

La obturación cervical subgingival

Wolfram Bücking, Dr. med. dent.

Problema: realización de obturaciones cervicales subgingivales

La realización de obturaciones cervicales es muy compleja cuando la caries se encuentra en la zona subgingival (figs. 1 y 2). En tales casos es difícil eliminar la caries sin lesionar el margen gingival y, por consiguiente, provocar una hemorragia no deseada. Si esto se produce, por lo general es prácticamente imposible parar por completo dicha hemorragia, que tiñe la nueva obturación principalmente por hemorragia capilar.

Además, el aislamiento absoluto con un dique de goma y una grapa cervical sólo es posible después de una gingivectomía con electrocirugía, láser o bisturí. Este método perjudica seriamente la armonía del contorno gingival, especialmente en el sector anterosuperior visible, ya que comporta una elevación asimétrica y poco estética del nivel gingival, anteriormente simétrico. Esta recesión iatrogénica no suele ser aceptada por los pacientes, sobre todo si tienen una sonrisa gingival (fig. 3).

Así pues, ¿cómo puede abordarse el aislamiento absoluto y la realización de una obturación estética en la zona cervical cuando existen defectos subgingivales?

(Quintessenz. 2006;57(11):1167-72)



Figura 1. Defecto cervical.



Figura 2. Obturación cervical subgingival.



Figura 3. Nivel gingival.

La solución probada: obturación cervical subgingival con Contour Strip

Tomando como ejemplo un caso clínico, a continuación mostraremos paso a paso la técnica de aplicación de matrices que, por cierto, ha caído en el olvido.

Correspondencia: Wolfram Bücking.
Buchweg 14. 88239 Wangen/Allgäu. Alemania.

Odontología conservadora

• A un paciente se le diagnostica una caries cervical en el diente 13. Puesto que la obturación necesaria se extienda más allá del margen gingival (entre 0,5 y 1 mm), se dio cita al paciente para medir la distancia entre el hueso alveolar y el margen gingival –la anchura biológica– con una sonda de medición y anestesia local (véase sección sobre la reconstrucción de las papillas en *Quintessenz*. 5/2004). En la siguiente sesión debe eliminarse la caries

bajo anestesia local, para lo que normalmente se utiliza una broca redonda. Sin embargo, este instrumento tiene el inconveniente de dejar una cavidad de grandes dimensiones, dado que la rotación genera un movimiento incontrolado y puede provocar una lesión en la encía. Como consecuencia, se provoca una hemorragia no deseada. Por este motivo, la remoción de caries se realiza con una fresa cónica diamantada (fig. 4) y, en caso necesario,



Figura 4. Remoción de caries con una fresa diamantada de grano fino.



Figura 6. Tallado en bisel del margen a nivel del esmalte.

Figura 7. Grabado de la zona del esmalte.

Figura 8. Acondicionamiento de la dentina.

Figura 9. Acondicionador autograbante AdheSE.

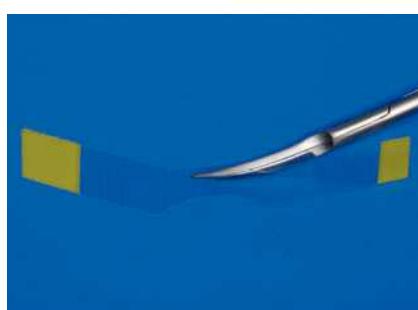


Figura 10. Contour Strips en su envase.

Figura 11. El Contour Strip se corta con las tijeras.

Figura 12. Contour Strip con la forma adecuada.

Figura 13. Colocación de Contour Strip en la zona interproximal.



Figura 14. Bolita de algodón impregnada de adhesivo.



Figura 15. La bolita de algodón impregnada se fotopolimeriza.



Figura 16. «Cuña interdental» fabricada en la consulta.



Figura 17. Frasco de adhesivo con una fina cánula de aplicación.



Figura 18. Adhesión de Contour Strip a la encía secada con aire.



Figura 19. Colocación de la «cuña interdental» distal.

retrayendo cuidadosamente el margen gingival con una espátula para evitar lesiones. Por último, la caries se elimina completamente con un excavador recubierto de metal duro (fig. 5). La prueba de la sonda constata la consistencia dura de la dentina a pesar de mostrar una ligera tinción en el suelo cavitario (fig. 6).

- En el margen superior de la cavidad, en el esmalte, se realiza un tallado en bisel con una fresa diamantada de grano fino.

- Después de limpiar la cavidad, dicha superficie del esmalte tallada en bisel se grava durante 30 s con ácido

fosfórico al 37% (fig. 7). En la zona gingival no se recomienda realizar un grabado, puesto que este método suele provocar una hemorragia no deseada que dificulta o hace casi imposible la correcta realización de una obturación.

- El margen de la cavidad situado en la zona que limita con el cuello y la dentina del interior de la cavidad no se tratan con grabado ácido, sino con un acondicionador autograbante (40 s) y con una lámpara de polymerización (figs. 8 y 9).

