^ontico , retiramos el conjunto de la boca y hacemos los alivios y pulido correspondientes, ademas del equilibrio oclusal.

7.2 DIRECTA UTILIZANDO CORONAS PREFABRICADAS

Existen en el comercio estuches con coronas plásticas de policarbonato , en diferentes formas y tamaños.

- Selección de las coronas que sirven para cada caso
- Se adaptan al diente tallado haciendo los recortes
- Desgastes necesarios en la zona gingival
- Se aíslan los dientes con un petrolato o vaselina
- Se prepara la resina acrílica y se rebasan dichas coronas con el fin de lograr un perfecto ajuste
- Se hacen los desgastes necesarios en la zona gingival
- Zona de oclusión.

7.3 INDIRECTA

Sobre el modelo de estudio se esbozan en forma aproximada , los desgastes o tallas que se van a realizar posteriormente en la boca del paciente. En este momento se remite al laboratorio y este puede proceder de dos maneras:

- Elaborando las protecciones con resina acrílica de termocurado
- Adaptando frentes estéticos (carillas) de dientes prefa -

bricados a nuestras preparaciones y completamos el contorno coronal con resina de autopolimerización, con acabado y pulido necesario.

Adaptamos al espacio edéntulo dientes prefabricados y los fijamos con resina; a las protecciones previamente elaboradas practicamos el alivio de oclusión, Luego los alivios - correspondientes al margen gingival y papilas.

Una vez tengamos las preparaciones de los dientes pilares en la boca del paciente, llevamos nuestro puente provisional, rebasamos los retenedores temporales para adaptarlos - mejor, rectificamos nuestro ajuste oclusal, damos alivio a las papilas interdentarias y chequeamos de una forma precisa la adaptación gingival.

Cuando por muchas circunstancias el paciente debe usar las protecciones por la técnica indirecta en resina acrílica - termocurable, sobre un modelo obtenido después de haber - realizado las tallas.

8. CEMENTACION DE LAS PROTECCIONES

8.1 CARACTERISTICAS

El material que cementante que utilizamos en la fijación de las protecciones debe tener:

- Biocompatibilidad. No debe ser irritante
- Insolubilidad
- Espesor de capa delgada
- No debe alterar el material de las protecciones
- Debe producir un buen sellado
- Endurecimiento rápido
- Fácil retiro del material, tanto del tejido dentario como de las protecciones

8.2 PRODUCTOS COMERCIALES

- | | |
|-------------|-----------|
| - Temp-Bond | Casa Kerr |
| - Nogenol | Casa Coc |
| - Tempak | Casa Ward |

9. BIOMATERIALES MAS UTILIZADOS

MATERIALES PARA CORONAS Y PUENTES TEMPORALES

Por lo general la fabricación de una corona o de un puente fijo es un procedimiento de laboratorio y pueden transcurrir varias semanas entre la preparación de los dientes y la cementación de la restauración permanente; por consiguiente , se debe hacer una restauración temporal.

Los materiales para coronas y puentes temporales son con mas frecuencia polimeros acrílicos. El polvo y el líquido se mezclan a una consistencia cremosa y se forma la restauración temporal usando la mezcla, y un formador de corona de acetato de celulosa, un plástico formado al vacio o una impresión de alginato del área antes de la preparación del diente; se usa un medio separador para la separación de la estructura dental , la mezcla cremosa fluye dentro de las áreas deseadas de la impresión , y se coloca en agua tibia para que endurezca.

9.1 MATERIAL DE IMPRESION

El alginato es uno de los materiales de impresión mas utilizados; su amplio uso se debe a:

- Facilidad de mezcla y manipulación
- El mínimo equipo necesario
- La flexibilidad del material endurecido
- Su exactitud si se maneja en forma apropiada
- Su bajo costo

Una de sus principales desventajas es que restringe la elección de materiales para modelos y dados, a aquellos del tipo de yeso y se descarta la preparación de dados metálicos, los cuales tienen una resistencia mas alta a la abrasión que los de yeso.

Los alginatos se usan ampliamente para preparar modelos de yeso en la preparación de protecciones en prótesis.

9.2 ACRILICOS

Hay muchas variaciones en la aplicación del termo curado plástico como restauración temporal. Estas resinas de auto polimerización pueden ser moldeadas con la mano para la preparación de uno o varios dientes, eliminando así la preparación innecesaria de una impresión preliminar en alginato.

La retención puede ser mejorada en la fabricación de PIN - LEAGE, en las restauraciones temporales anteriores.

Muchas marcas de acrílicos autopolimerizantes están disponibles a la profesión hoy día. Es importante destacar que estos productos de alguna manera varían en sus propiedades físicas; teniendo en cuenta que todos generan una considerable cantidad de calor durante la polimerización.

