

T.O.
825
T.2

IMPORTANCIA DE LA PROTESIS TRANSICIONAL EN EL
DESARROLLO DE UN TRATAMIENTO ODONTOLOGICO INTEGRAL
COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

*Cortazar, N. Daza, O. Losada A. Ortiz, B. Rodríguez, S. Santacruz, J. **
*Rodríguez, C. ***
*González, M.A. ****

RESUMEN

Durante muchos años se ha considerado la temporalización, como un procedimiento rápido e impreciso, sin los cuidados de refinamiento y acabado para la protección del diente, encía y la oclusión. Es por eso que se quiere resaltar la fabricación perspaz de una restauración de tratamiento que preserve la vitalidad de la pulpa, y actúe como una matriz de cicatrización para el tejido gingival circundante, asegurando así el confort, estética y función de nuestro paciente. Si se resuelve con éxito esta fase del tratamiento se ejercerá una influencia saludable en el resultado final y el paciente acrecentará su confianza en el odontólogo. Se está tratando en forma multidisciplinaria a una paciente en las áreas de periodoncia, endodoncia y prostodoncia de lo cual se ha obtenido como resultado una excelente cicatrización periodontal debido al manejo que se le ha dado por medio de temporalización metal colado que en este caso son los ideales, se tuvo también una excelente cicatrización de la cirugía perirradicular obturada con un material para el sello de conductos llamado super EBA, la paciente se siente satisfecha estéticamente y funcionalmente ante la temporalización realizada lo cual va a beneficiar el tratamiento definitivo.

INTRODUCCION

El tratamiento odontológico de un paciente siempre debe realizarse de una manera multidisciplinaria para así lograr el resultado satisfactorio.

La prótesis transicional debe brindar al paciente estética, función, fonación y dar una visión muy aproximada de lo que será la restauración final. Por este motivo cabe preguntarse, ¿cual es la importancia de las prótesis transicionales dentro del desarrollo de un tratamiento odontológico manejado multidisciplinariamente ?.

Este estudio pretende resaltar la importancia del manejo multidisciplinario, en el desarrollo del tratamiento odontológico de un paciente relevando la importancia de la prótesis transicional en el periodo de cicatrización periodontal.

Las temporalizaciones son formas plásticas que reemplazan el tejido dental que se ha desgastado durante la preparación de un diente, su principal función es proteger el tejido dentinal que ha quedado expuesto.

* Autores de X semestre de odontología

** Asesor científico.O.D. especialista en prostodoncia y ATM

*** Asesor metodológico.O.D., magister en administración y salud



COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
BIBLIOTECA SEDE NORTE

Las restauraciones temporales optimas deben satisfacer muchos factores interrelacionados que se pueden clasificar en biológicos, mecánicos y estéticos, entre los biológicos cuyo función es proteger la pulpa, mantener la salud periodontal, proporcionar estabilidad oclusal, mantener la posición dental y proteger contra la fractura, mantener la alineación de los dientes pilares y estética, debe ser fácilmente contorneable, existir compatibilidad de color, estabilidad de color y translucidez.

Es esencial establecer la importancia de una prótesis transicional dentro del desarrollo de un tratamiento odontológico integral, describir la utilización de temporales, describir cuales son las técnicas que existen para temporalizar, identificar los tipos de material que se deben utilizar para fabricar temporales, determinar la biocompatibilidad de los materiales restauradores transitorios, describir las ventajas y desventajas de las restauraciones transicional, describir la importancia de las prótesis transicionales después de una cirugía periodontal, y describir la importancia de la temporal en el tratamiento de odontología integral.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó una revisión bibliográfica resaltando la importancia de los temporales dentro del tratamiento odontológico integral. Como fuentes de información se tuvieron: Universidad del Bosque, Universidad Javeriana, Centro de Integración para Odontología CIEO, Fundación Santafé, Hemeroteca Nacional e Internet. Se tuvieron como unidades temáticas: La utilización, indicaciones y contraindicaciones de las temporales, técnicas para temporalizar, tipos de materiales para fabricar temporales, biocompatibilidad de los materiales restauradores transitorios, ventajas y desventajas de las restauraciones transitorias, prótesis transitorio después de una cirugía periodontal e importancia de la temporal en el tratamiento de odontología integral.

Para la presente investigación se tuvieron dos instrumentos: el primero fue la aceptación voluntaria de la paciente y el segundo la historia clínica.

Como procedimiento se manejó a una persona de 44 años de edad, género femenino, que no presentaba ningún antecedente sistémico.

