

I. NOMBRE DEL TRATAMIENTO Y CODIGO – CIE 10:

ELABORACIÓN DE CORONAS COMPLETAS Y PRÓTESIS
PARCIAL FIJA – 234201

II. DEFINICION

Restauración indirecta de cubrimiento completo de una o varias unidades realizada sobre dientes naturales o implantes de óseo-integración que provee protección, estabilidad, función y estética

III. OBJETIVO

Construir una guía que suministre al profesional una orientación que le brinde la posibilidad de dar una atención segura a sus pacientes en lo relacionado con la elaboración de coronas completas y prótesis fija de varias unidades

IV. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad, una de las causas frecuentes de consulta son caries o fracturas coronales. A partir de esta situación, se han propuesto diversas técnicas de restauración, pero es importante que cada técnica trate de promulgarse con un uso racional y responsable de la misma, con una base diagnóstica sólida y aplicándola con un fundamento académico basado en la evidencia. Por lo que se considera necesario, organizar y socializar una guía de manejo para la elaboración de coronas completas y sus diferentes alternativas de trabajo.

V. POBLACION OBJETO

Pacientes con dentición permanente a quienes por diferentes razones deba realizárseles restauraciones indirectas de cubrimiento total

VI. ALCANCE

Tendrá un alcance completo en el diagnóstico y terapéutica a todos los pacientes adultos que consulten para valoración y tratamiento que presenten alguna de estas condiciones y entre las opciones de tratamiento sea éste el más indicado:

1. Dientes anteriores y posteriores con presencia de caries extensas; con poco remanente de estructura dental sana, donde esté indicado realizar una restauración indirecta de cubrimiento completo
2. Dientes anteriores y posteriores con fracturas dentales que comprometen la solidez estructural coronal, donde esté indicado realizar una restauración indirecta de cubrimiento completo
3. Dientes anteriores y posteriores tratados endodónticamente con necesidad de retenedores intrarradiculares colados o complementación de muñón acompañados o no por la utilización de postes prefabricados
4. Dientes anteriores y posteriores que van a ser restaurados por medio de restauraciones indirectas de cubrimiento parcial como carillas e incrustaciones tipo Inlay y Onlay
5. Zonas edéntulas que van a ser rehabilitadas por medio de prótesis fijas con sus respectivos dientes pilares
6. Implantes de óseo-integración que van a ser rehabilitados con coronas completas o prótesis parcial fija.

No se tendrá alcance en la terapéutica en pacientes que presenten pérdidas pequeñas de estructura dental donde el diagnóstico de afección de la estructura dental indica que se puede tratar con otras técnicas restauradoras, menos invasivas como restauraciones directas o indirectas de cubrimiento parcial.

VII. NIVEL DE ATENCIÓN:

- Primer Nivel de Atención I 1, I 2, I 3, I 4 – Ambulatoria

Recurso Humano

Personal Responsable: Docente Odontólogo

Estudiante Odontología Pre-grado

Estudiante Odontología Post-grado

VIII. INSTRUMENTAL REQUERIDO

Pieza de Alta velocidad

Micromotor

Contrángulo

Espejo de Boca plano No 5

Explorador de doble extremo No 5 y 23

Cucharilla de Black de doble extremo

Pinzas Algodoneras

Espátula de Ward

Espátula Condensador PF3

Pinzas Kelly

3 Vasos Dappen plásticos

Pinceles de pelo de Martha N^o 0 y 1

Fresas de diamante de alta velocidad cilíndricas o troncocónicas de grano grueso y medio, largas de extremo redondeado y plano

Fresas de diamante de alta velocidad en llama o balón, para caras palatinas y oclusales, de grano grueso y medio

Fresas de diamante de alta velocidad, troncocónicas de punta fina de grano grueso para romper punto de contacto

Puntas de caucho de baja velocidad para acrílicos, de tres tipo de abrasión alta, media y baja

Lija de agua de grano 400 y 600

Discos de papel

IX. MATERIALES PARA TEMPORALES

Acrílicos y resinas compuestas de autopolimerización y fotopolimerización, para restauraciones completas y parciales de cubrimiento cuspídeo o intracoronal. Formas plásticas, matrices de acetato, coronas de policarbonato.

