

Restauración de la función y la estética con provisional de larga duración mediante cementado adhesivo de un diente exodonciado

Birka Dimaczek, Dr. med. dent. y Matthias Kern, Prof. Dr. med. dent.

El cementado adhesivo de un diente exodonciado a los dientes adyacentes constituye una posibilidad conservadora y poco agresiva de dotar al paciente de una prótesis provisional. En el presente trabajo se describe el procedimiento clínico llevado a cabo con ayuda de una llave incisal, que facilita la colocación exacta del diente exodonciado. Este método ofrece al paciente la posibilidad de recibir una prótesis provisional de larga duración funcional y estética.

(*Quintessence*. 2007;58(8):829-33)

Introducción

Cuando se produce la pérdida de un diente anterior, la brecha edéntula se suele cubrir con prótesis provisionales convencionales retenidas con ganchos metálicos. Este tipo de restauraciones presenta inconvenientes desde el punto de vista estético y funcional y no ofrecen una protección suficiente del alvéolo de extracción, de modo que por lo general se producen importantes pérdidas de tejido no deseadas en la zona del diente ausente.

El cementado de dientes de resina o del diente exodonciado acortado en la zona cervical constituye una alternativa económica al tratamiento inmediato del espacio edéntulo, descrito por primera vez hace más de treinta años^{2,6-8}. Al mismo tiempo, un pónico colocado

inmediatamente después de la exodoncia utilizando la técnica del «pónico inmediato» protege el alvéolo de extracción, y su base puede ser modificado y dotado de una forma ovoide⁴. A pesar de las ventajas mencionadas, este método parece no haber experimentado todavía una gran difusión en la práctica diaria.

Por medio del presente caso se demostrará que el tratamiento provisional inmediato de larga duración de una brecha edéntula anterior cementando el diente exodonciado puede ofrecer una gran comodidad funcional y una estética elevada. Así mismo, se describe cómo se puede facilitar la colocación exacta del diente exodonciado por medio de una llave de posicionamiento incisal.

Caso clínico

Situación inicial

Una paciente de 76 años de edad recibió en el año 2004 una prótesis con ataches en el maxilar y puentes en extensión de cerámica de óxido de zirconio en el sector posteroinferior. Una vez colocadas las rehabilitaciones protésicas se produjo una reabsorción radicular del diente 41 (fig. 1). Tras levantar un colgajo gingival lingual se pudo comprobar que el hueso había crecido hacia el interior de la zona reabsorbida, lo que confirmó la imposibilidad de conservar el diente 41 (fig. 2).

Se propuso a la paciente realizar un tratamiento provisional que consistiría en el cementado adhesivo del diente exodonciado a los dientes adyacentes, mediante la técnica de grabado ácido del esmalte, y tras haberlo convertido en un pónico. Se explicó a la paciente que se trataba únicamente de un tratamiento provisional de larga duración y que, en caso de fracaso, sería necesario planificar un tratamiento protésico definitivo².

Correspondencia: Clínica de Prostodoncia, Propedéutica y Ciencia de materiales

(Director: Prof. Dr. M. Kern).

Clínica Universitaria Schleswig-Holstein, Campus Kiel.

Arnold-Heller-Straße 16, 24105 Kiel, Alemania.

Correo electrónico: bdimaczek@proth.uni-kiel.de; página web: www.uni-kiel.de/proth



Figura 1. Radiografía en la que se aprecia la reabsorción radicular del diente 41.



Figura 2. Comprobación clínica de la reabsorción radicular del diente 41 tras levantar el colgajo.



Figura 3. Llave incisal confeccionada con resina para cubetas fotopolimerizable.



Figura 4. Alvéolo de extracción tras exodoncia atraumática del diente 41.



Figura 5. Diente 41 exodonciado. En la zona apical de la reabsorción se aprecia el crecimiento de hueso.



Figura 6. Alvéolo de extracción tras la fijación del colgajo lingual con sutura discontinua.

Procedimiento clínico

Sobre el modelo que todavía se conservaba del tratamiento protésico se confeccionó una llave con resina para cubetas fotopolimerizable, dado que este material abarcaba de forma estable la zona incisal de los dientes. Tras la prueba intraoral de la llave (fig. 3) se procedió a la extracción atraumática del diente 41 y a la fijación del colgajo lingual movilizado previamente por medio de sutura discontinua (figs. 4 a 6).

A continuación se eliminó el tejido pulpar desde apical con una sonda barbada a fin de evitar una posterior decoloración causada por necrosis de tejido orgánico. La porción radicular fue acortada y el tercio apical del diente modificado mediante adhesivo dentinario (Optibond

FL, Kerr, Orange, EE. UU.) y composite (Tetric Ceram, Ivoclar Vivadent, Liechtenstein) para darle forma de pónico ovoide (fig. 7).

Previamente se había determinado con una sonda periodontal la longitud necesaria del diente para que el extremo ovoide del pónico se pudiera introducir de 2 a 3 milímetros en la entrada alveolar. A continuación, el diente modificado fue probado una vez más con la llave incisal antes del cementado (figs. 8 y 9).

Tras la prueba intraoral se procedió a acondicionar los dientes adyacentes y el diente exodonciado para el posterior cementado. Se prescindió de la colocación, por otro lado recomendable, de un dique de goma, dado que la paciente no lo deseaba y que en la zona coronaria de los dientes anteriores era posible realizar un aislamiento

Figura 7. La zona de asiento del diente 41 se modifica con técnicas adhesivas y composite para dotarla de una forma ovoide.



Figura 8. Diente 41 en la llave incisal.