Es aconsejable lubricar los tejidos adyacentes con vaselina. En un análisis final la selección del material y la técnica a ser empleada para la protección temporal del diente, debe ser determinada según el propósito y el servicio que se quiera prestar.

9.2.1 COMPOSICION

POLVO

Poli (Metil metacrilato) o polímero

Iniciador de deroxido orgánico

Dioxido de titanio para controlar la traslucidez

Pigmetontos orgánicos para el color

Fibras orgánicas de tinción para estética

LIQUIDO

Metil metacrilato o momómero

Inhibidor de hidroquinona

Dimetacrilato o agente de cadena cruzada

Acelerador de amina orgánica

La amina esta presente solo si el material esta etiquetado como producto que se va a procesar a temperatura ambiente. Algunos fabricantes los enlistan como materiales autocurables o de cura en frio.

9.3 MATERIALES CEMENTALES

Los cementos de oxido de zinc-eugenol permanentes son menos fuertes que los de fosfato de zinc, pero han demostrado tener exito clinico para la cementación final de coronas y puentes con buena retención.

Los cementos temporales son mas debiles , por lo tanto son convenientes para la cementación de coronas temporales o para la cementación temporal de coronas completas y restauraciones de puentes que se deben retirar con facilidad.

El P.H. de los cementos de oxido de zinc-eugenol es neutro y por su naturaleza sedativa no requieren de un barniz protector o de un revestimiento cavitario.

El polvo del cemento de oxido de zinc-eugenol (tipo I) contiene: oxido de zinc (69%) , trementina (29%) para reducir la fragilidad, y acetato de zinc un acelerador.

El líquido es eugenol o una mezcla de eugenol y otros acei

tes.

Algunos cementos estan formulados con otros aceites diferentes al eugenol para usarse con pacientes sensibles a este.

9.4 PROTECTORES PULPARES

Antes de cementar los retenedores temporales el muñon debe ser tratado con agente pulpo-protectores tales como los desensibilizantes dentinales y/o materiales especializados en sellar canículos dentinales como el Tibuletec.

Comercialmente el más conocido es el Dentopraxil cuyo contenido es:

Cada 100 grs contiene

| | |
|--------------|-----------|
| P Clorofenol | 28.71 grs |
| Alcancor | 69.30 grs |
| Timol | 0.99 grs |
| Preonisolona | 1.00 grs |

9.5 OTROS TIPOS DE MATERIALES PARA RESTAURACION

9.5.1 OBTURACIONES DE CEMENTO

En las obturaciones provisionales se usan cementos de fosfato de zinc y cementos del tipo óxido de zinc-eugenol.

Ninguno de estos cementos resiste mucho tiempo la acción abrasiva y disolventes a que estan sometidos en la boca. Tampoco pueden resistir los efectos de la masticación sin fracturarse. Los cementos se pueden usar con éxito en las cavidades pequeñas intracoronaes durante períodos que no excedan de 6 meses, pero nunca se usarán como topes para mantener la oclusión céntrica; solamente se pueden usar en cavidades en donde la guía oclusal céntrica caiga en cualquier parte de la superficie oclusal que quede por fuera de la restauración. Duran más en las cavidades de clase V y de clase III, porque quedan protegidas de la oclusión.

Por tanto las restauraciones de cemento sirven en el tratamiento de caries en dientes que despues van a servir como pilares en los 6 meses subsiguientes, en posiciones que no estén sujetas a las fuerzas de oclusión , o que no queden como guías de oclusión céntrica. Hay que evitar la naturaleza irritativa de los cementos de forfato de zinc, y en las cavidades profundas es indispensable colocar una base de material sedante.

Los cementos de óxido de zinc-eugenol no tienen acción irritante para la pulpa cuando se colocan en la dentina que cubre el tejido pulpar y deben ser preferidos. No son tan resistentes como los cementos de fosfato de zinc, pero investigaciones recientes han producido algunos cementos de óxido de zinc-eugenol que ofrecen iguales ventajas que los fos

datos de zinc.

9.5.2 OBTURACIONES DE ALMAGAMA

Las obturaciones de amalgama se utilizan en el tratamiento de caries en dientes que van a ser pilares de puentes en fecha posterior.

A este respecto son muy recomendables y pueden usarse en la restauración de guías de oclusión céntricas perdidas , a la vez que presentan la ventaja de que duran mucho tiempo en los casos en que por cualquier motivo se retrase la construcción del puente. No es necesario discutir aquí en detalle las obturaciones de amalgama; nos limitaremos a mencionar un aspecto importante de la restauración provisional de amalgama que difiere de las amalgamas corrientes. La amalgama provisional se hace con la intención de reemplazarla por un retenedor de puente en una fecha no muy lejana . Por tanto es suficiente la remoción de toda la caries siendo casi siempre innecesaria la extensión para prevención en este momento.

