

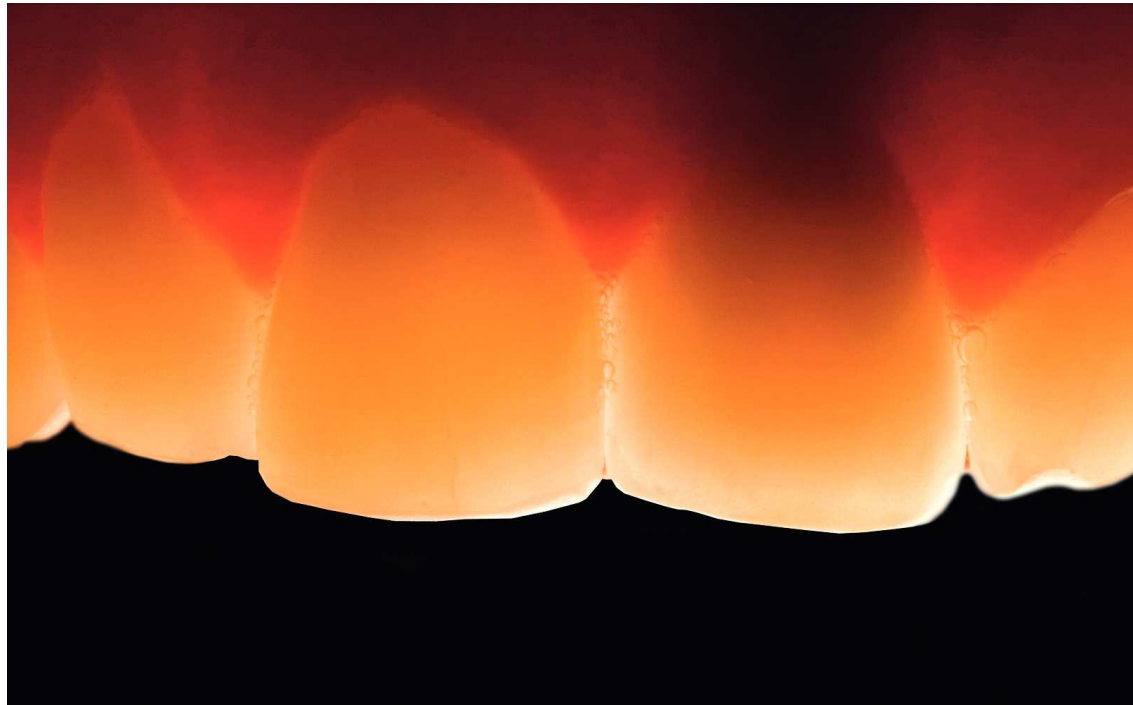
[Resumen]

A partir de un caso clínico que en principio no parece problemático pero que previamente ha sufrido varios fracasos, el autor explica cómo mediante la planificación, la implicación del paciente en el análisis estético y la buena comunicación puede alcanzarse un resultado satisfactorio y predecible.

Palabras clave

Análisis estético. Planificación del tratamiento. Procesamiento digital de imágenes. Comunicación. Prótesis provisional. Configuración de la encía.

(Quintessenz Zahntech.
2012;38(2):198-203)



Confección de una nueva corona anterior implantoportada

La planificación como medio de comunicación

Joshua Polansky

«Las fallas en la planificación de medios, planificar para el fracaso.» (Alan Lakein)

Introducción

Al pasar revista a los casos de fracaso propios del último par de años, al autor se le antoja que ciertos problemas son recurrentes. Casi siempre tienen su origen en la ausencia de una planificación del tratamiento bien meditada. Sin embargo, la planificación constituye la base de cualquier fundamento organizativo. Independientemente de lo que se intente crear, la simple planificación allana el camino hacia un resultado previsible. Además, la planificación permite, ya antes de iniciar el trabajo, prever y preparar los instrumentos y materiales adecuados. Asimismo, la planificación correcta ayuda en el proceso de comunicación, dado que hace posible elaborar una lista de verificación adecuada y compartirla con todas las partes implicadas. Una planificación bien meditada constituye un extraordinario medio de comunicación. Sin embargo, planificar requiere tiempo, reflexión y paciencia, tres recursos no adquiribles que se traducen en funcionalidades y prestaciones con frecuencia descuidadas. Y, pese a ello, sin la aplicación de estos valores inmateriales la calidad del trabajo suele resentirse, y tal como advierte Alan Lakein en la cita anterior, la consecuencia tan solo puede ser un gran número de decepciones y la necesidad de repetir la confección.

