

Confección inmediata de un puente provisional

Wolfram Bücking, Dr. med. dent.

(*Quintessenz*. 2008;59(2):153-61)

Problema: rehabilitación inmediata postextracción

Existe una serie de buenas razones para rehabilitar de forma inmediata el espacio generado por una exodoncia:

- Conservación de las estructuras óseas y gingivales, en especial de las papillas
- Conformación del lecho del futuro implante o pónico
- Cumplimiento de los requisitos estéticos del paciente mediante el cierre inmediato del espacio

Cuando existe la necesidad urgente de extraer un diente y el paciente desea recibir una solución rápida y conservar un aspecto estético aceptable, no es posible realizar una preparación pormenorizada ni confeccionar un puente provisional en el laboratorio (figs. 1 y 2). ¿Qué posibilidades tiene el terapeuta de rehabilitar de forma inmediata el espacio postextracción de su paciente?

La solución probada: confección inmediata de un puente provisional utilizando el diente extraído

Siempre es posible confeccionar de forma inmediata un puente provisional incluyendo el diente extraído cuando el tercio coronario del diente no ha sufrido daños durante la exodoncia. La alternativa podría ser fabricar un pónico directo con ayuda de composite y de una corona prefabricada (figs. 3a y 3b).

La confección inmediata y el cementado adhesivo de un puente provisional deberían responder en la medida de lo posible a un plan terapéutico. No hay que olvidar que todos los tratamientos odontológicos que realizamos

deben regirse por un «diseño mental» propio. A continuación se describe paso a paso la confección y cementación de un puente de tales características a partir de un caso clínico.

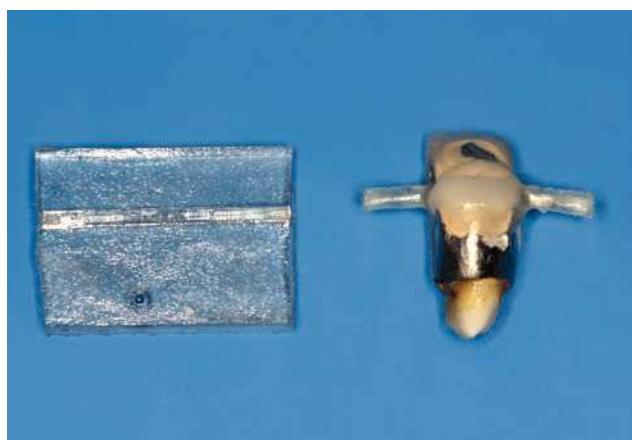


Figura 1. Antes de la extracción.



Figura 2. Espacio postextracción.

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



Figuras 3a y 3b. Póntico de diente natural (a) y de corona prefabricada (b).

Caso clínico

Es viernes por la tarde; no queda mucho para cerrar y empezar el fin de semana. En ese momento se presenta una paciente en la consulta que refiere dolor agudo a la masticación en el diente 42. La encía supura y el diente presenta una movilidad y protrusión leves. En la radiografía realizada de inmediato se observa una reabsorción avanzada de las estructuras periodontales en sentido vertical y horizontal; el diente no se puede conservar. Cuando se explica a la paciente la necesidad de extraer el diente, dice enseguida: «Pero, entonces, ¿qué pasa con la mella que me va a quedar? Este fin de semana tengo una celebración familiar y no puedo aparecer con una mella en la boca» (figs. 4 a 6).

Por lo general la solución óptima suele ser una restauración provisional planificada y posiblemente confeccionada en el laboratorio, pero eso no es posible en determinadas circunstancias. A la paciente se le explica la posibilidad de realizar una restauración provisional con un puente adhesivo inmediato fabricado con su propio diente. La paciente está de acuerdo con el procedimiento previsto y con el precio. Manos a la obra:

- En primer lugar se realiza una anestesia troncular en la mandíbula derecha.
- El diente 42, que presenta movilidad, se retruye a la posición correcta y se fija a los dientes adyacentes con ayuda de composite fluido (fig. 7).
- Se mezcla y se aplica silicona pesada tipo «putty» para la confección de una llave de reposición. Tras el fraguado se retira y se comprueba la llave (figs. 8a y 8b y 9a a 9c).
- La extracción se realiza de la forma más atraumática posible para conservar al máximo el hueso y los tejidos blandos. Con dicho fin se extrajo el diente utilizando

un luxador. Los luxadores son un híbrido entre elevador y perióstotomo. La extracción se realiza aplicando una fuerza reducida, haciendo palanca y no con el fórceps y el bíceps... (ver sección de *Quintessenz.* 12/2003) (figs. 10a a 10d).