- Para la obturación se necesita una matriz y la creación de una zona de trabajo totalmente seca. Esto se

puede conseguir de forma muy eficaz con Contour Strip, una matriz especial según Paul Belvedere. Para este fin, la matriz debe recortarse con unas tijeras arqueadas, ya que es demasiado alta en la zona de trabajo cervical y de otro modo dificultaría la aplicación de la obturación (figs. 10-12).

- Contour Strip se coloca en la zona interproximal y se adapta en mesial con una «cuña interdental» fabricada en la consulta, es decir, una bolita de algodón impregnada de adhesivo. Después de la fotopolimerización, queda garantizada la fijación interproximal exacta (figs. 13-15).

- A continuación se desliza la parte central de Contour Strip bajo la encía y se fija sucesivamente con adhesivo

y luz a la encía seca. La capacidad de adhesión a la encía seca equivale aproximadamente a la de la cinta adhesiva (figs. 16-18).

- La adaptación y la fijación en la zona distal se realiza de nuevo con una bolita de algodón impregnada de adhesivo, que se fotopolimeriza y hace las veces de cuña interdental (fig. 19).

- Después del aislamiento y de la aplicación de la matriz se puede iniciar la obturación cervical por capas (fig. 20).

- El adhesivo se aplica con el pincel y se fotopolimeriza (figs. 21 y 22).

- Con la jeringa aplicadora se inyecta composite A4 opaco y se comprime y adapta cuidadosamente con la



Figura 20. Contour Strip colocado y fijado.



Figura 21. Aplicación del adhesivo con pincel y secado del mismo.



Figura 22. Fotopolimerización.



Figura 23. Inyección de composite.



Figura 24. Modelado con la espátula de goma.



Figura 25. Compresión con el pincel.



Figuras 26a y 26b. Lámpara Bluephase y fotopolimerización.



Figura 27. Extracción de las «cuñas interdentales».



Figura 28. Extracción del Contour Strip.



Figura 29. Contour Strip una vez retirado.



Figura 30. Obturación con material sobrante.



Figura 31. Contorneado con la fresa diamantada en forma de llama.



Figura 32. Pulido inicial.



Figura 33. Pulido fino.



Figura 34. Pulido final con Occlus-brush.

Figura 35. Obturación cervical subgingival finalizada.



Figura 36. Prueba de la sonda a los dos días.



Figura 37. El paciente, satisfecho con el resultado (incluso tras una hora de trabajo y una sesión de fotos).

espátula de goma. Es necesario garantizar la ausencia de burbujas de aire en los extremos. Para ello, el composite se comprime adicionalmente con un pincel de acuarela plano en los extremos y, a continuación, se fotopolimeriza (figs. 23-26).

• Tras finalizar la obturación, las «cuñas interdentales» y el Contour Strip se retiran con un instrumento faliforme (figs. 27-29). Tras la extracción, se observa una obturación correcta de la cavidad. Con este procedimiento se ha formado un saliente rectangular de composite en la zona del margen superior que es eliminado, junto con el exceso de material, con una fresa diamantada de grano fino en forma de llama (figs. 30 y 31).

- A continuación, se procede al acabado y pulido minuciosos (figs. 32-34).

- Por último se realiza la fluorización del diente 13 en la zona de la obturación, dado que se ha aplicado grabado ácido.

- En el control final del caso presentado se observa una obturación subgingival casi perfecta (figs. 35-37).

Agradecimientos

Una vez más, doy las gracias a Paul Belvedere, de Minneapolis, a quien tanto le debemos por sus buenos consejos y motivación. Tras su 70 cumpleaños, le deseamos muchos más años de felicidad y que disfrute de una merecida jubilación.

Lista de materiales

1. Composit Tetric (Ivoclar Vivadent, Ellwangen; www.ivoclarvivadent.com).
2. Contour Strips (Ivoclar Vivadent).
3. Acondicionador autograbiante AdheSE (Ivoclar Vivadent).
4. Adhesivo o «bonding» Heliobond (Ivoclar Vivadent).
5. Espátula de goma Micerium (Micerium, Avegno, Italia; distribuidor en Alemania: Gerd Loser, Leverkusen).
6. Pincel plano de 4 mm de ancho (papeleras).
7. Fresa diamantada (Brasseler, Lemgo; www.brasseler.de).
8. Gomas de pulido Pink (Acurata, Thurmansbang; www.acurata-dental.de).
9. Occlubrush (KerrHawe, Bioggio, Suiza; www.kerrhawe.com).
10. Elmex Fluid para fluorización (GABA, Lörrach; www.gabudent.de).

Llamamiento

El autor confía en suscitar un animado debate, así como en recibir noticias sobre fracasos, propuestas de mejora y nuevos consejos y trucos procedentes de la práctica para la consulta. El contacto puede establecerse por fax (0049 75 22/91 22 78) o por correo electrónico (w.buecking@t-online.de).