Los métodos para su fabricación pueden ser convencionales o por inyección

X. PROCEDIMIENTO CLÍNICO

RESTAURACIONES QUE REQUIEREN PROVISIONALES

1. Coronas completas o Prótesis Fija
2. Incrustaciones tipo Onlay o Inlay
3. Prótesis Removibles Parciales o Totales

1. Coronas completas o Prótesis Fija

Se preferirán los provisionales de termocurado hechos en el laboratorio con una impresión previa y se rebasará y adaptará directamente en boca del paciente.

Si es de una corona individual se pueden hacer **provisionales en bloque** (Ver técnicas adelante)

2. Incrustaciones tipo Onlay o Inlay

Se pueden realizar en acrílico de autopolimerización o con resinas especiales de fotopolimerización para provisionales. Si es de auto, se harán también en bloque como el paso anterior y si es de fotocurado, se colocan dentro de la cavidad materiales como Fermit u Inlay/Onlay

System, que se amoldan al cavidad y se fotopolimerizan , estos pueden o no cementarse

3. Prótesis Removibles Parciales o Totales

Se pueden utilizar prótesis transicionales mucosoportadas realizadas previamente en el laboratorio con o sin retenedores extracoronaes metálicos o de plástico trasparente

Si se van a mantener las prótesis antiguas mientras se confeccionan las nuevas se pueden utilizar rebases o acondicionadores de tejido que son sistemas de autopolimerización, que se consideran provisionales, ya que son altamente porosos, inestables dimensionalmente y cambian de color con facilidad, así que deben cambiarse máximo cada dos semanas.

TÉCNICAS PARA LA FABRICACIÓN DE PROVISIONALES

a. Técnica directa:

Provisionales en bloque. Tiene como ventajas el ahorro de tiempo y dinero del odontólogo y paciente, posibilidad de corroborar color, contorno y textura directamente con los dientes adyacentes y la colaboración directa del paciente en cuanto al ajuste de oclusión, color y resultados finales, además, no se requiere toma de impresión . Tiene algunos inconvenientes como un bajo grado de conversión, la posibilidad de desadaptaciones marginales y pigmentación de márgenes, y mayor dificultad en la conformación del punto de contacto y más difícil el pulido y brillado.

- Se hace un balón de material de acrílico de autocurado en fase elástica
- El paciente ocluye
- Se remueven excesos y se contornea
- Se retira en estado plástico, se pule y se brilla

Provisionales con impresión o matriz previa

- Se toma una matriz en alginato, silicona de condensación o masilla de silicona de adición, del diente antes de ser preparado o de un encerado diagnóstico previamente realizado sobre un modelo de trabajo
- Se carga con el material seleccionado y se introduce en la boca posicionándolo adecuadamente
- Se espera a que el material polimérico se encuentre en la fase plástica
- Se retira de boca y de la matriz, se remueven excesos y se contornea
- Se rebasa o se remargina según las necesidades en cada caso
- Se pule y se brilla

b. Técnicas Indirectas: Cáscara de huevo, con matriz de acetato, con formas de policarbonato, de termocurado y dientes de prótesis total.

En todos los casos debe adaptarse el diente preformado, para poder rebasarlo con acrílico de autocurado, tratando de equilibrar la oclusión, la medida mesodistal, el color y la forma a los dientes adyacentes. Sus ventajas mayor estética, menor contracción de polimerización, mayor grado de conversión, mejor adaptación y delimitación de los márgenes, posibilidad con diferentes tipos de materiales o técnicas excelente acabado final y posibilidad de restaurar adecuadamente puntos de contacto proximales e interoclusales.

Los provisionales de termocurado requieren mayor tiempo inter citas y costo de laboratorio, para paciente y odontólogo, necesidad de toma de impresión, y confección de un modelo de trabajo.

TÉCNICA DE PULIDO

Para dar la forma general se utilizan pimpollos en forma troncocónica para las caras libres y de cono invertido para la morfología oclusal. La individualización y contorno se puede hacer con discos de lija.

Se pueden lograr superficies lisas y brillantes con el uso de puntas de caucho abrasivas de baja velocidad puliendo progresivamente de la más abrasiva a la menos abrasiva. Seguidas por cepillos duros impregnados con tiza francesa o felpas que van a dar el brillo final.