- Se realiza un raspado del alvéolo y se elimina el tejido de granulación. Se introduce un tapón hemostático reabsorbible (fig. 11).

- Al inspeccionar el diente 42 extraído llama la atención su intensa reabsorción. Este hecho confirmó el diagnóstico: el diente debía ser extraído (fig. 12).

- El diente extraído se prueba sobre la llave de silicona (fig. 13).

- El diente es acortado. Se deben conservar unos 4 mm de la raíz dentaria (fig. 14).

- En cervical se prepara una cavidad y se crea un cierre redondeado en forma de póntico con técnicas adhesivas (figs. 15a a 15c).

- En la cara lingual del diente 42 se talla una hendidura profunda en sentido horizontal (fig. 16). Nota: habría sido más elegante preparar la hendidura in situ antes de la extracción.

- Se adapta el dique de goma y se fija con un cordón Wedjets.

- Seguidamente se realiza el grabado ácido de las caras linguales de los dientes adyacentes y de la hendidura tallada en el diente extraído. A continuación se aplica adhesivo dental con un pincel a la hendidura y se fotopolimeriza (figs. 17a y 17b).

- Con una sonda calibrada se mide la longitud que debe tener la cinta de fibra de vidrio (fig. 18).

La técnica de ferulización directa se describe en detalle en el libro *Die dentale Trickkiste (Trucos prácticos)*



Figura 4. Dientes anteriores de la paciente de urgencia.



Figura 5. El diente problemático 42.



Figura 6. Radiografía del diente 42.



Figura 7. Fijación del diente con ayuda de composite flu-



Figuras 8a y 8b. Dosificación (a) y mezcla (b) de la silicona.



para odontología). Para la aplicación directa de la técnica de retención con fibra de vidrio recomendamos utilizar el sistema everStick de la casa Stick Tech. El sistema se presenta brevemente por medio de la serie de imágenes de las figuras 19a a 19e.

- La longitud necesaria de cinta de fibra de vidrio se marca en el envase de las fibras everStick Perio. También se pueden utilizar los cordones de fibra más gruesos everStick C&B, pero en mi opinión para la ferulización las cintas de fibra Perio son más que suficientes (figs. 20 y 21).

Prótesis



Figura 9a. Frente de silicona.



Figura 9b. Vista lingual del frente de silicona.



Figura 9c. Frente de silicona retirado.



Figuras 10a a 10d. Perforación circular (a-c), luxación y extracción (d).



Figura 11. Eliminación del tejido de granulación.



Figura 12. El diente 42 extraído.

Figura 13. Adaptación a la llave de silicona.



Figura 14. Acortamiento de la raíz.



Figura 15a. Cavidad retrógrada.

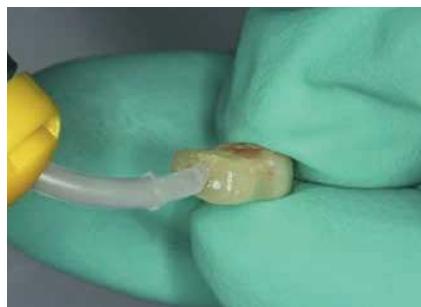


Figura 15b. Realización de la obturación retrógrada.



Figura 15c. Obturación retrógrada.



Figura 16. Hendidura horizontal.



Figura 17a. Colocación del dique de goma y grabado ácido de las caras linguales.

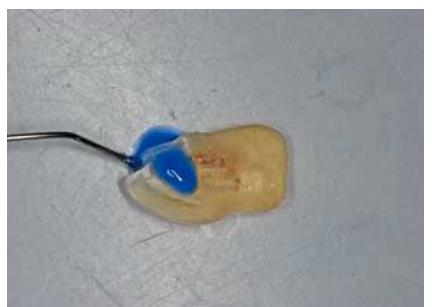


Figura 17b. Grabado ácido del diente 42.

