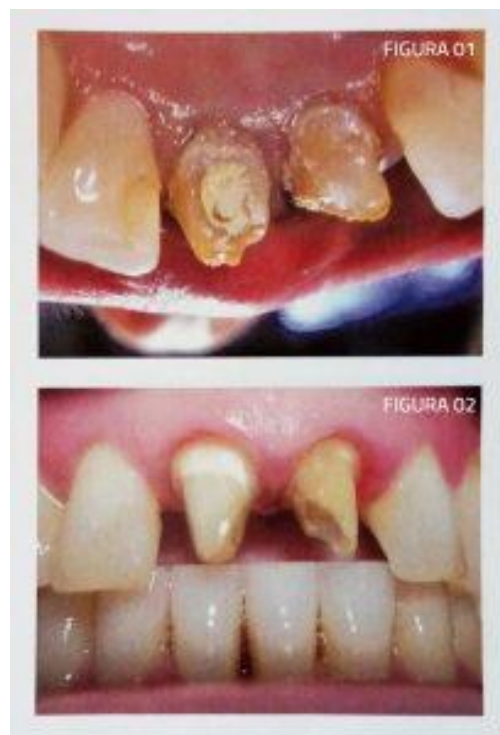


Tratamiento protésico del Sector Anterior / Incisivos centrales superiores:

El motivo de la siguiente publicación tiene como fin determinar el criterio para efectuar una reconstrucción estética en el sector anterior superior, más precisamente en lo relacionado a los incisivos centrales.

Todos bien sabemos lo difícil que resulta en la mayoría de los casos resolver este problema devolviéndole función, desoclusión anterior y estética a estas piezas dentarias y mucho más si de una sola de ellas se tratara. Los procedimientos restauradores adhesivos, además de favorecer la estética, aumentan significativamente la longevidad de las restauraciones directas en los dientes anteriores. Sin embargo, es preciso señalar que son técnicas altamente sensibles y deben ser empleadas con criterio. Las opiniones son dispares en el momento del tratamiento de reconstrucción. A mi criterio y después de algunos años de experiencia, saco como conclusión generar el menor desgaste de tejido dentario posible. Se aconseja, a veces, previa evaluación del paciente y su estado general bucal, hacer el tratamiento protésico de los dos, aunque solo uno sea el que tenga la indicación obligada. El procedimiento a seguir es el de siempre: método preventivo, enseñanza y motivación. Tratar lo relacionado a la integración encía-diente de toda la boca y que la misma sea compatible con salud. Tomar el color y los modelos para las prótesis provisionales. En este punto, debe considerarse que si quisiéramos tener un color de los dientes anteriores más claro se impone un tratamiento blanqueador. Para determinar el mismo, hay que tener en cuenta la edad del paciente y el estado de salud de los dientes vecinos. Recuerden que este se debe de hacer después del tratamiento periodontal, previo a las obturaciones y toma del color definitivo. No será tiempo perdido si para esto último se esperan 15 días, donde tendremos mayor estabilidad y mejores condiciones para la toma del color e inicio del tallado de los muñones definitivos. Sepan que hay casos en que podemos en una sección reparar los vecinos, tallar los pilares, tomar las impresiones definitivas, las ceras de relación en habitual, e instalar los provisionales. Esto predispone favorablemente al paciente que se sentirá mucho mejor por la parte estética. Este primer caso que muestro de reconstrucción protésica se puede hacer con carillas o coronas. Esto va a depender de lo que se considere como lo mejor para el mismo. Recuerden que si tenemos un buen diagnóstico tendremos la opción de orientar al paciente a la mejor de las prótesis que él pueda acceder. La idea debe ser siempre apuntar a la excelencia y desde aquí descender con el tratamiento protésico propuesto. El caso que voy a mostrar no es de los más favorables, pero sí de los más comunes en la consulta diaria. En el mismo verán que se buscan los parámetros antes descritos, fig. 01.



En el caso de reconstruir con coronas vamos a elegir las de cerámica pura como la mejor opción. Puedo describir un tipo de desgaste, pero este va a ser muy personal en el uso de fresas y elementos de acabado previo a la instalación de los provisionales. En sí, lo que debe quedar es lo que se ve en la fig. 02. Solamente agregare en este punto algo muy relevante: espacios suficientes como para que los materiales tengan capacidad de resistir y reconstruir lo que nos está faltando, fundamentalmente espesores en lo que hace a la relación intermaxilar, llamase contacto con el antagonista (fig.03). En estas mismas fotos podrán ver las condiciones de las encías, los márgenes terminales de la preparación el estado de los vecinos y el espacio logrado para los materiales de reconstrucción.

Deben de tenerse en cuenta que los muñones obtenidos pueden ser de dientes vitales o tratados endodónticamente. Sepan que la forma de restaurar el muñón es muy importante y muy variada. Dependerá del caso y la necesidad. Esto se puede observar en las figuras 02 y 03.

La impresión que utilizo es la convencional con silicona por adhesión, la más sencilla y de muy buena definición. En la misma deben de controlarse muy bien los márgenes terminales de la preparación pues es lo más importante para obtener el mejor de los modelos.

En la prueba de los casquetes de cerámica pura, en este caso de circonio, tenemos que tener un muy buen ajuste y sin ninguna fricción (Fig.04 y 05). En estas condiciones mandamos a cocinar la cerámica con la cual obtendremos las coronas definitivas. Lo importante en este paso, que será el previo a la instalación definitiva, es el control del color, de los puntos de contacto con los vecinos y su relación estética, al igual que la relación y contacto con los antagonistas. Ver la extensión que se le da al punto de contacto entre las dos coronas pues, de su inicio en la posición superior y de la distancia que existe entre éste y la cresta ósea, va a depender la manutención o formación de la papila interincisal. Recuerden que esta distancia debe de ser lo más parecida a 6 mm. Observen la corrección que se efectúa para mejorar el punto de contacto (Fig. 06).