CEMENTACIÓN DE PROVISIONALES DE PRÓTESIS FIJA

Previa aplicación de vaselina en la parte exterior del provisional, se procede a mezclar en proporción uno a uno de base y catalizador del cemento temporal Temp-bond NE o Free-genol ambos libres de eugenol, se lleva a la parte interna de la restauración y se cementa. Se retiran los excesos, se pasa la seda dental y se verifica la oclusión del paciente.

XI. RECOMENDACIONES

OBJETIVOS QUE DEBEN CUMPLIR

- Devolver la anatomía y fisiología de la estructura dental
- Contribuir a la salud oral y general del paciente
- Mejorar la calidad de vida del paciente
- Orientar la forma y enfilado en las restauraciones definitivas
- Proveer soporte al labio y fonética
- Pronósticar y determinar la función oclusal y fuerzas excesivas
- Analizar espacios mesodistales, e interoclusales o intermaxilares
- Observar hábitos de higiene oral del paciente

- Evaluar la acomodación a nuevas posiciones mandibulares y nueva dimensión vertical, si este fuese el caso
- Establecer el plano oclusal
- Determinar una vía de inserción
- Proyectar del diseño de pónicos
- Valorar las demandas estéticas

Estética

Deben tener adecuada forma, color, textura, translucidez, y visualización para el clínico y para el paciente de lo que podría ser la apariencia de la restauración definitiva

Estabilidad Posicional

Deben ser mantenedores de espacio, para que en sentido mesodistal y ocluso-gingival los dientes adyacentes no vayan a migrar y a disminuir las posibilidades de espacio para una óptima restauración

Proyección de esquema oclusal

Deben tener un esquema oclusal proyectado en el paciente, para lograr estabilidad funcional en el sistema

RECOMENDACIONES DE MANEJO CLÍNICO

- Evitar contaminación del acrílico con fluidos que pigmenten durante la polimerización
- Siempre debe protegerse la dentina expuesta al acrílico en dientes vitales con petrolato o algún aislante para evitar el paso del monómero residual a la pulpa, por ser altamente citotóxico
- Se deben utilizar acrílicos de baja contracción de polimerización
- Se deben respetar los tiempos y las proporciones de mezcla, y de trabajo para no alterar la polimerización del acrílico y sus propiedades físicas

- Se debe evitar que la reacción exotérmica del acrílico ocurra estando en contacto con el tejido dental en dientes vitales, se debe retirar y puede manejarse como catalizador de la reacción y para aumentar el grado de conversión una sumersión en agua caliente
- El pulido debe realizarse inmediatamente, siendo muy estrictos en la adaptación y la facilidad de limpieza con una superficie lisa y brillante

XII. CRITERIOS DE ALTA

Se considerara de alta cuando el diente se haya restaurado y se encuentre en capacidad de realizar la función oclusal adecuadamente, el paciente no refiera sintomatología dolorosa o sensibilidad post-operatoria, luego de haber confeccionado la prótesis definitiva. Se debe aclarar al paciente que la restauración provisional es un paso para alcanzar el objetivo final que es la cementación de la restauración definitiva y que la durabilidad a mediano y largo plazo no es buena.

XIII. INDICADORES

Indicador de éxito: # coronas fallidas a los dos años / # coronas cementadas

XIV. BIBLIOGRAFÍA

1. **Rosenstiel S.** Contemporary Fixed Prosthodontics. Mosby Company. 1988
2. **Castellani D.** La preparación de pilares para coronas metal-cerámicas. Publicaciones Médicas ESPAXS S.A. 1996
3. **Alvarez Cantoni H.** Fundamentos, técnicas y clínica en rehabilitación bucal. Editorial HACHEACE. 1999
4. **Gross M.** La oclusión en odontología restauradora. Editorial Labor. 1987

5. **Mallat E.** La prótesis parcial removible en la práctica diaria. Editorial labor. 1986
6. **Owall B.** Prosthodontics, Principles and Management strategies. Mosby-Wolfe. 1996
9. **Myers G.** Prótesis de coronas y puentes. Editorial Labor, S.A. Cuarta edición. 1976.
10. **Alonso, Albertini y Bechelli.** Oclusión y diagnóstico en rehabilitación Oral. Editorial Médica Panamericana. 1999