

# Estructura protésica retenida mediante dobles coronas cónicas galvanizadas con recubrimiento estético DRM “policerámica”. DIAMOND CROWN®. TONAL



**Clinica:**

**Dr. José M<sup>a</sup>. Arano Sesma**

**Dr. Esteban Padullés i Roig**

Instituto de Odontología Integral

Barcelona.

info@ioib.es

**Laboratorio:**

**Oriol Nolla, Raquel y Emilio Galera**

Estudi dental

**Correspondencia**

Instituto de odontología Integral

Barcelona

Dr. José M<sup>a</sup> Arano Sesma

info@clinica-arano.com

www.clinica-arano.com

## Resumen

Rehabilitación inferior. Prótesis fija facultativamente removible, retenida de forma mixta a dientes e implantes mediante coronas cónicas galvanizadas.

Pilares naturales de #33 a #43 con Dobles coronas cónicas galvanizadas.

Implantes en #34, #35, #36, #44, #45 con pilares cónicos primarios sobrecolados en metal noble y cofias secundarias galvanizadas.

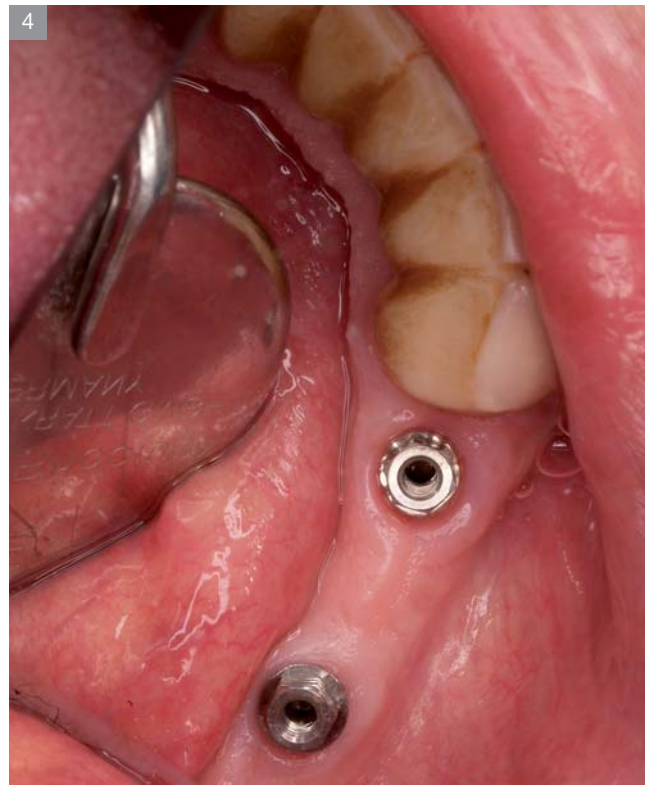
Prótesis en Tilite (Cr-Ti) y recubrimiento estético en DRM.



Fig. 1 Provisional acrílico de larga duración. Remodelación tejidos blandos. Retenido mediante adhesivo Corega Plus®.



Fig. 2 Aspecto tejidos blandos al retirar el provisional.



Figs. 3 y 4 Aspecto tisular periimplantario tras 8 semanas de la colocación en una sola fase de implantes de conexión hexagonal externa. Estos implantes disponen de un cuello de 1.5mm de superficie preparada para mejorar la adhesión de los fibroblastos, con lo cual se colocan respetando la Técnica Semisumergida (TSS), que consiste en dejarlos con dicho cuello supracrestal como receptor de los tejidos de sellado periimplantarios (TSP).



Fig. 5 Después de unos días con el provisional para conformar unos tejidos blandos adecuados, se colocan los pilares de transferencia, en este caso pilares para técnica directa o de reposicionamiento (cubeta cerrada), y se toman impresiones del conjunto con poliéter. Técnica bifásica en un solo paso.



Fig. 6 Según la terminología usada en este protocolo, se observa el 4º cuadrante con los pilares primarios sobrecolados en metal noble y en los dientes las cofias primarias galvanizadas, lo que nos proporciona solo 0,2 mm de espesor.



Fig. 7 El 3er cuadrante con pilares primarios, igual que en figura 5.