Se le realizó a la paciente una valorización clínica en interconsultas con especialistas en el área de periodoncia, endodoncia y prostodoncia que permitió arrojar diagnósticos tales como periodontitis apical crónica no supurativa, caries subgingival, espesor biológico inadecuado. Por los cuales se efectuó una terapia receptiva mediante un procedimiento de alargamiento de corona clínica en los sextantes uno, dos y tres; y cirugía perirradicular en los pilares 11, 12, 21.

Se anestesió a la paciente con técnica infiltrativa, utilizando roxicaina al 2%, se realizaron incisiones submarginales a nivel de los dientes 11, 12, 14, 15 y cuña mesial y distal en el 27. Se elevó un colgajo mucoperiostico, para realizar osteotomía en las áreas apicales de los pilares 11, 12, 21, utilizando fresa redonda de diamante # 6, se cureteó a nivel perirradicular, continuando con la recección apical, preparación retrógrada y selle apical con cemento super EBA. Posteriormente se continuó con la terapia ósea receptiva para adecuar el espesor biológico con una fresa cilíndrica de diamante en los sitios necesarios y se reposicionó el colgajo apicalmente mediante sutura seda 4-0; se acondicionaron los temporales y se medicó al paciente con amoxicilina de 500 mg. cada 8 horas durante 7 días, ibuprofeno de 600 mg., uno cada 6 horas durante 5 días y enjuagues con clorexidina cada 12 horas durante 7 días, recomendando al paciente dieta blanda.

Se citó a la paciente 8 días después para realizar el control post-quirúrgico y retirar la sutura.

Seis semanas después de este procedimiento se tomó una impresión en silicona por adición, sin el uso de los hilos separadores; de la cual se obtuvo el modelo en el que se elaboró la estructura metálica en Níquel-Cromo con perlas de retención para adecuar el acrílico de termopolimerización.

Se realizó la prueba de estructura metálica para observar la adaptación, se envió al laboratorio en donde se le aplicó opacador para de esta manera camuflar el color oscuro del metal. Se enceró siguiendo todos los parámetros de oclusión y estética, se probó el encerado, se hicieron las correcciones y se envió al laboratorio nuevamente

para el procedimiento de acrilado. El maxilar inferior se temporalizó con una mucosoportada, para dar soporte posterior oclusal.

Se esperó el tiempo prudencial de 8 a 10 semanas para la estabilización de los tejidos periodontales, que es el tiempo recomendado para la reinserción de las fibras del tejido conectivo supracrestal y se tomó una impresión definitiva en silicona por adición usando hilos separadores en los calibres tres ceros (000) y uno (1) de la cual se obtuvo el modelo de trabajo. Se probó la estructura metálica de dos unidades telescópicas microfresadas dobles (16 y 27), dos unidades $\frac{3}{4}$ con microfresado (11 y 21), una prótesis parcial fija convencional de cuatro unidades (12-15), en oro tipo IV. Se realizó la prueba para observar la adaptación y se tomó una impresión en silicona pesada y liviana por adición para obtener un modelo de posición en el cual se elaboran la estructura de la prótesis parcial removible.

Sobre las estructuras metálicas de las coronas microfresadas se realizó con Licupast la estructura que después de colada se soldará a la estructura metálica de la prótesis parcial removible a través de soldadura láser.

Se probó porcelana y la estructura de prótesis parcial removible con los rodetes para la toma del registro de relación céntrica, se retorna al laboratorio y se prueba enfilado, se hacen las correcciones necesarias y nuevamente se devuelve al laboratorio para ser acrilada la prótesis parcial removible y glaciada la porcelana.

Se cita a la paciente nuevamente para la cementación de la protodoncia fija, la cual se realizó con cemento de ionómero de vidrio tipo I. en la misma cita se colocaron las prótesis removibles con indicaciones de colocación, remoción y el mantenimiento de la salud oral utilizando seda dental superflos para los puentes, cepillo proximal y los enjuagues de ayuda para mantener el periodonto sano y mejorar el pronóstico del tratamiento.

Se citó a la paciente a control a las 24 horas, se le realizaron las correcciones necesarias y se citó a control a los 8 días. Se observó el funcionamiento del tratamiento de una manera eficiente, la satisfacción absoluta por parte de la paciente, quien se citó a un nuevo control a los tres meses.

RESULTADOS

Las temporales son esenciales en los tratamientos de protodoncia y después de una cirugía periodontal.

