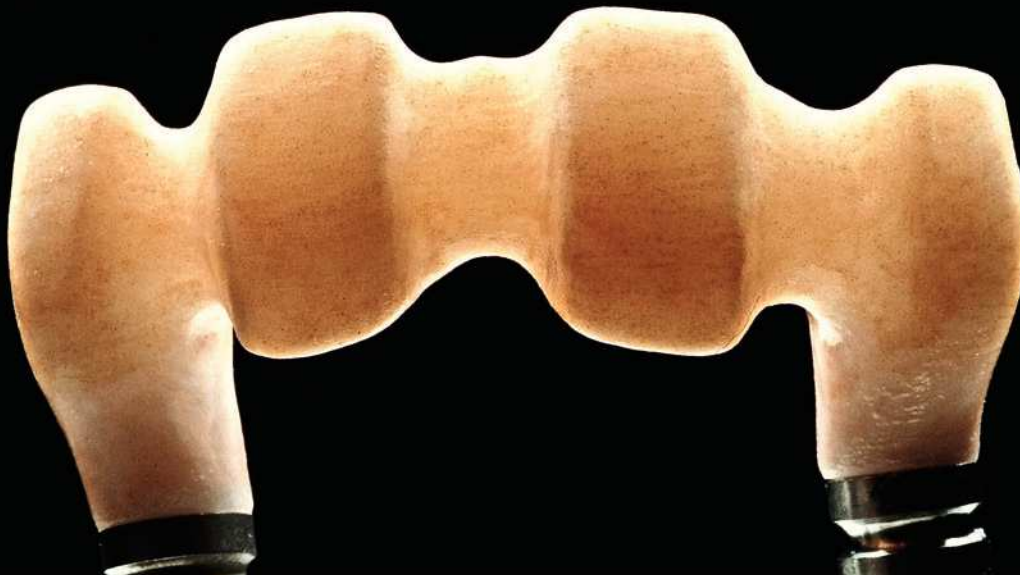


CASO CLÍNICO

PRÓTESIS PROVISIONALES



Un procedimiento inusual para la configuración no invasiva de pñnticos

Domenico Cascione, Mamaly Reshad y Tae Kim

Existen múltiples tćnicas que ya han sido propuestas para la configuraci3n del pñntico⁷. Para alcanzar unos resultados 3ptimos se recomienda como primera elecci3n una reconstrucci3n formadora tras la extracci3n de un diente no conservable⁵. Otros recomiendan una intervenci3n protésica adicional durante la extracci3n dental². La colocaci3n de un «ovate pontic» en la cavidad de extracci3n se describe en distintos artculos como mćtodo de elecci3n^{2,3}.

Sin embargo, por desgracia los pacientes suelen presentar zonas edéntulas en la regi3n de los dientes posteriores. Muchos de estos pacientes demandan una soluci3n sin intervenci3n quirúrgica. Considerada hist3ricamente, la soluci3n no quirúrgica para una construcci3n de pñntico es objeto de controversia. Un estudio en vivo muestra que el ajuste del pñntico a la cresta alveolar o la significaci3n de la superficie (evaluaci3n a partir del modelo) son extremadamente importantes y est3n directamente relacionados con un trastorno desfavorable de la mucosa. Si las irregularidades superficiales alcanzan 1 mm, se forman alteraciones de la mucosa que podrían abarcar desde pequeñas inflamaciones hasta úlcera agudas¹. Sin embargo, estos resultados no han sido confirmados

[Resumen]

El artculo describe una tćnica inusual para un diseño de pñntico que, con una selecci3n de caso adecuada, un diagn3stico correcto y una buena planificaci3n del tratamiento, puede constituir una tćnica adicional para un diseño de pñntico, a fin de lograr una estćtica 3ptima en el frente dental superior. La configuraci3n de la forma del pñntico se facilita mediante la abrasi3n del modelo; una pr3tesis provisional confeccionada sobre este modelo transmite de forma controlada presi3n sobre el apoyo del pñntico, de modo que esta superficie se altera gradualmente y configura el pñntico. Durante el periodo de utilizaci3n de la pr3tesis provisional es posible comprobar el estado del tejido blando, la forma y la estćtica.

Palabras clave

Pr3tesis provisionales. Estćtica. Pr3tesis implantosoportada. gesti3n del tejido blando. Configuraci3n del pñntico.

(*Quintessenz Zahntech.* 2010;36(7):930-5)

Introducci3n

en ningún otro estudio. Varios estudios han demostrado asimismo que el tejido blando situado bajo el pónico está estrechamente relacionado con inflamaciones, edemas y otras alteraciones histológicas^{1,4,8}. No obstante, otros estudios han demostrado que en ausencia de placa puede mantenerse un excelente estado del tejido blando⁶.

El propósito del artículo es mostrar una técnica que con ayuda del rectificado de la forma del modelo en la zona del pónico permite alcanzar una restauración estéticamente satisfactoria.