La extensión en las zonas inmunes se hace cuando se construye el puente. Si se hace la extensión en el momento en que se coloca la amalgama se corre el peligro de eliminar tejido dentario sano que puede necesitarse posteriormente para la preparación del retenedor.

9.5.3 CORONAS METALICAS

Una gran variedad de coronas metálicas se pueden utilizar como restauraciones provisionales, tanto de acero inoxidable, como de aluminio. Las de aluminio son mas fáciles de adaptar y, si se emplean correctamente, tienen buena duración.

Se fabrican como tubos cerrados simples, que se pueden contornear con alicates y cortar al tamaño adecuado, y tambien se fabrican contorneadas representando distintos dientes. Estas coronas se emplean en las preparaciones para coronas completas y tambien en las coronas tres-cuartos; pueden usarse tambien en la preparaciones meso-occlusodistales (MOD) en que se talla la superficie oclusal del diente.

Cuando se les ha dado la forma conveniente, se cementan las coronas metálicas con cemento de óxido de zinc-eugenol.

Se comprueban las relaciones oclusales y, si es necesario se talla la corona con una piedra de carborundo para ajustarla mejor.

9.5.4 RESTAURACIONES Y CORONAS DE RESINA

Las resinas acrílicas tienen una gran aplicación como restauraciones provisionales. Las restauraciones hechas con acrílicos tienen el color mas similar al de los dientes, son suficientemente resistentes a la abrasión y muy fá -

ciles de construir.

Para ajustarse a las distintas situaciones clínicas, se pueden hacer incrustaciones, coronas y puentes de resinas.

También están a disposición del Odontólogo coronas prefabricadas. Muchos procedimientos diferentes se han propuesto para el uso de las coronas prefabricadas y para construir coronas, incrustaciones y puentes.

9.5.5 CORONAS PREFABRICADAS DE RESINA

Estas coronas están disponibles en un surtido de tamaños tanto para los dientes superiores como para los inferiores y están hechas con resina acrílica transparente.

Hace algún tiempo las coronas de este tipo estaban construidas en celuloide y, por este motivo, aún es corriente que se las denomine formas de corona de celuloide.

Las coronas de celuloide no se pueden rellenar con una resina acrílica al confeccionar una corona, porque el monómero ablanda el celuloide.

En cambio con las coronas de resina no hay inconveniente alguno en rellenarlas de acril al construir la corona provisional. Las coronas prefabricadas se usan en la preparación de coronas completas completas en los dientes anteriores. Se recorta la corona y se ajusta dándole un contorno correcto; también hay que darle la relación adecuada con respecto al tejido gingival.

En la corona de resina transparente, se prepara una mezcla de acríl lo más parecida al color del diente y se rellena la corona . Se barniza la preparación con cualquier sustancia protectora y cuando la mezcla esta ya en forma de masa samiblanda se presiona la corona sobre la preparación y se retira el exceso.

Se retira la corona antes de que se produzca el calor de la polimerización y se deja que endurezca. Despues se prueba la corona en la boca, se adapta y se cementa con cemento de zinc-eugenol. Las coronas de resina con color de diente solamente necesitan ser adaptadas al tamaño correcto y se cementan directamente con cemento de oxido de zinc-eugenol. Existen muchas variaciones de estas técnicas, y el Odontólogo elegirá la que tenga mejor aplicación para cada caso particular. Si se ha hecho una preparación-prueba en el molde de estudio, se puede confeccionar la corona temporal en el mismo molde con suficiente anticipación, ahorrándose así tiempo de trabajo en el sillón.

9.5.6 RESTAURACIONES CORRIENTES

Tambien pueden hacerse restauraciones acrílicas para cada caso individual, y una técnica típica consiste en la toma de una impresión del diente en que se va a construir antes de que se hagan las preparaciones. La impresión puede ser en la boca o sobre el modelo de estudio.

Este último procedimiento es muy útil cuando el diente está roto porque se puede reconstruir el molde hasta el contorno conveniente antes de tomar la impresión que servirá como matriz al hacer la restauración. La impresión puede ser de alginato, base de caucho o cera.

Cuando la preparación esta terminada en la boca, se aplica un barniz protector al diente y a los tejidos gingivales adyacentes, En la impresión se llena el diente con una mezcla de resina de color adecuado y se vuelve a colocar en la boca. Cuando la resina está parcialmente solidificada , pero antes de que se desarrolle el calor de la polimerización, se retira la impresión y se deja que la resina termine de endurecerse.

Se separa la restauración de la impresión y se eliminan los excesos. Se prueba la restauración en la boca, se adapta a la oclusión y se cementa con óxido de zinc-eugenol. Mediante este procedimiento, se pueden construir en resina incrustaciones, coronas tres-cuartos y coronas completas.