Fig. 8 Sobre las cofias primarias de los muñones naturales se confeccionan otras cofias galvanizadas que las llamamos cofias secundarias. Con un grosor idéntico a las primarias de 0,2 mm, su confección galvanizada nos permite obtener superficies de contacto de 3-5 micrómetros. La fina estructura de oro galvanizado así como la amplitud de la superficie de contacto, producen un incremento muy notable en la precisión de ajuste entre sus superficies.

El ajuste marginal resulta inmejorable 5 – 20 micrómetros. Todo lo anterior nos permite que para la adhesión entren en juego las leyes de mecánica de fluidos que le confieren al conjunto una retención por succión.



Fig. 9 Aspecto oclusal de conjunto, con todas las cofias secundarias posicionadas en su sitio. Sobre los pilares y las cofias primarias.



Fig. 10 Se le pide al laboratorio que cuando entregue la estructura metálica o terciaria en este caso, venga ya con los caninos preformados, lo que el Dr. Aníbal Alonso llama "Topes caninos". Ese detalle nos permitirá valorar en la visita clínica no solo el ajuste de la terciaria si no también si la DV será la correcta según los registros iniciales.



Fig. 11 Cofias primarias y pilares primarios en boca aún sin cementar.



Fig. 12 Vista oclusal de las cofias y pilares primarios.

13



Fig. 13 Se superponen las cofias secundarias sobre las primarias. Las 5, 6 y 7 están sin ajustar para facilitar su visualización en la foto.

14



Fig. 14 Prueba en boca de la supraestructura o terciaria con los "topes caninos" según los registros iniciales.

**DRM** Diamond Crown

# Policerámica

La Cerámica microelástica que se aplica como un composite

- ◆ Para clínica y laboratorio
- ◆ Citotoxicidad 0 %
- ◆ Reparación de cerámica
- ◆ Perfecta mimetización

**TONAL**  
Especialidades Médicas

www.tonal.es · info@tonal.es · Tel 93 780 47 99

Figs. 15-17 Los topes caninos nos permiten comprobar si la DV es la adecuada para la estética facial del paciente. Asimismo, podremos comprobar si usándolos en las desoclusiones caninas la separación de los sectores posteriores es homogéneo para el correcto volumen oclusal del recubrimiento estético.



Fig. 18 En algunas ocasiones debe cambiarse la altura de los caninos, de los dos o de alguno de ellos si se comprueba que el contacto de los topes no es bilateral y simultáneo, lo que se comprueba con el papel de articular. En estos casos se vuelven a tomar ceras de registro intermaxilar para que el laboratorio sea consciente de ello y pueda remontar el caso en el articulador semiajustable.



Fig. 19 Recubrimiento estético con la nueva Policerámica DRM distribuida en España por la empresa Tonal Especialidades Médicas ([www.tonal.es](http://www.tonal.es)).

La estética si se sabe trabajar bien por el laboratorio, no tiene nada que envidiar a la cerámica y, sin embargo, la policerámica fragua con luz con todas las ventajas inherentes que ello comporta. Debemos resaltar como importante que el DRM tiene la misma dureza que el esmalte, con lo cual su poder de abrasión del diente antagonista no es como el que provoca la cerámica con los años.

Este nuevo material tiene la apariencia y estética de la cerámica pero con la capacidad de ser trabajado como un composite, tanto en laboratorio como en clínica.





Fig. 20 Imagen tisular a falta de cementarle las cofias secundarias.



Fig. 21 Se colocan los pilares primarios con el torque definitivo que indique la sistemática y se preparan los pilares naturales para recibir el cementado de las cofias primarias.



Figs. 22 y 23. En nuestro protocolo le indicamos al laboratorio que confeccione una férula oclusal de cementación que ajuste con el antagonista, así será el propio paciente el que cerrando la boca con firmeza ajustará las cofias primarias.



Fig. 24 Una vez cementadas las cofias primarias, colocamos encima las secundarias. Este paso nos sirve para comprobar el buen funcionamiento de la prótesis y la buena adaptación del paciente antes del cementado definitivo de las secundarias en la terciaria.



Fig. 25 Vista oclusal de todas las cofias secundarias.