Para ello, sobre el modelo maestro se practica una entalladura en la zona del pónico. Antes de confeccionar la restauración definitiva se crea una prótesis provisional que se confecciona sobre el segundo modelo y se prueba intraoralmente.

Exposición del caso

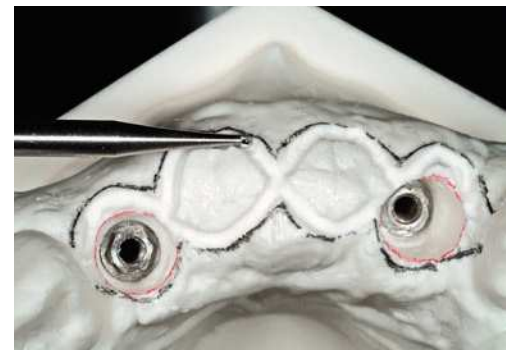
La figura 1 muestra la situación del paciente nueve meses después de la inserción de dos implantes en la zona del incisivo lateral superior. El paciente no quería ninguna otra intervención quirúrgica. En consecuencia se decidió que debía desarrollarse la forma de pónico mediante el rectificado del modelo. En vista del abundante tejido queratínico, así como del sondeo óseo con valores de 3 a 6 mm de tejido blando en la cresta alveolar, se consideró como una solución técnica viable para este paciente. La altura y la anchura de la cresta alveolar existente permitieron la creación de un perfil de emergencia limpio para la restauración proyectada.

En primer lugar se elaboró un encerado diagnóstico. Se marcaron con un lápiz los puntos de unión entre los dientes encerados y el modelo de yeso, y a continuación se retiraron las partes de cera para proceder al rectificado del modelo de yeso. La línea de lápiz posibilita el rectificado exacto del modelo. La delimitación se practica con una fresa de carburo de tungsteno redonda US n.º 8 (H1, tamaño 023, Gebr. Brasseler GmbH & Co. KG, Lemgo, Alemania) con un 1 mm de profundidad alrededor de cada diente encerado a lo largo de la línea trazada (fig. 2). Se rectifica el modelo de tal manera que favorezca el crecimiento de una papila simulada y de la mucosa gingival. Se rectifica el modelo de forma más extensiva en la zona facial del pónico, dado que estas zonas resultan más visibles cuando el paciente ríe. El grosor de compresión de la mucosa se reduce hacia el centro de la cresta alveolar. Es preciso contornearse individualmente cada parte del pónico. Dado que a menudo se toman impresiones de compresión, los lados del pónico sobre el modelo maestro se hallan en un estado ligeramente comprimido. Es preciso tener esto en cuenta a fin de alcanzar de todos modos una compresión adecuada de la mucosa al rectificar el modelo.

Fig. 1. El paciente, nueve meses después de la inserción de dos implantes en la zona de los incisivos laterales superiores.



Fig. 2. Las líneas de lápiz posibilitan el rectificado exacto del modelo. Se talla como borde un surco de 1 mm de profundidad. No está planificada una corrección de la mucosa por apical más allá de la línea roja.



CASO CLÍNICO

PRÓTESIS PROVISIONALES

Una vez se ha transferido el molde elegido al modelo maestro y se ha alisado con un bisturí (Universalinstrument, Renfert, Hilzingen, Alemania), se confecciona una prótesis provisional atornillada. Para ello se duplica el encerado diagnóstico con resina acrílica (Enamel plus, Micerium SpA, Avegno, Italia). El encerado diagnóstico sobre el modelo maestro se duplica con una silicona fluida reticulada por adición (polisiloxano de vinilo) (Elite Double 22 Fast, Zhermack, Marl, Alemania). Los cilindros de implante de resina provisionales (sistema Brånemark, Nobel Biocare Deutschland, Colonia, Alemania) se fijan sobre un modelo duplicado del modelo maestro y se sustituye el encerado por resina acrílica (figs. 3 a 5). En la figura 3 se muestra una vista lateral de la restauración provisional (sólo dentina) antes del recorte. La caracterización de la estructura interna se consigue principalmente mediante una técnica de reducción selectiva (figs. 4a y 4b). La restauración provisional sobre el modelo maestro rectificado muestra el difícil contorneado para crear la ilusión de una papila interdental (figs. 5a a 5c). Las figuras 6 y 7 muestran la prótesis provisional al cabo de un mes de uso.

Se instruyó al paciente para que utilizara únicamente el cepillo para el cuidado (eliminación de placa). Transcurrieron 10 meses hasta la confección de una restauración definitiva.

Todos los parámetros relacionados, como la forma, una encía sana y la aceptación por el paciente, se han establecido durante el periodo de uso de la prótesis provisional. Se constató que el contacto intensivo con la mucosa, en combinación con una superficie de contacto con la mucosa extremadamente bien pulida, es responsable de la ausencia de placa en esta zona.



