

Restauraciones Anteriores. Relación protético-periodontal.

Dr. Miguel Tannous

La cualidad estética de las restauraciones, terapéuticas o protéticas, tienen como objetivo lograr la reproducción natural del diente en color y forma. La integración biológica de las mismas esta referida a la estabilidad marginal del periodonto.

La pregunta siempre surge: Existe una terminación cervical que garantice la restauración?. En caso afirmativo, existen elementos que permitan la apreciación clínica de dicha estabilidad?

Cualquier terminación elegida, de acuerdo al tipo de restauración, será afectada por el número de eslabones del laboratorio, sumando a veces ciertas imperfecciones, aumentando la presencia de un cemento residual y rugoso; creando un hiatus residual potencialmente activo para el desarrollo de la placa bacteriana.

En la dentadura natural existe una recesión gingival fisiológica, debido a una pérdida de la estabilidad del periodonto marginal de protección, siendo su etiología multifactorial y contradictoria. Ennumeremos algunas de ellas:

- Insuficiencia de encía, adherente o no.
- Higiene oral-insuficiente-deficiente-rigurosa o no relacionada a procesos inflamatorios localizados mediante estudios histológicos.
- Retención de depósitos bacterianos, etc.

Apoyando estos factores etiológicos pueden agregarse ciertas condiciones anatómicas, tales como:

- Malposición dentaria.
- Inersión alta de bridas y frenillos.

Variaciones en la relación esmalte/cemento.

Los espesores alveolares son más delgados en los sectores anteriores en vestibular que en palatino o lingual. Al contrario en las zonas posteriores son las tablas palatinas o linguales las más finas.

Con respecto a la encía adherente es preciso tener en cuenta:

- a- La vestibulización o lingualización dentaria.
- b- La incisión coronaria de frenillos y bridas que traccionan de la encía adherente.
- c- Piezas prominentes caninos o premolares recubiertos de encías delgada.
- d- Edad del paciente: La cantidad de encía adherente es más importante en el adulto que en paciente joven.

La realización de restauraciones aumentan los riesgos para que padezcan retracciones gingivales; por consiguiente el límite cervical de las preparaciones dentales debe ser ubicado de manera tal que:

- 1- el profesional pueda controlar la preparación, la impronta, la adaptación y el sellado.
- 2- el paciente pueda eliminar la placa bacteriana.

3- lograr la mejor estética.

Estos principios pueden obtenerse si se sobrepasan los límites biológicos, 1mm o más en dirección apical corriendo el riesgo de lesionar el epitelio de unión y las fibras gingivales, lo que trae aparejado en segunda instancia una resección del periodonto marginal, el que condiciona nuestra preparación terapéutica.

Si la condición clínica es favorable debemos encontrar:

- un surco de profundidad confiable
- una densa ligadura conjuntiva
- una suficiente altura de encía adherente
- una encía densa y maciza.

Si las características clínicas son desfavorables es necesario recurrir a la cirugía periodontal, lo mismo que en aquellas que albergan restauraciones anteriores y que su potencial de resistencia se encuentre disminuido, facilitando la retención de la placa bacteriana.

En estos casos es preciso rehacer las restauraciones como debiera ser con el objetivo de mejorar el aspecto clínico.

En algunas oportunidades es preciso evaluar piezas desvitalizadas ya que la decoloración de las mismas nos impone ubicar el límite subgingivalmente, arriesgando de esa manera la estabilidad periodontal con tratamientos quirúrgicos.

