

CASO CLÍNICO CERÁMICA CON METAL



[Resumen]

La biocompatibilidad y la estética desempeñan un importante protagonismo en odontología. Los resultados obtenidos durante décadas de investigación y experiencia con restauraciones metalocerámicas ofrecen actualmente a los protésicos experimentados la posibilidad de implantar prótesis casi «invisibles» incluso en casos difíciles. En el caso que aquí se presenta se recoge un ejemplo satisfactorio de ello.

Palabras clave

Ausencia de un diente en la región frontal. Implante. Restauración metalocerámica. Bioaleación.

(Quintessenz Zahntech. 2006;32(9):1086-9)

Restauración bioestética de un espacio dental vacío en la región 11

Klaus Müterthies y Gerd Körner

La biocompatibilidad y la estética desempeñan un importante protagonismo en odontología. No obstante, no es hasta hoy que podemos utilizar la totalidad de resultados obtenidos durante décadas de investigación y experiencia con restauraciones metalocerámicas, puesto que se pueden implantar prótesis casi «invisibles» incluso en casos difíciles. Por ejemplo, esto quiere decir que se pueden solucionar los casos de prótesis con implantes, coronas frontales sin dientes naturales o requisitos especiales en el material de restauración. Teniendo en cuenta todo esto, la solución del caso puede parecer perfecta a pesar de todo, si se muestra un proceso profesional y el odontólogo y el protésico organizan su trabajo en equipo de forma idónea. A continuación se muestra un ejemplo satisfactorio de ello.

Después de la pérdida de un diente, hoy en día es natural considerar más de una opción: además del puente clásico, el implante evita el pulido de los dientes adyacentes, especialmente en la región frontal. Con ello se protege la sustancia dental sana y se despliegan totalmente las perspectivas estéticas. De esta manera, se pueden reproducir fielmente, por ejemplo, los espacios interdentales de la región frontal, y también los espacios donde sea importante conseguir una estética óptima.

Introducción

CASO CLÍNICO

CERÁMICA CON METAL

En los casos que presentan importantes exigencias estéticas los pacientes valoran cada vez más una prótesis biocompatible. Una raíz dental artificial de titanio funciona de forma óptima gracias a su capa pasivante superficial. En el caso de restauraciones metacerámicas se elige una aleación determinada para ello. Con pacientes sensibles se recomienda no utilizar determinados metales que puedan producir incompatibilidades, aunque el laboratorio protésico valore posiblemente un cierto porcentaje de paladio por las buenas características de procesamiento.

Presentación de un caso clínico

Cuando el paciente se presentó en la consulta, el diente 11 tenía muchos defectos, además de síntomas inflamatorios en la encía. En la pared bucal se observó una reducción ósea avanzada. Hasta la fecha, el paciente había recibido diferentes tratamientos, entre los cuales se incluían intervenciones quirúrgicas endodónticas y periodontales. Entre otras cosas tenía una inflamación crónica que lo afectaba negativamente. Así mismo se sospechó de existencia de fractura en la raíz, que se confirmó posteriormente. La corona del diente 21 era insuficiente.

El diente 11, que no se podía salvar, se extrajo. Despues de la extirpación del tejido de granulación y aumento con Bio-Oss (Geistlich Pharma AG, Wolhusen, Suiza) y hueso propio se insertó un implante de titanio de la empresa Friadent (figs. 1 y 2). La corona adyacente del diente 21 se extrajo, se preparó el diente y se trató con una nueva corona.

La superestructura del implante se rellenó en el laboratorio protésico con una aleación libre de paladio y cobre (BiOcclus HT, DeguDent, Hanau, Alemania) después de la cicatrización del implante, y se recubrió con opáquer (figs. 3 y 4). Los componentes subgingivales se reconstruyeron con dentina y de esta forma se ajustó la forma de los dientes adyacentes. Con esta medida, la encía se apretó un poco hacia delante y de esta forma se le dio su forma natural.