El cementado de las coronas se hace con resina para este uso. En lo posible hacer aislamiento con goma dique. Existen otras variantes como los ionómeros o los cementos convencionales; mi elección es por las resinas duales. Verificar muy bien la eliminación de todos los excedentes y la lisura en todo el perímetro de terminación. Debe de tenerse muy presente la oclusión y por ende la desoclusión. Es muy importante que los movimientos de protrusiva y lateralidades como así también todo lo referente a las latero protrusivas sean chequeados con papel de articular bien fino y no permitir que las coronas toquen solas. El contacto debe de ser en lo posible en grupo. (Fig. 07).

La conformidad y el colmar las expectativas del paciente frente a este problema tan serio en nuestra consulta, es el objetivo. Por otro lado, nosotros debemos transmitir la mayor seguridad y saber que el tratamiento propuesto será el de mayor y mejor pronóstico. (Caso terminado, Fig. 08 y 09). En un segundo caso (fig. 10) podrán observar que se trata de piezas anteriores con tratamiento de caries más esmalte desmineralizado, con pigmentaciones y diastemas. Paciente de 26 años y cuya vida social, por ser modelo, es muy activa. En estos casos la reconstrucción se consensúa con el paciente llegando a la alternativa de que con carillas de cerámica podríamos resolver el estado de salud de las piezas dentarias y darle el entorno estético que ella pretendía.



Debe considerarse este tipo de reconstrucción como un tratamiento que requiere mucho cuidado por parte del paciente en lo relacionado a la estética, el control periódico, fisioterapia, y el uso de la placa miorelajante.

El decapado que se efectúa es de aproximadamente unos 0,50 mm con una terminación en el surco gingival en chanffer (fig. 11). El borde incisal no se desgasta manteniendo la altura de la corona que tenía la paciente; lo cual al haber hecho los ajustes oclusales antes de comenzar con el tratamiento, en céntrica y en excursiones desoclusivas, nos permite tener un menor riesgo de desprendimiento o fractura de las carillas. Se dejan bien abiertos los espacios proximales. Deben de tener en cuenta que ya existían espacios por los diastemas. Se respeta la altura de los puntos de contacto en las carillas a los efectos de tener buenas papilas interproximales. Es importante que las carillas provisionarias, una vez instaladas, estén el menor tiempo posible en boca; para lo cual se necesita una muy buena coordinación con el laboratorio para poder acortar los tiempos. Los provisionarios se realizan en una pieza y se trata de dar retención efectuando extensiones por proximal y hacia palatino. Debe de usarse cemento provisional, que nos permitan a posteriori usar cemento de resinas para el cementado de las carillas definitivas.

La impresión, como de costumbre, se realiza en silicona por adición, modelo completo, antagonista y ceras de relación en habitual.

Las carillas nos llegarán para su instalación ya listas, solo debemos secarlas muy bien con aire y prepararlas con bond para el cementado. La preparación de la boca se hace previamente a comenzar a instalarlas. No dejen de presentarlas una por una antes de cargar la resina de cementado y polimerizar. La instalación se hace con aislación absoluta haciendo previamente retracción de la encía con hilo fino. La aislación absoluta nos va a permitir el mejor de los acabados en la zona gingival, que se debe de hacer con elementos cortantes y de rotación para el pulido final (fig. 12 y 13). Es adecuado efectuar en esta sección la impresión para confeccionar la placa miorelajante de uso nocturno. Proteger de cualquier movimiento en desoclusión el sector anterior durante el sueño es importante y se debe de exigir para una mayor perdurabilidad de las carillas (fig. 14).



En el tercer caso sólo mencionaremos que reconstruir años atrás, 1994, no implicaba un problema. Se trataban las piezas con cerámica pura (VITA «in-ceram») cuyos tallados mantenían los mismos principios que los actuales (fig. 15 y 16). Cuya adaptación no es para nada parecida a la que se logra hoy día con las cerámicas de alúmina o de zirconio (Procera). Estas cerámicas se cementaron con ionómero de vidrio para este fin (fig. 17), y han sufrido distintas patologías como un proceso absceso en el 21, año 2001, que me obligó a hacer una cirugía con obturación retrógrada (fig. 18 y 19).

En la actualidad me encuentro con una paciente que desde hace 3 años que no se hace ningún tipo de control ni servís y está en condiciones aceptables (fig. 20). Es necesario en esta consulta, aparte de hacer el servis de mantenimiento, repasar la técnica de cepillado y cambiar las obturaciones de los vecinos, el 12 y 22. Algo para destacar, la paciente nunca ha dejado de usar la placa mio-relajante.



Como conclusión debo recalcar que todo tratamiento protésico sea sobre dientes naturales o sobre implantes tiene que terminarse con una placa de múltiples contactos céntrica y con desoclusiones a los efectos de proteger dientes y/o implantes, fundamentalmente de lo reconstruido como en estos casos cerámicas (Fig. 21 y 22).

Recuerden que la odontología comienza con la aplicación de todas las especialidades para intentar rehabilitar una boca y termina con el ajuste de la oclusión y el recordatorio de los servís de mantenimiento con periodos recomendados según el paciente y la patología que hemos tratado.