Estos tratamientos temporales siempre deben cumplir ciertos requisitos que son: biológicos, estéticos y mecánicos pues son los que van a llevar a un tratamiento final satisfactorio, tanto para el odontólogo como para el paciente.

En el alargamiento de corona clínica es de suma importancia resaltar que para lograr el éxito en este tratamiento se debe tener una temporal que cumpla con todos los requisitos protodónticos adecuados, para de esta forma obtener una buena cicatrización, darle a los pilares protección pulpar, también son necesarios en el manejo de caries extensa y en todos los tratamientos protodónticos de larga duración.

Existen técnicas para temporalizar directas e indirectas; entre las directas se tienen: provisionales en bloque, provisionales de policarbonato, temporales con matriz en silicona, y temporales con matriz de acetato; entre las indirectas están: autopolimerización, termopolimerización, fotopolimerización (Triad) y termopolimerización con metal colado.

En este estudio se van a analizar las dos técnicas utilizadas que son autopolimerización usando índice y encerado, en esa técnica se tiene un encerado diagnóstico del tratamiento protodóntico a realizar y se hace un índice manipulando silicona por condensación, este índice es llenado de acrílico de autopolimerización y llevado a boca a la zona a restaurar, se retiran los excesos y se espera a su polimerización. Luego de retirado el temporal del índice se le da un pulido, se controla de oclusión y se le da un brillo y finalmente es cementado con un cemento que no contenga eugenol.

La otra técnica utilizada es termopolimerización con estructura colada o restauraciones temporales con metal colado. Para este tipo de restauración temporal se debe tomar una impresión, obtener un modelo y enviar al laboratorio para que realicen

una estructura colada con perlas de retención, luego es probada en boca del paciente para observar su adaptación, se manda nuevamente al laboratorio para que le realicen el respectivo encerado, se revisa el encerado en boca y se lleva nuevamente al laboratorio para que realicen el acrilado de esta restauración temporal.

Las restauraciones de metal colado pueden ser verdaderas matrices de cicatrización para pacientes que han sido sometidos a cirugía periodontal, las restauraciones provisionales de metal colado deben ser usadas con mayor frecuencia, pero esto solo se podría hacer si fueran menos costosas.

La duración del tratamiento comúnmente es excesiva por lo cual una restauración temporal de metal colado permite la evaluación de la oclusión, de la estética del periodo y de la articulación temporomandibular (ATM), y hace posible finalizar el plan de tratamiento sin los inconvenientes de los temporales convencionales.

Las indicaciones de las restauraciones temporales con metal colado son: para prótesis parcial fija de tramos extensos, tratamientos de larga duración, historias de fracturas frecuentes, fuerza masticatoria superior a la media.

Los materiales con que se fabrican temporales son acrílico de autopolimerización, de termopolimerización y resinas de fotopolimerización (Triad).

Las diferencias entre los dos materiales mas utilizados que son los de termopolimerización y autopolimerización son: las de termopolimerización son mas resistentes a la fractura. Las de autopolimerización son mas irritantes a los tejidos blandos debido a la constante liberación de monómero sin reaccionar. Las de termopolimerización tienen mayor estabilidad del color por que liberan monómero. Las de autopolimerización se contraen menos y adaptan mejor.

Las diferencias entre los temporales de autopolimerización con índice de silicona y los de metal colado son: los de metal colado presentan mayor resistencia a la fractura, mejor adaptación a los pilares, mejor translucidez, son menos irritantes y sus desventajas son que requiere mayor tiempo de trabajo y mayor costo. Y las de

autopolimerización sus ventajas son poco costo, menor tiempo de trabajo, son para tramos cortos y sus desventajas son irritantes, son de fácil fractura, tienen poca adaptabilidad y poca conservación de color.

En alargamiento de corona clínica es de suma importancia resaltar que para lograr un éxito en este tratamiento se debe tener una temporal que cumpla con todos los requisitos prostodónticos adecuados, para de esta forma obtener una buena cicatrización. Una excelente técnica para temporalizar es la restauración metal colada, las estructuras anatómicas asociadas a los márgenes restaurativos deben tener niveles adecuados de salud con un margen gingival estable, esto es únicamente visible en espacio biológico y puede ser desplazado por márgenes de la restauración. Y al cual debe darle un tratamiento temporal donde el profesional será la parte mas importante para que el tejido cicatrice en mejores condiciones.

El tratamiento de un paciente debe ser siempre multidisciplinario para lograr los mejores resultados en un tratamiento final.