9.5.7 COLADOS METALICOS

Cuando hay que utilizar un diente con caries extensa como pilar de puente en el futuro, pero está tan destruido que no se puede hacer un tratamiento provisional con amalgama, se puede emplear un colado metálico como restauración in-

terina. El colado puede ser en aleación de plata pero es preferible el oro porque la plata se oscurece mucho en la boca.

Se hace una preparación del diente adecuada a la condición particular del caso, y puede ser una corona tres-cuartos, una incrustación MOD o una corona completa. No es necesario lograr al máximo las cualidades retentivas de la restauración, sin embargo, y no hay que eliminar sustancia dentaria que puede ser necesaria al construir la reparación final. El colado se procesa por cualquiera de las técnicas conocidas y se cementa con óxido de zinc-eugenol de resistencia apropiada, una vez que se han hecho los procedimientos usuales de adaptación.

9.5.8 PUENTE PROVISIONAL

El puente provisional se hace generalmente, con resina acrílica y sirve para restablecer la estética y, en grado variable, la función, y para proteger los tejidos del pilar. También preserva la posición de los dientes e impide el desplazamiento de los pilares y la erupción de los dientes opuestos al puente. Puede ser de ayuda en los sitios en donde ha fallado un puente colocado previamente, ya que se puede construir rápidamente y se mantiene hasta que se haga un nuevo puente. Por ejemplo si un paciente se presenta con un puente anterior de tres unidades que reempla-

za un incisivo central superior en el cual se ha soltado un retenedor por un golpe que fracturó la parte del anclaje, se retira el puente cortando el otro retenedor.

Inmediatamente se puede construir un puente de acrílico , con toda rapidez , que puede ser usado hasta que se haga un nuevo puente.

El puente provisional se construye en resina , con una técnica similar a la que describiremos para las restauraciones individuales de resina. Se toma una impresión del molde estudio en el cual se han reproducido el diente o los dientes faltantes en cera o con carillas de porcelana o de resina que se usarán en el puente.

La impresión se rellena con resina, de la misma manera que se hace en la técnica para restauraciones acrílicas y se asienta en la boca una vez se han hecho las preparaciones en los pilares. Hay que retirar la impresión antes de que empiece el calor de la polimerización; se deja endurecer la resina fuerte de la boca y se separa el puente de la impresión. Se recorta el exceso, se alisa y se pule la resina y se adapta el puente en la boca y se cementa con óxido de zinc-eugenol.

9.5.9 DENTADURA PROVISIONAL

La dentadura provisional tiene por objeto reemplazar uno o más dientes perdidos. Además de conservar la estética ,

la dentadura sirve como mantenedor de espacio hasta que se pueda hacer un puente. Tiene la ventaja de que se puede hacer antes de la extracción de los dientes y se puede colocar en la misma cita en que se hacen las extracciones.

Por ejemplo, si hay que extraer los cuatro incisivos superiores debido a afecciones periodontales intratables, se puede construir una dentadura provisional para sustituir los dientes y colocarla el mismo día en que se extraen estos; la dentadura cumple así su cometido hasta que se sustituye por el puente definitivo.

Es indispensable destacar que las dentaduras provisionales son solamente una parte del plan de tratamiento general, dentro del cual juegan un papel temporal y se deben reemplazar por un aparato fijo tan pronto como sea posible.

No se debe permitir que los pacientes usen estas dentaduras durante períodos prolongados de tiempo. No cumplen los requisitos de una dentadura definitiva y pueden causar daños a los otros dientes y a los tejidos de soporte si se usan durante mucho tiempo.

9.5.10 MANTENEDOR DE ESPACIO

Aunque la dentadura provisional sirve de mantenedor de espacio, hay situaciones en que se pierde un diente (por e-

jemplo, un molar mandibular), y es muy difícil construir una dentadura, o se duda que el paciente la use por largo tiempo.

En tales casos está indicado un mantenedor de espacio que tiene la ventaja de que es fijo, y no se hace con el propósito de reemplazar el diente perdido, sino únicamente para evitar que los dientes contiguos se inclinen hacia el espacio desdentado y poder conservar ese espacio.

BIBLIOGRAFIA

- BULA CAMACHO, Jorge Enrique. Manual pràctico en la construcció de coronas y puentes de ceràmica fundida sobre metal. Bogotà.
- CRAIG R. G. , O'BRIEN W. J., POWERS John M. Materiales dentales. 1985.
- GUZMAN B., Humberto Josè, TORRES T. Jaime. Biomateriales, ceràmica y rehabilitaciòn oral. Bogotà. 1983
- GUZMAN B., Humberto Josè. D.D.S., M.S.D. Manual de prostodoncia parcial fija. Bogotà.
- HORN, Harold R. Clínicas Odontològicas de Norteamèrica. Resinas compuestas en Odontologia. Mèjico . 1981.