Fig. 3. Vista lateral del pónico de resina acrílica antes del acortamiento o la aplicación de la masa incisal.



Fig. 4a. El núcleo de dentina de resina acrílica recortado.



Fig. 4b. Se aplica una cantidad muy pequeña de color por cervical en la zona marginal proximal.



Figs. 5a a 5c. La restauración provisional pulida sobre el modelo maestro.



Fig. 6. Vista desde labial de la prótesis provisional tras un mes de uso.



Figs. 7a a 7e. Vistas de detalle de la restauración provisional. Se observa el aspecto natural de la conformación de la papila simulada.

La restauración provisional se replicó sobre un modelo duplicado del modelo maestro. Con ayuda de la técnica de reducción controlada se confeccionó una estructura de resina acrílica (fig. 8). A continuación se transfirió ésta a una estructura de dióxido de zirconio (fig. 9). El ajuste de la estructura se comprobó durante una prueba intraoral (figs. 10a a 10c); obsérvese la configuración de la estructura con el estado óptimo del tejido blando y la posición de las partes de la estructura. Para la aplicación de una capa cerámica (SNF PressCeram Zirconia, Swiss NF Metals, Toronto, Ontario, Canadá) existe un espacio libre adecuado y uniformemente distribuido entre la estructura y el tejido blando. Se aplicó sobre la estructura un color (INNOVA Creation AV In Nova, Creation Willi Geller, Meinigen, Austria), el cual posibilita la transmisión de luz fluorescente y sirve para la caracterización interna (fig. 11). Se procedió al acabado (fig. 12) y el cementado

CASO CLÍNICO

PRÓTESIS PROVISIONALES



Fig. 8. Mediante reducción controlada se confeccionó una estructura de resina acrílica.



Fig. 9. La estructura de dióxido de zirconio.



Figs. 10a a 10c. La configuración de la estructura, el estado y la forma del tejido blando son óptimos.



Fig. 11. La cerámica fluorescente sobre la estructura de dióxido de zirconio al trasluz.

Fig. 12. La restauración cerámica terminada sobre el modelo.



Fig. 13. Vista anterior de la restauración definitiva.

Fig. 14. La sonrisa del paciente con el trabajo terminado in situ.



de la restauración definitiva. Las figuras 13 y 14 muestran la situación definitiva 12 meses después del tratamiento.

Se ha descrito una técnica inusual para un diseño de pñntico. La configuración de la forma del pñntico se facilita mediante el rectificado del modelo. Una prótesis provisional confeccionada sobre este modelo transmite tan sólo presión controlada sobre el apoyo del pñntico.

Conclusión

La topografía de estas superficies se modifica gradualmente bajo la presión. Durante el periodo de utilización de la prótesis provisional es posible controlar el estado del tejido blando, la forma y la estética. Con una selección de caso, un diagnóstico y una planificación del tratamiento adecuados, esto puede constituir una técnica adicional para lograr una estética óptima en el frente dental superior.

Agradecimientos Los autores desean expresar su agradecimiento al Dr. Anas Aloum por su colaboración y ayuda, y al Dr. Michael Jorgensen por la contribución quirúrgica.

- Bibliografía**
1. Cavazos E Jr. Tissue response to fixed partial denture pontics. *J Prosthet Dent* 1968;20:143-153.
 2. Dewey KW, Zugsmith R. An experimental study of tissue reactions about porcelain roots. *J Dent Res* 1933;13:459-472.
 3. Garber DA, Rosenberg ES. The edentulous ridge in fixed Prosthodontics. *Compend Contin Educ Dent* 1981;2:212-223.
 4. Podashely AG. Gingival response to pontics. *J Prosthet Dent* 1968;19:51-57.
 5. Salama MA, Salama H, Garber DA. Guidelines for aesthetic restorative options and implant site enhancement: The utilization of orthodontic extrusion. *Pract Proced Aesthet Dent* 2002;14:125-130.
 6. Silness J, Gustavsen F, Mangersnes K. The relationship between pontic hygiene and mucosal inflammation in fixed bridge recipients. *J Periodontal Res* 1982;17:434-439.
 7. Stein RS. Pontic-residual ridge relationship: A research report. *J Prosthet Dent* 1966;16:251-285.
 8. Tolboe H, Isidor F, Budtz-Jørgensen E, Kaaber S. Influence of pontic material on alveolar mucosal conditions. *Scand J Dent Res* 188;96:442-447.

Correspondencia Domenico Cascione, CDT, BS.
Case Design Center, Burbank Dental Laboratory Inc.
y
Herman Ostrow.
School of Dentistry.
University of Southern California, Los Ángeles, California, EE. UU.

Mamaly Reshad, DDS, MSc., y Dr. Tae Kim.
Division of Primary Oral Health Care.
Herman Ostrow School of Dentistry.
University of Southern California.
925 West 34th Street #4377, Los Ángeles, CA 90089-0641, EE. UU.
Correo electrónico: thk@usc.edu