Figura 9. Nueva prueba en boca de la llave con el diente exodonciado 41.



Figura 10. Patrón de grabado tras el acondicionamiento con ácido ortofosfórico al 37%.

relativamente controlado. La superficie adamantina proximal de los dientes afectados fue grabada con ácido ortofosfórico al 37% durante 30 segundos, lavada con agua durante 30 segundos y, por último, secada con jeringa de aire (fig. 10). Se aplicó el adhesivo Optibond FL, que se secó con cuidado con el aire de la jeringa y se fotopolimerizó durante 30 segundos (figs. 11 y 12). Para el cementado adhesivo se utilizó Tetric Flow (Ivoclar Vivadent) como composite fluido; cada capa aplicada se fotopolimerizó durante 40 segundos (figs. 13 a 15). Las figuras 16 y 17 muestran las vistas vestibular y lingual del provisional permanente 41 cementado inmediatamente después de la operación.

A los 10 días se retiró la sutura (fig. 18). Una vez finalizada la cicatrización, se motivó e instruyó a la paciente en el uso de seda dental (por ejemplo, Elmex Multi-Floss, CABA, Lörrach) para la limpieza de la parte inferior del pónico. En la cita de control que tuvo lu-

gar a los dos meses se pudo constatar un resultado estable y satisfactorio, a pesar de una pérdida mínima de tejido blando vestibular (fig. 19).

Después de un período de seguimiento de dos años de duración, durante el que la paciente ha acudido con regularidad a las citas semestrales de revisión, el resultado sigue siendo satisfactorio desde el punto de vista estético (figs. 20 y 21). La paciente está muy satisfecha y todavía no ha tomado una decisión respecto a un tratamiento definitivo con un puente adhesivo reforzado con una subestructura o con un implante unitario.

Discusión y conclusión

Los estudios han demostrado que la cementación adhesiva a los dientes adyacentes de un diente exodonciado puede registrar un éxito clínico de varios años⁶⁻⁸. Por esa razón, parece justificada la aplicación de este método



Figuras 11 y 12. Aplicación del adhesivo y fotopolimerización durante 30 segundos.



Figuras 13 a 15. Aplicación del composite líquido y fotopolimerización durante 40 segundos.



Figuras 16 y 17. Diente 41 cementado inmediatamente después de la operación.

dentro de un tratamiento con un provisional de larga duración. La utilización de una llave incisal para la colocación exacta del diente exodonciado facilita la maniobrabilidad clínica. Si no se dispone de un modelo de situación, la llave incisal también se puede confeccionar intraoralmente justo antes de la extracción con ayuda de resinas para coronas y puentes provisionales (como Luxatemp Automix, DMG, Hamburgo).

Este método resulta económico y completamente reversible dada su mínima invasividad, de modo que sigue existiendo la posibilidad de realizar posteriormente cualquiera de los métodos terapéuticos convencionales. Con todo, esta técnica presenta el inconveniente de que, en caso de fractura del material de composite utilizado en la colocación, el diente cementado puede desprenderse sin previo aviso y provocar una situación social desagradable para el



Figura 18. A los 10 días se retira la sutura.



Figura 19. Resultado del tratamiento a los dos meses de la finalización del mismo.



Figura 20. Resultado del tratamiento a los 24 meses de la finalización del mismo.



Figura 21. Control radiográfico a los 24 meses.



Figura 22. Instrucciones sobre la higiene oral.

paciente. Para reducir el riesgo de fractura y, sobre todo, evitar un fracaso repentino del tratamiento, en el caso que nos ocupa habría sido posible reforzar el cementado utilizando materiales con fibra de polietileno o fibra de vidrio^{1,3,5}. En este caso el incremento del coste fue un factor determinante para la renuncia a dicho material de refuerzo.

Para garantizar un período funcional lo más prolongado posible, se instruyó exhaustivamente a la paciente en las medidas especiales de higiene que debía tomar. Dichas medidas comprenden la limpieza diaria de la base ovoide del pónico con una seda dental especial (como Elmex Multi-Floss) y la aplicación de cepillos interdentales en los espacios interproximales (fig. 22).

Conclusiones para la consulta

Un diente exodonciado cementado directamente puede suponer un tratamiento provisional de larga duración eco-

nómico. La aplicación de una llave de resina incisal facilita el procedimiento clínico.

Bibliografía

1. Ahlstrand WM, Finger WJ. Direct and indirect fiber-reinforced fixed partial dentures: Case reports. *Quintessence Int* 2002;33:359-365.
2. Barkmeier WW, Abrams H, Brookreson JW. Technique for an immediate temporary fixed tooth replacement. *J Prosthet Dent* 1979;41:155-158.
3. Belli S, Ozer F. A simple method for single anterior tooth replacement. *J Adhes Dent* 2000;2:67-70.
4. Bodirsky H. Die Immediate-Pontic-Technik. Eine Methode zur Erhaltung der Ästhetik nach Extraktion von Frontzähnen und Prämolaren. *Quintessenz* 1992;43:251-265.
5. Eskitascioglu G, Eskitascioglu A, Belli S. Use of polyethylene ribbon to create a provisional fixed partial denture after immediate implant placement: a clinical report. *J Prosthet Dent* 2004;91:11-14.
6. Ibsen RL. One-appointment technique using an adhesive composite. *Dent Surv* 1973;49:30-32.
7. Jenkins CB. Etch-retained anterior pontics. A 4-year study. *Br Dent J* 1978;144:206-208.
8. Scheer B, Silverstone LM. Replacement of missing anterior teeth by etch retained bridges. *J Int Assoc Dent Child* 1975;6:17-19.