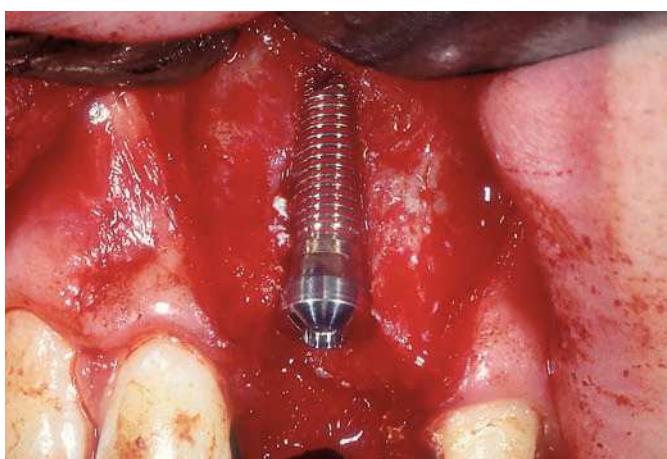


Fig. 1. El implante se coloca en el diente 11.



Fig. 2. Implante prefabricado para la región frontal.

CASO CLÍNICO CERÁMICA CON METAL



Fig. 3. La superestructura de implante se recubre con opáquer para el relleno de metal (BiOcclus HT, DeguDent, Hanau, Alemania).



Fig. 4. La situación clínica se transfiere al modelo del laboratorio.



Fig. 5. Un resultado satisfactorio: el implante y el diente natural se proveen de una superestructura y una corona respectivamente y se recubren de forma estética.

La superestructura para el implante y la nueva corona para el diente 21 se elaboraron con la misma aleación y se recubrieron con la técnica de estratificación (Finesse, DeguDent, Hanau, Alemania).

El paciente se mostró satisfecho con la estética de la nueva restauración (fig. 5). Destaca la armonía entre la superestructura del diente 11 y la corona del diente 21 (figs. 6 y 7). Desde un punto de vista médico se puede dar un buen pronóstico gracias a la cicatrización sin problemas del implante. La aleación utilizada no contiene ni paladio ni cobre y por ello forma parte de las llamadas bioaleaciones, que se distinguen por ser especialmente toleradas por el organismo. Actualmente se pueden fabricar puentes de gran envergadura con materiales de alto contenido en oro sin paladio ni cobre gracias al desarrollo de BiOcclus Kiss o BiOcclus Gold (DeguDent, Hanau, Alemania), de modo que es posible hacer una planificación previsora del tratamiento metalocerámico e incluso de grandes defectos gracias a las bioaleaciones.

Básicamente, en el caso presentado también se podía haber considerado un puente para sustituir el diente 11 que faltaba, sobre todo porque uno de los dos dientes pilares

Discusión y conclusión

CASO CLÍNICO

CERÁMICA CON METAL



Fig. 6. En posición lingual no se observa ninguna diferencia con los dientes naturales.



Fig. 7. Un trazado gingival armónico ultima la impresión general estética.

ya se había restaurado con una corona y para el nuevo tratamiento se tenía que pulir otra vez. Esta opción, sin embargo, no hubiera podido transmitir al paciente la sensación de tener un «nuevo diente propio», así que éste optó explícitamente por la implantación. Otro argumento para ello: el segundo diente actuaba como pilar débil para el puente a causa de la mala distribución de la fuerza general, por lo que el pronóstico del tratamiento con un puente podía ser incluso algo peor que el del implante. En este sentido, el proceso que aquí se ha mostrado en general es también recomendable si no hay otros motivos que digan lo contrario, como por ejemplo el hábito de fumar del paciente o una diabetes mal tratada.

Correspondencia ZTM Klaus Müterthies, Grenzweg 76, 33334 Gütersloh, Alemania
Prof. Dr. Gerd Körner, Niedernstrasse 16, 33602 Bielefeld, Alemania