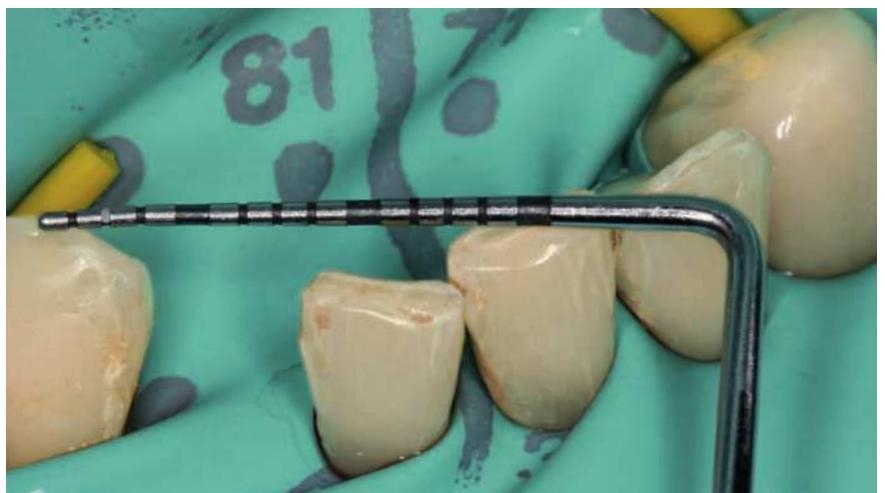
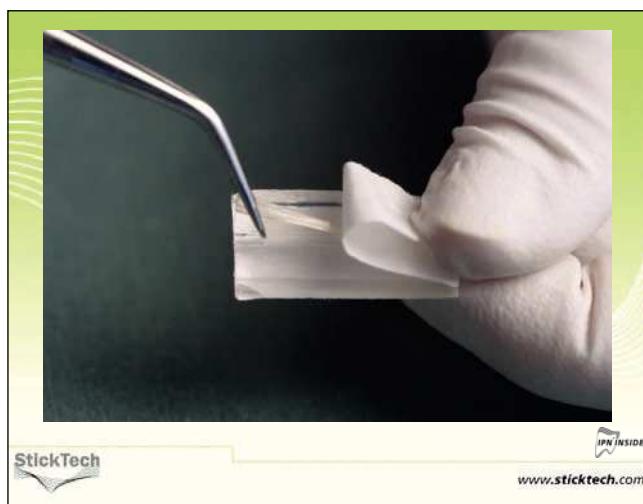


Figura 18. Medición de la longitud para la cinta de fibra de vidrio.



Figuras 19a a 19e. Presentación del sistema de fibra de vidrio everStick.

Figura 19a. Extracción de las fibras del envase de silicona.

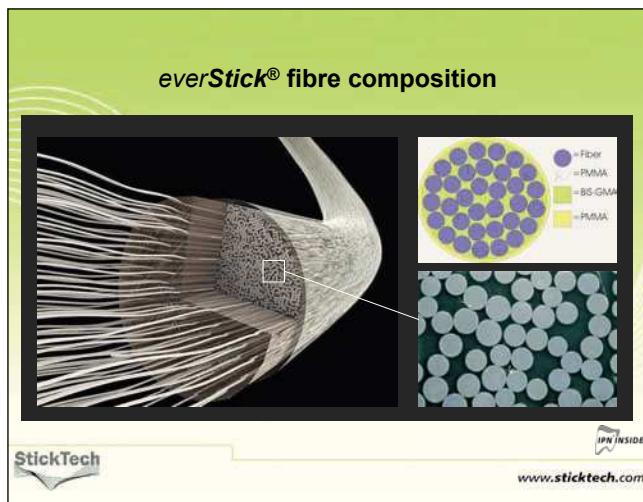


Figura 19b. Composición de las fibras de vidrio.



Figura 19c. La inclusión de aire aumenta la flexibilidad.

