

Tratamiento estético-rehabilitador sobre dientes e implante en sector antero-superior

Castelo-Baz P*, Bello-Castro A**, Argibay-Lorenzo O**, Leira-Feijoo Y**, Ramos-Barbosa I***, Blanco-Carrión J****

RESUMEN

El tratamiento de las fracturas horizontales dentales siempre son un reto para el odontólogo restaurador. Se debe estudiar su posición para establecer el mejor plan de tratamiento. El caso que mostramos se trata de una paciente de mediana edad remitida a la consulta por molestia en los dientes 11 y 21. Tras el estudio con CBCT del caso, se observa que el diente 11 presentaba una fractura corono-radicular subcrestal. Por ello, se decide realizar un implante inmediato en 11 y un tratamiento retratamiento en diente 21.

PALABRAS CLAVE: estética, implante inmediato, retratamiento endodóncico.

ABSTRACT

Treatment of horizontal fractures is always a challenging procedure for the restorative dentist. It's important to study the localization of the fracture to establish the best treatment plan. This case, it's a patient of middle age referred to our clinic because of pain at 11 and 21 teeth. After the study with CBCT, we observed that tooth 11 presents a subcrestal crown-root fracture with pulp involvement. For that reason, we decided to put an immediate implant in 11 and to make an endodontic retreatment in 21.

KEYWORDS: aesthetics, immediate implant, endodontic retreatment.

INTRODUCCIÓN

Uno de los aspectos fundamentales en la clínica diaria es decidir la viabilidad de un diente de forma individual; para ello se debe realizar un correcto diagnóstico del mismo, tras el cual estableceremos el pronóstico de dicho diente, estudiando el estado endodóncico, restaurador, periodontal, la estética, etc¹. Una gran herramienta diagnóstica es el CBCT. Este nos podrá ayudar a diagnosticar el estado endodóncico de un diente, fracturas (como el caso que mostramos), conductos no tratados, presencia de patología apical, así como la cantidad de hueso disponible para un posible implante, presencia de cortical alveolar, etc^{2,3}.

La tasa de éxito para dientes restaurables con fracaso endodóncico se encuentra en el 80 %⁴. Mientras que la tasa de éxito para implantes se encuentra en torno al 90 %⁵. Por ello, siempre que sea factible realizar el retratamiento de un diente debemos realizarlos, manteniendo siempre la opción del implante en segundo lugar.

En este artículo, se describe la técnica para el tratamiento de un fracaso endodóncico en diente 21 así como la colocación de un implante inmediato en 11. Se describe también la provisionalización y su rehabilitación final estética.

*Doctor en Odontología. Universidad de Santiago de Compostela.

**Licenciado/a en Odontología. Universidad de Santiago de Compostela.

***Profesora asociada. Universidad de Santiago de Compostela.

****Profesor titular. Universidad de Santiago de Compostela..

Correspondencia: Pablo Castelo Baz. Clínica dental Blanco Ramos. Calle del Hórreo 35, bajo. 15702 Santiago de Compostela.

Correo electrónico: pablocastelobaz@hotmail.com

CASO CLÍNICO

Paciente remitida a la clínica por fracaso endodóncico-restaurador de dientes 11 y 21. La paciente refiere dolor espontáneo y al contacto con los dientes inferiores. Tras la exploración clínica (Figura 1A), radiológica y CBCT (Figuras 1B-D) se observa una fractura corono-radicular oblicua 3 mm subcrestal en 11 y una periodontitis apical aguda en 21. Por todo ello decide el siguiente plan de tratamiento:

- Retratamiento de 21, reconstrucción con poste del muñón y corona de circonio.
- Extracción e implante inmediato en 11.
- Composites en 12 y 22
- Como provisional se empleará una resina acrílica con pilar en 21 y una extensión a 11 con apoyo en 12.

Retratamiento endodóncico en 21

Antes de comenzar con el caso, tomamos unas impresiones de ambas arcadas y un registro intermaxilar para solicitar al laboratorio un provisional de resina acrílica en "cáscara de huevo" (Figura 2), teniendo en cuenta que el diente 11 será extraído. Cuando disponemos de este, procedemos a levantar las coronas sobre los dientes.