Todas estas exigencias

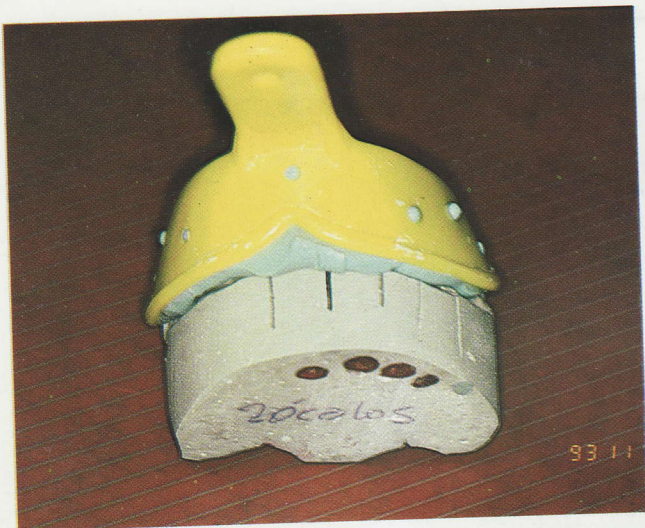


FIGURA 1

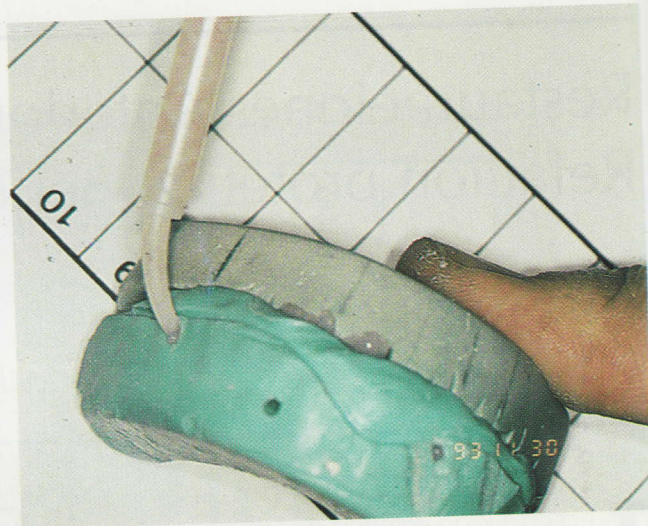


FIGURA 2

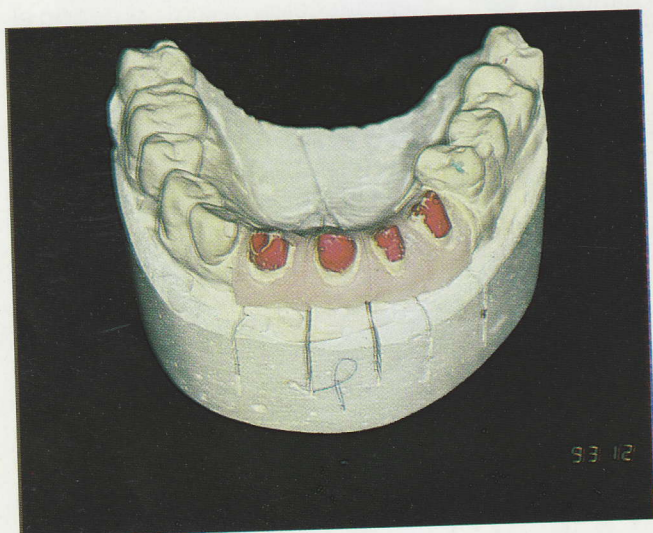


FIGURA 3

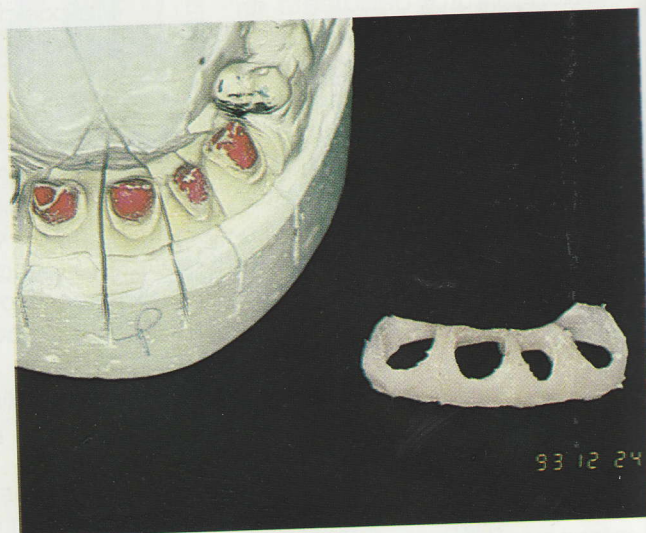


FIGURA 4

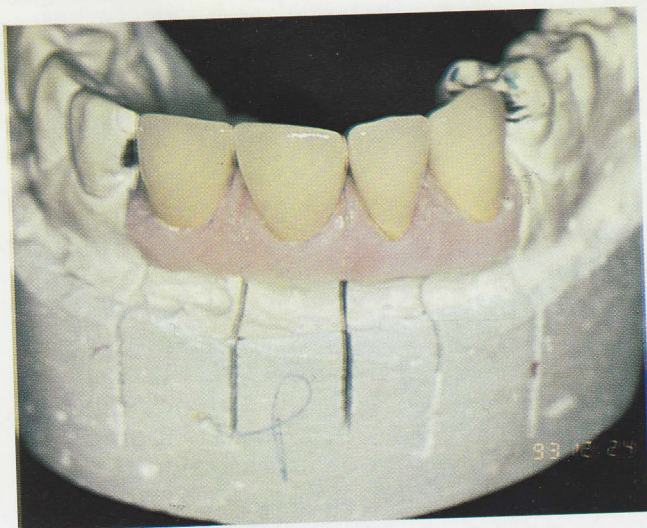


FIGURA 5



FIGURA 6

requeridas para las restauraciones en el sector anterior pueden ser controladas y también mejoradas cuando se utilizan materiales de replica gingival llamadas máscaras gingivales.

Los materiales utilizados para tal objetivo son polinilsiloxano.

La técnica consiste en lo siguiente:

Obtenido el modelo definitivo en densitas-yesos extra-duros-, se toma una impronta de dicho modelo con su cubeta de stock y material elástico en consistencia de masilla. (fig. 1)

Polimerizada la misma se desprende la cubeta de la impronta y con bisturi se limita la misma a las zonas a reproducir abarcando una o dos piezas hacia distal de la preparaciones talladas.

A continuación se realizan dos o más perforaciones por vestibular y palatino - lingual de la silicona masa.

Se procede a seccionar el

modelo de trabajo individualizado los troqueles y recortandolos a nivel de las terminaciones periféricas.

Se calza la impronta masa sobre el modelo troquelado y a través de las perforaciones hechas se inyecta el material reproductor de encia-polinilsiloxano fluido- que ocupara el espacio que correspondía al yeso recortado del modelo cuando se individualizaron los troqueles (fig. 2).

Dadas las características de ambos materiales, estos no se adhieren, lo que permite la separación y adaptación adecuada a cada diente en particular (fig. 3 y 4)