CASO CLÍNICO

ANÁLISIS ESTÉTICO

El paciente se presentó en la consulta muy insatisfecho con la restauración existente. Esta había sido colocada recientemente por otro odontólogo (fig. 1). El paciente iba a casarse pronto y quería que antes de hacerlo su incisivo central izquierdo superior fuera restaurado a su satisfacción. El paciente explicó que la restauración era el tercer intento de lograr un resultado adecuado por parte del odontólogo y del laboratorio.

Tras el análisis (fig. 2) de la situación intraoral de partida, se puso rápidamente de manifiesto que la solución del problema requería un planteamiento interdisciplinar. Mediante el procesamiento digital de imágenes, el protésico y el odontólogo colaboraron para llevar a cabo un análisis de la situación. A partir de este análisis, el odontólogo y el protésico informaron conjuntamente al paciente y le presentaron su propuesta de solución. La conversión de la fotografía en color de la situación de partida intraoral en una imagen en blanco y negro permitió explicar e ilustrar muy fácilmente que existían múltiples problemas en cuanto a la forma y el color del diente. Gracias a la utilización de la fotografía digital, el paciente pudo seguir toda la explicación y comprender los problemas principales de forma y color que presentaba su caso.

El diente 21 resulta visualmente demasiado ancho en comparación con el 11, impresión reforzada aún más por el recorrido irregular de la encía, que alarga el diente 11 y redondea todavía más el 21. También se hizo muy evidente el oscurecimiento de la supraestructura tras el margen gingival del diente 21.

La inclusión activa del paciente en el análisis estético y en la planificación del tratamiento y la comprensión por su parte de las propuestas y los problemas del equipo gracias a las fotografías digitales permitió al equipo de tratamiento ganarse su confianza.

El paciente dio su conformidad con el tratamiento y se pudo empezar a implementar el nuevo plan de tratamiento.

En primer lugar debían retirarse la antigua supraestructura de implante así como la corona, a fin de poder evaluar mejor la altura y el contorno del tejido (fig. 3). A continuación se fijó esta situación mediante una toma de impresión y se modificó en el laboratorio aplicando la información así obtenida. El uso de una máscara elástica para

Caso clínico
Situación de partida

Análisis estético

Solución del caso



Fig. 1. La situación intraoral antes del tratamiento.

Fig. 2. Se utilizó una fotografía digital para el análisis del caso clínico. Mediante la desaturación del color se revelaron aspectos importantes que hacían inaceptable la restauración existente.



Fig. 3. El nivel del tejido inmediatamente después de la retirada de la restauración.

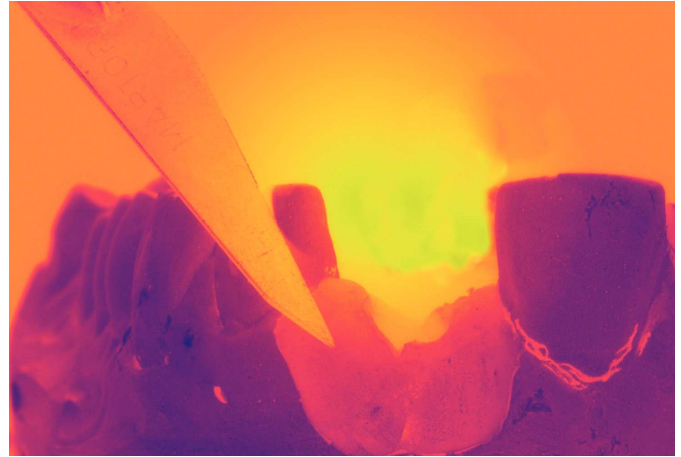


Fig. 4. El protésico dental tiene la posibilidad de trabajar el modelo en su lugar de trabajo, de tal modo que el tejido gingival adopte la forma deseada mediante la restauración provisional moldeada.