En primer lugar, cortaremos las coronas (Figura 3A) y las retiraremos. Una vez eliminadas, observamos que el muñón de 21 está fracturado (Figuras 3B y C) pero que disponemos de suficiente "ferrule" para poder restaurar dicho diente.

En esta primera visita realizamos la primera parte del retratamiento, ayudándonos de fresas tipo Gates nº3 y de las limas rotatorias de retratamiento D2 y D3 del sistema "ProTaper" (Dentsply Maillefer). Las empleamos hasta que conseguimos alcanzar la constricción apical. Una vez alcanzamos la constricción, instrumentamos con el sistema "ProTaper Next" hasta



FIGURA 1.



FIGURA 2.

X4. Realizamos una desinfección del sistema de conductos con hipoclorito de sodio al 5,25 % así como con EDTA al 17 % activando ambos con una vibración sónica ("EndoActivator", Dentsply Maillefer). No dejamos ningún tipo de medicación intraconducto y procedemos a realizar una reconstrucción provisional del muñón (Figura 4).

Extracción e implante en 11

Tras un estudio minucioso con CBCT se decide extraer el diente 11 y realizar un implante inmediato. En primer lugar se procede a realizar una extracción totalmente atraumática de diente 11 (Figuras 5 A y B) con el fin de preservar la cortical vestibular alveolar, para ello se emplean microbotadores y fuerzas moderadas.

Una vez realizada la extracción se procede a la colocación del implante; tras el fresado del lecho se coloca el verificador de posición del implante y se rellena el gap con "Bioss-collagen" (Geistlich Biomaterials) (Figuras 5C).

A continuación, se procede a la colocación del implante, que en este caso decidimos situarlo 2 mm subcrestal posicionando inmediatamente un pilar de titanio (2,5 mm de altura) sobre el mismo ("SRA", Straumann) (Figuras 5 D y E). El implante alcanzó un torque de 15N. Una vez realizado, se coloca una tapa de cicatrización sobre el pilar (Figuras 6 A y B).

Colocado el implante y la tapa, se coloca un provisional acrílico rebasado sobre el 21 y con un apoyo mesial en 12, lo que mantendrá la estética, preservará los tejidos y protegerá al implante (Figuras 5 C y D).



FIGURA 3.



FIGURA 4.

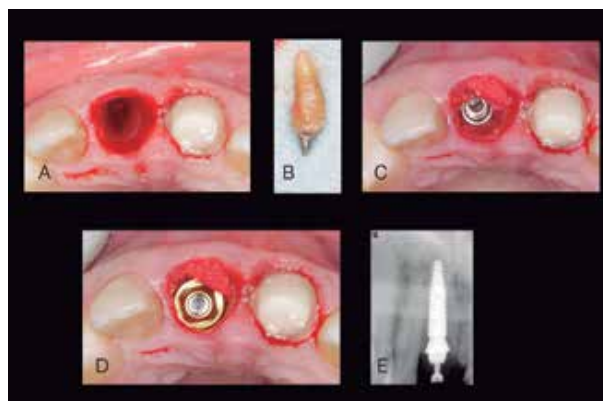


FIGURA 5.



FIGURA 6.

Finalización del retratamiento del diente 21

Tras quince días de la cirugía, y de la primera parte del tratamiento del 21, se finaliza el retratamiento. Para ello empleamos una técnica de ola continua (Figuras 7 A y B). Posteriormente, realizamos la reconstrucción con poste del diente. Para ello, empleamos un poste de fibra de vidrio y un cemento de resina ("Core&Post", Dentsply), así como un composite nanohíbrido para la conformación del muñón ("CeramX Universal", Dentsply) (Figuras 7 C y D).

Tratamiento estético-rehabilitador

Una vez transcurridas 8 semanas procedemos a la rehabilitación sobre el diente y sobre el implante (obsérvese el estado de los tejidos a las 8 semanas, Figura 8A). En ese momento, retallamos el diente 21 (Figura 8B) y tomamos impresiones sobre el diente y el implante (Figura 8C) y colocamos un segundo juego de provisionales, en este caso individuales para terminar de conformar el tejido blando. Con este, modificamos el contorno crítico del diente 11⁶.