El tratamiento llevado hasta el momento va en prueba de estructuras metálicas y será terminado en la semana del 15 al 19 de mayo y será entregado el tratamiento final.

CONCLUSIONES

Las restauraciones temporales son herramientas de diagnóstico donde se valora estética, fonética, función y parafunción.

El tiempo y el esfuerzo dedicado a la prótesis tradicional se reflejará en el éxito del tratamiento definitivo.

Los resultados satisfactorios obtenidos con la prótesis temporal deben ser transferidos a la restauración final.

De la adaptación y funcionalidad de la prótesis temporal depende el éxito o el fracaso de la cirugía periodontal.

La restauración final nunca se comenzará antes de la cicatrización completa del tejido periodontal.

El manejo interdisciplinario de los casos mejora la calidad del tratamiento y su pronóstico.

El tiempo y el esfuerzo dedicado a la prótesis transicional se refleja en el éxito del tratamiento definitivo.

Una buena restauración provisional debe satisfacer: protección pulpar, estabilidad posicional, función oclusal y próximal, debe ser de fácil limpieza y remoción; los márgenes adaptados y estéticos. Para que de esta forma el tratamiento definitivo sea de buen pronóstico.

Se debe tener en cuenta para cada caso que técnica de temporalización es la ideal, por esto es importante conocer y manejar las diferentes técnicas de temporalización, para que esta cumpla con los objetivos del odontólogo y del paciente.

RECOMENDACIONES

- Manejar al paciente de forma integral.
- Tener en cuenta que cada técnica tiene su indicación.
- Dar controles semanales a las temporalizaciones.
- No dejar restos de cementos de las restauraciones a nivel intrasurcular.
- Utilizar buenos materiales para temporalizar y para cementar.
- Dar instrucciones de higiene al paciente.

BIBLIOGRAFIA

- Alan A. Jeroff DMD J -AM dent -asoc 1997. Febrero 28 (2). 230-1
- Guzmán D. Andrés Guía de la Ciencia y aplicación de los materiales Dentales 1999.
- Amsterdam M. Provisional Splitting principles and techniques dent clic. North. Am, pag. 72-99. March 1959.
- Anthony G. Gegannt, and Harold G. Pryor J-Prosthet- dent vol. 58 (1) pag. 23-29. 1987.
- Anskan Samadzadeh DMD Gerard Kugel. DMD, Ellen Hurley, MSD Tutto university school of dental medicin, Boston, Mass the Journal of Prosthetic Disntistry. Novenber 1999.
- Beckett H.A. Evansrd J. Prosthodont Restor dent. 2 :113-5 1994
- Block p.l.dds j- prosthethis Dentistry. June Number 6 1987, Vol. 57.
- Blum J, Weiner S, Berendsen P.J. Prosthet Dent 1991 ; 65 : 642-6.
- Breeding I. C. Indirect Temporary acrylic restorations for fixed prothodontic, Jada, 105 1026-1029 1982.
- Catherine J. Binkley, P. Thonaslrvin J.-prosthethis dentistry. Vol. 57 Nom 6 1987.
- Chinche G. Improving marginal adaptation of provisional restorations, Quintessence Int. 1990 ; 21 :325-9.
- Chung Ming Hung. Saul Weiner, Ajit Destane, and T.K. Vaidyana- Than. J - Prosthet dent 1993 ; 69 : 573-7.
- Clements, W.G. Predietable anterior determinants, J. Prosth dent pag 49 : 40-45.
- Kaiser David A, DS and John D Jones, J - Prosther dent 1999 ;81 : 729-30.
- Eric M. Langen Walter and Richard D. Jordan, Oscar Espinoza J - Prosthet dents Agos 1987 Vol. 58(2) pag. 246-248.
- Evang - Wei - Hsu and Yu - Fushen J-Prosthet dents 1997 ; 78 : 528.
- Fritts, R. W. And Thayer. Fabricación of temporary J. Prosthet dent 30 (2) 151 - 155.
- Gegauff, A.G. and pryor, H.G. Fratie Toughness of provisional resin filling materials, jada, 46 : 265-269. 1953.
- Hung C.M. Weiner S. Dastance A, Vaidyanathan TK J Prosthet Dent 1993 ;69 :573-7.
- Hunter, rn Construction of occure acrylic resin provisional restrations, J. Prosthet dent SO. 520- 523. 1983.
- Jack H. Kounjian and Arthur Nimmo J. Prosthet dent 1990 ; 64 : 564 - 658.
- Joseph E Fias Conaro and Harold Sherman - Jada, Vol. 76 Jan.1968.