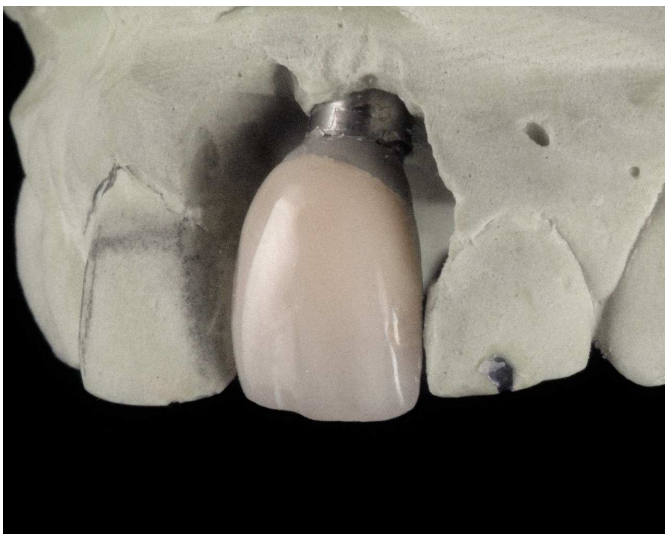


Fig. 5. Utilizando una resina (New Outline, Anaxdent, Stuttgart, Alemania) se confeccionaron una supraestructura de implante provisional idealizada y una corona provisional idealizada, de modo que el surco presentara un contorno estético optimizado.



Fig. 6. Mediante la especificación de la nueva supraestructura de implante provisional y de la profundidad ideal del hombro fue posible **a** marcar el tejido y **b** recortarlo de forma ideal.

tejido blando basada en la situación intraoral permitió alcanzar la conformación ideal del tejido (fig. 4).

Sobre esta base se confeccionó una restauración provisional con una estética ideal, consistente en un pilar provisional con una profundidad subgingival adecuada así como una corona provisional estética (fig. 5). Mediante la observación de la máscara gingival retirada, el odontólogo contaba ahora con una especie de plantilla que le daba una idea de dónde y en qué puntos debía reducirse el tejido en la boca (fig. 6).

El odontólogo recortó de manera sencilla el tejido en presencia del protésico dental, utilizando un láser para tejido blando DEKA CO2 (DEKA M.E.L.A. SRL, Calenzano, Ita-

CASO CLÍNICO

ANÁLISIS ESTÉTICO



Fig. 7. La nueva restauración provisional de resina tras una semana in situ.

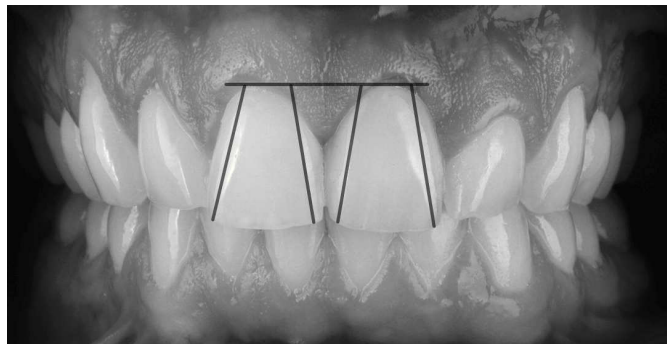


Fig. 8. Mediante la supresión del color en la fotografía pueden verificarse los progresos: se ha logrado alcanzar una altura ideal del tejido, y también se han corregido la forma y el contorno. Estos éxitos tempranos, observables ya en la fase provisional, aumentan la confianza del paciente en la restauración.

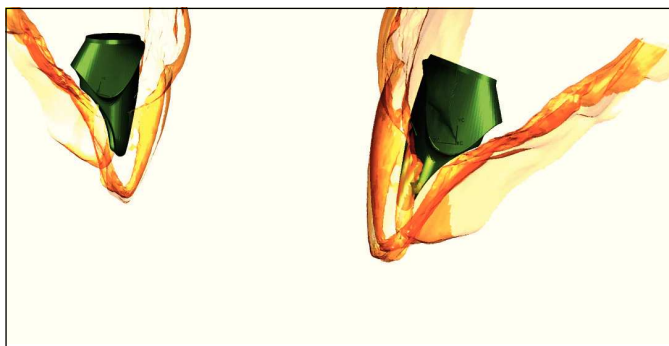


Fig. 9. Dado que ya se habían definido la forma y el contorno mediante la restauración provisional, se dispone de toda la información necesaria para confeccionar el pilar de dióxido de zirconio (Atlantis, Astra Tech, Elz, Alemania).