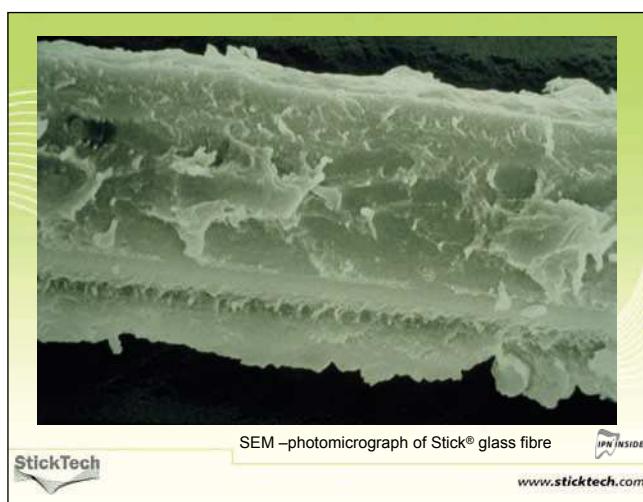


Figura 19d. Imagen de MEB de la fibra de vidrio impregnada.



Figura 19e. everStick Starter Kit.



Figura 20. La fibra de vidrio Perio.



Figura 21. Transferencia de la longitud medida.



Figura 22. Corte con la tijera.



Figura 23. Extracción de la cinta de fibra.



Figura 24a. Recorte de la llave de silicona.



Figura 24b. Llave de silicona recortada.



Figura 25. Prueba de la llave de silicona con el pónico natural.



Figura 26a. Aplicación y adaptación de la cinta de fibra.



Figura 26b. Adaptación y recubrimiento.

- Se cortan las fibras impregnadas del envase de silicona (fig. 22).
- Después de doblar el envase de silicona, la cinta de fibra de vidrio se puede asir con una pinza; la extraemos y la guardamos bajo una placa protegida de la luz (fig. 23).
- La llave de silicona se recorta y se coloca con el pónico in situ (figs. 24a y 24b y fig. 25).
- Se inyecta una primera capa de composite fluido y, para los puntos de contacto interproximales, utilizamos un pincel.
- La cinta de fibra de vidrio es adaptada con precisión a los dientes adyacentes y a la hendidura del pónico y es

aplanada aplicando presión (figs. 26a y 26b). Se realiza una primera fotopolimerización.

- A continuación la zona provista del sistema de retención de fibra de vidrio se cubre con una segunda capa de composite fluido. Después de retirar el exceso de material con un pincel se conforma y se fotopolimeriza toda la zona.

- El acabado y el pulido se realizan del modo habitual, es decir, con una fresa de diamante de grano fino en forma de llama y con gomas de pulido y cepillos Occlus-brush.

- Se lleva a cabo un ajuste de la oclusión y se deja el pónico en disclusión.

Prótesis



Figuras 27a y 27b. Puente provisional terminado. Vista lingual (a) y vestibular (b).



Figura 28. La paciente examina el resultado.



Figuras 29a y 29b. Puente provisional en la cita de control a las dos semanas. Vista lingual (a) y vestibular (b).

Una vez finalizado el tratamiento la paciente comprueba el resultado con un espejo de mano y siente un gran alivio: el encuentro familiar se puede celebrar sin ningún problema (figs. 27 a 29).

Agradecimientos

En esta ocasión deseo dar las gracias a nuestro amigo Gerd Loser, cuya trágica muerte lamento profundamente. Juntos hemos pasado por momentos profesionales buenos y también difíciles, y siempre me ha ayudado y aconsejado sobre la técnica de la fibra de vidrio.

Lista de materiales

1. Luxadores (Optima Dental, Kümmerbruck/Oberpfalz).
2. Silicona Coltoflax (Coltene/Whaledent, Langenau; www.coltenewhaledent.biz).
3. Dique de goma y cordón Wedjets (Hygenic, Akron, EE. UU.; www.hygenic.com).

4. Sistema de fibra de vidrio everStick (Stick Tech, Turku, Finlandia; www.sticktech.com. Distribuidor en Alemania: Gerd Loser, Leverkusen).
5. Composite fluido Tetric Flow (Ivoclar Vivadent, Ellwangen; www.ivoclarvivadent.de).
6. Rely X Unicem (3M Espe, Seefeld; www.3mespe.com/de).
7. Pulidor Occlubrush (KerrHawe, Bioggio, Suiza; www.kerrhawe.com).

Bibliografía

1. Bücking W. Metallfreie Restaurierungen mit glasfaserverstärkter Verbundtechnologie. Grundlagen – Klinische Anwendung – Ästhetische Möglichkeiten. Berlin: Quintessenz, 1999.
2. Bücking W. Die dentale Trickkiste. Berlin: Quintessenz, 2005.

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).