Una vez que tenemos los tejidos blandos en la posición adecuada y con un aspecto estético adecuado (Figura 9A), comenzamos con la fase final de la prótesis. En primer lugar, solicitamos una prueba de estructura de las coronas de



FIGURA 7.



FIGURA 8.



FIGURA 9.

circonio. Tras comprobar que el ajuste era el adecuado (Figura 9B) y tomar el color (Figura 9C), las pedimos finalizadas. Dos semanas más tarde cementamos la corona en 21 y atornillamos la corona en 11. En la misma sesión, reto-camos los dientes 12 y 22 con composite. En la Figura 10 podemos observar el caso finalizado a los 4 meses de su rehabilitación.

DISCUSIÓN

El caso presentado se trata de un tratamiento estético rehabilitador del sector anterior de una paciente de mediana edad por fracaso de su prótesis fija dentosoportada en dientes 11 y 21.

En cuanto al diente 21, se optó por un retratamiento de conductos ya que disponíamos de un "ferrule" adecuado (mayor a 1,5 mm)⁷. Es fundamental en este tipo de casos disponer de esta estructura para que el tratamiento sea predecible a largo plazo. Posteriormente se rehabilitó con una corona de circonio, debido a su excelente comportamiento estético⁸.

En cuanto al diente 11, presentaba una fractura coronoradicular oblicua, 3 mm subcrestal a nivel vestibular. Debido a esta fractura se decidió realizar la extracción. Otras posibles alternativas hubiesen sido la extrusión ortodóncica⁹ o la extrusión quirúrgica¹⁰; sin embargo, la proporción coronoradicular ser vería muy disminuida y, por ello, se decidió realizar la extracción.



FIGURA 10.

En este caso, se decidió realizar una extracción y un implante inmediato ya que la paciente presentaba una cortical alveolar íntegra.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tomasi C, Wennström JL, Berglundh T. Longevity of teeth and implants – systematic review. J Oral Rehab. 2008; 35: 23-32.
2. Ball RL, Barbizam JV, Cohen N. Intraoperative endodontic applications of cone-beam computed tomography. J Endod. 2013; 39: 548-57.
3. Benic GI, Elmasry M, Hämmerle CH. Novel digital techniques to assess the outcome in oral rehabilitation with dental implants: a narrative review. Clin Oral Implants Res. 2015; 26 :86-96.
4. Salehrabi R, Rotstein I. Epidemiologic evaluation of the outcomes of orthograde endodontic retreatment. J Endod. 2010; 36: 790-2.
5. Moraschini V, Poubel LA, Ferreira VF, Barbosa Edos S. Evaluation of survival and success rates of dental implants reported in longitudinal studies with a follow-up period of at least 10 years: a systematic review. Int J Oral Maxillofac Surg. 2015; 44:377-88.
6. Su H, González-Martín O, Weisgold A, Lee E. Considerations of implant abutment and Crown contour: critical contour and subcritical contour.

- Int J Periodontics Restorative Dent. 2010; 30: 335-343.
7. Juloski J, Radovic I, Goracci C, Vilucevic ZR, Ferrari M. Ferrule effect: A literature review. J Endod. 2012; 38: 11-19.
 8. Alfawaz Y. Zirconia Crown as single unit tooth restoration: a literature review. J Contemp Dent Pract. 2016; 5: 418-22.
 9. Gonçalves E, Carneiro R, Villamarin R, Chambrone L. A mixed-model study assessing orthodontic tooth extrusión for the reestablishment of biologic width. A systematic review and exploratory randomized trial. Int J Periodontics Restorative Dent. 2015; 35: 19-27.
 10. Kim SH, Tramontina V, Passenezi E. A new approach using the surgical extrusión procedure as an alternative for the reestablishment of biologic width. Int J Periodontics Restorative Dent. 2004; 24: 39-45.