Fig. 26 Se realizan los ajustes oclusales pertinentes.



Figs. 27-29 Y se comprueban las correctas desoclusiones finales.



Fig. 30 Imagen de la armonía protésica en oclusión céntrica, si todo ha seguido los parámetros iniciales”.

Fig. 31 Aspecto de los márgenes gingivales. Se aprecia la buena salud tisular y el ajuste en los cuellos. Esta imagen corresponde a una semana después de haber cementado las primarias y haber dejado la prótesis con las secundarias en su sitio, pero sin cementar, para que por la propia función la estructura se termine de ajustar. En la imagen, primarias en los caninos y secundarias en los incisivos, solo para mostrar la diferencia entre la cara externa de las primarias, que es pulida y la de las secundarias que viene chorreada para aumentar la adhesión con la terciaria.





Fig. 32 Antes de cementar las secundarias a la supraestructura o terciaria, se coloca vaselina en los cuellos de las primarias para impedir que el cemento se adhiera sobre las mismas. En la imagen la cantidad de vaselina es excesiva. Hoy en día colocamos con pincel vaselina líquida que resulta más sencillo de controlar.



Fig. 33 Se coloca cemento en el interior de la terciaria, se repasa el interior con pincel para que el cemento se distribuya por las paredes laterales de la corona y se coloca en boca para que fragüe a presión con boca cerrada.



Fig. 34 Se aconseja retirar parte del cemento sobrante mientras está fraguando en boca.



Fig. 35 La supraestructura o terciaria con las cofias secundarias ya cementadas en su interior, después de haber acabado de retirar los excesos de cemento.



Fig. 36 Imagen donde se comprueba a las dos semanas el crecimiento interpupilar como consecuencia de la integración biológica de los materiales.



Fig. 37 Imagen de los márgenes tisulares antes del cementado.



Fig. 38 Y después de solamente las dos semanas de llevarlo en boca.

## Comentarios

Se debe resaltar la importancia del tallado no sólo por vestibular, si no también por interproximal, para facilitar la labor del técnico de laboratorio, creando la sensación de diente individualizado.

Dentro de la prótesis implantológica, esta técnica supera a todos los actuales sistemas respecto a precisión y ausencia de tensiones. El cementado en boca permite unos correctos ajustes pasivos sin dificultad.

La presencia de oro en el margen gingival y la posibilidad de retirar la prótesis para higienizarla, guardando una estética de dientes fijos, convierte a la prótesis aurogalvanizada en la prótesis periodontal por excelencia.

El **facil mantenimiento** es igual de importante que la rehabilitación en si misma. Cuando se coloca la prótesis **no es un caso acabado**, si no recién comenzado.

En este tipo de trabajo sólo se puede esgrimir en su contra el hecho de que sea removible y aducir que los pacientes no lo aceptan. Pero, por nuestra experiencia, cuando se les explica sus muchas ventajas respecto a la higiene, la facilidad de arreglar algún desconchado del material o incluso el que se pierda con el tiempo algún implante o diente y se pueda reparar en la misma sesión clínica, lo aceptan valorando con el tiempo su total satisfacción.

Es importante que el paciente tenga un provisional que ajuste

sobre las **cofias primarias**, para que en ningún momento ya de su vida tenga que ir sin dientes, aunque nos tengamos que quedar la prótesis para su compostura.

## Bibliografía recomendada

- WIRZ / HOFFMANN. Electroformación en Odontología Restauradora. La Prótesis Biológica. Edit. Quintessence 2004.
- POSPIECH PETER. Tratamiento preventivo con prótesis parciales. Edit. Ars Médica. 2004.
- ARANO JM<sup>a</sup>. Galvanoformación en la prótesis odontológica. Monográficos edit. Ediciones Europeas Especializadas. 2005.
- AKIHIKO SHIBA. Prótesis Periodontal Telescópica. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana. 1998.
- ARANO JM<sup>a</sup>, BAÑARES M.V. GIL J. La técnica SAPAG de ajustes pasivos. Journal of Implant Dentistry. 1999. Mayo.
- ARANO JM<sup>a</sup>. Protocolo de la técnica de la doble corona cónica galvanizada en la prótesis sobre implantes. Sistema SAPAG de ajuste pasivo. Gaceta Dental 2002. Marzo.
- BAÑARES MV. LUCENA J. Prótesis telescópicas. Del anclaje tradicional al moderno sistema con dobles cofias galvanizadas. Gaceta Dental 2001. Junio.
- CASOS CLÍNICOS en la sección de casos clínicos de [www.clinica-arano.com](http://www.clinica-arano.com)