El laboratorio podrá así adaptar correctamente las restauraciones no sobrepasando los límites anatómicos reproducidos (fig. 5 y 6).

Esta maniobra se realiza adaptando correctamente la máscara gingival a los límites preestablecidos, corrigiendo

pequeños detalles con bisturi o tijeras.

Conclusiones

El pronóstico de las relaciones protéticas periodontales a largo plazo está en función de la calidad del periodonto marginal que lo rodea.

En situaciones desfavorables, su potencial de resistencia debe ser aumentada por medio de la cirugía periodontal reforzada.

Por otro lado, al ser subjetiva la apreciación clínica de la resistencia periodontal es preferible privilegiar la duda antes de afirmar certezas, cayendo en el abuso terapéutico del sobretratamiento periodontal que es el más incierto.

Con la ayuda de las máscaras gingivales logramos resultados predecibles a mayor plazo que con técnicas convencionales.

Bibliografía

Siber C. Quintaessencia Técnica. 3: 2, 94-107

Baunwarth J. Quintaessencia Técnica: 3: 8; 469- 487

Phillips R.W. Skinner's Science of Dental Materials ed. 7 Philadelphia: Saunders 1973

Kwata M. Atlas color Tecnología en Metal Cerámica. Tomo II. Ed. Actualidades Médicas Odontológicas Latinoamericanas C.A. 1989.

Lunes a Viernes
de 9 a 20 Hs.
Sáb. de 9 a 12 Hs.

CALLE 9 Nº 614
(44 y 45)
TEL. 24-3758
LA PLATA

Rayos Panoramic

GABINETE DE RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA

Radiografías intraorales - Panorámicas incluyendo un espectro radiográfico computarizado con 12 programas Telerradiografías - Condiolografías - Senos Maxilares - Cavum - Cefalometrías: Steiner - Tweed - Wylie - Shwartz

RICKETTS SISTEMA DIAGNOSTICO COMPUTARIZADO
LATERAL Y FRONTAL