Fig. 10. Se comprueba nuevamente en boca la supraestructura de dióxido de zirconio, a fin de cerciorarse de que se haya aplicado con exactitud toda la información.

lia). En cuanto se hubo recortado el tejido para aproximarlos a la forma ideal, pudieron colocarse tanto el pilar provisional como la corona.

Una semana después, el paciente volvió a la consulta para que pudiera determinarse si eran necesarias modificaciones adicionales del tejido blando (fig. 7). Durante esta reunión puramente analítica debían definirse claramente los objetivos estéticos y biológicos (fig. 8). Sólo entonces, el protésico dental dispone de la información suficiente para confeccionar un pilar y una corona ideales (fig. 9).

Una vez se hubo fresado e insertado el pilar de dióxido de zirconio, pudo observarse que el tejido blando presentaba un contorno ideal y que también se había logrado el espacio suficiente para imitar la corona provisional mediante una restauración definitiva estratificada polícroma (fig. 10).

De común acuerdo con el paciente y el odontólogo, durante la estratificación de la cerámica el protésico dental pudo prestar especial atención a una estética de la restauración idéntica al modelo natural, y estratificó la cerámica de forma que siguiera el principio de la naturaleza (figs. 11 a 13).



Figs. 11 y 12. A continuación puede procederse al recubrimiento de la restauración. Durante el proceso de recubrimiento se aplicaron los conocimientos sobre los dientes naturales obtenidos mediante su estudio exhaustivo.



Fig. 13. Puede apreciarse claramente cuántas capas son necesarias para obtener una restauración de aspecto natural. En la «corona de prueba» se observan las capas utilizadas para la estratificación definitiva.

Conclusión La ejecución de una planificación adecuada reduce las probabilidades de encontrarse con sorpresas desagradables y conduce, en general, a un resultado final mucho más predecible.

El equipo de tratamiento aplicó paciencia y planificación para considerar y estudiar todos los aspectos relevantes del caso clínico, a fin de lograr un resultado estético (figs. 14 a 16).

Con la perspectiva que da el tiempo, una planificación meticulosa de los tratamientos previos del paciente habría permitido ahorrar mucho tiempo. A su vez, de este modo se le habría ahorrado al paciente mucho estrés en la antesala de su boda.

CASO CLÍNICO

ANÁLISIS ESTÉTICO



Fig. 14. La restauración definitiva, cementada en boca.



Fig. 15. Durante la planificación de una restauración exitosa deben tenerse en cuenta todos los aspectos, entre ellos los diversos ejes visuales.

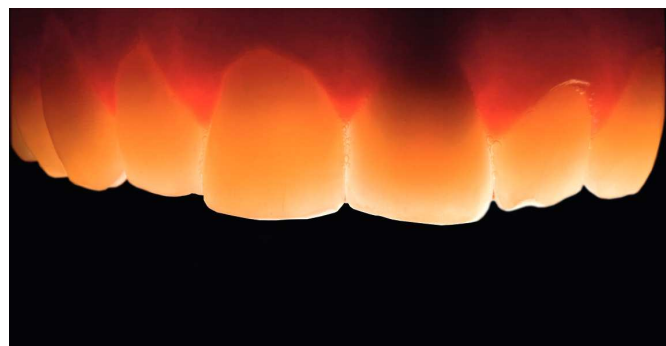


Fig. 16. La toma al trasluz permite apreciar claramente cómo se enmascaró el pilar de dióxido de zirconio, y se observa la reacción positiva del tejido en comparación con la situación de partida con supraestructura metálica estandarizada.

Joshua Polansky
Niche Dental Studio
1800 Berlín RD
Cherry Hill
NJ 08003, EE. UU.
Correo electrónico: jpol623@me.com

Correspondencia