## Blanqueamiento dental Bases científicas y técnicas clínicas

José Amengual Lorenzo,  
Leopoldo Forner Navarro  
y Colaboradores

**Características técnicas:**

Formato: 21x27 cm

Páginas: 216

Imágenes: gran cantidad de fotografías a todo color

Encuadernación: tapa dura

PVP: 79 Euros

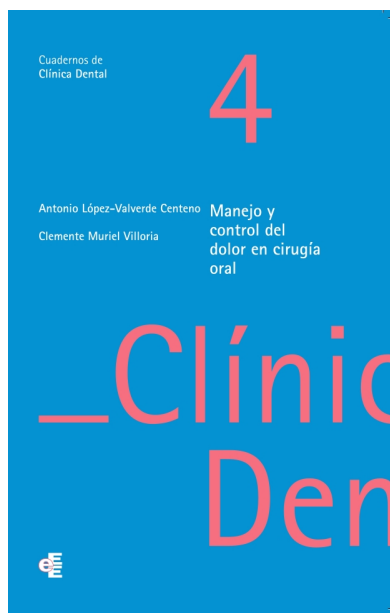
+ gastos de envío (IVA incluido)

- Índice
- Prólogo
- Preámbulo
- Introducción
- Patología de las discoloraciones dentales
- Criterios de salud y enfermedad periodontal en el blanqueamiento dental
- Criterios de estabilidad endodóntica en blanqueamiento dental
- Maniobras previas a la terapéutica blanqueadora
- La determinación del color en el blanqueamiento dental
- Blanqueamiento dental
- Agentes blanqueadores
- Productos blanqueadores
- Protección tisular frente a los efectos adversos asociados con el blanqueamiento dental
- Técnicas de blanqueamiento dental en la consulta
- Técnicas de blanqueamiento dental domiciliarias
- Técnicas de blanqueamiento no vital en la clínica odontológica
- Otras modalidades de blanqueamiento dental
- Mantenimiento del diente blanqueado
- Efectos adversos del blanqueamiento dental
- Prevención y tratamiento de los efectos adversos asociados al blanqueamiento dental
- Tratamientos conservadores en dientes blanqueados
- Blanqueamiento dental y prótesis fija
- Mercadotecnia en blanqueamiento dental
- Implementación del blanqueamiento dental en la clínica odontológica
- Anexos
- Casos clínicos
- Vademecum
- Cuestionario
- Índice analítico

 **Ediciones  
Especializadas  
Europeas**

Milà i Fontanals, 14-26, 3º, 1ª  
08012 Barcelona  
Teléfono: 934 587 207  
Fax: 932 082 001  
info@edicionesee.com  
www.edicionesee.com

# Manejo y control del dolor en cirugía oral



## ÍNDICE

Introducción

Capítulo 1. El concepto “dolor”

Capítulo 2. Reseña histórica

Capítulo 3. Consideraciones sobre el dolor postoperatorio

Capítulo 4. Mecanismos generadores del dolor postoperatorio

Capítulo 5. Factores influyentes en el dolor postoperatorio

Capítulo 6. Métodos de valoración del dolor

Capítulo 7. Cuidados postoperatorios

- Tratamiento del dolor postoperatorio
- Tratamiento de la infección

Capítulo 8. Consideraciones y conclusiones sobre el control del dolor postoperatorio en el momento actual

Apéndice. Bases genéticas del dolor

---

Formato: 160 x 235 mm  
Páginas: 86  
2 imágenes y tablas B/N

PVP: 10 euros  
+ gastos de envío

## Pedidos

### Manejo y control del dolor en cirugía oral

Ediciones Especializadas Europeas SL  
Tel.: 93 458 72 07  
E-mail: [info@edicionesee.com](mailto:info@edicionesee.com)