Beneficios de una planificación metódica en la odontología estética

Visión general sobre los aspectos quirúrgicos y protésicos

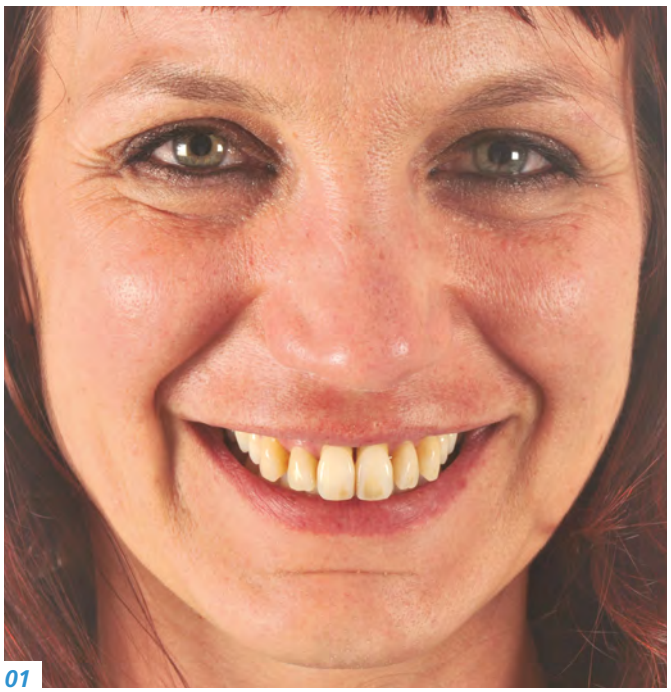
Un artículo de Dr. Stefen Koubi, Marsella/Francia, y Gérald Ubassy, Rochefort du Gard/Francia

En restauraciones complejas en la zona de los dientes anteriores, una terapia específicamente dirigida representa la primera opción para alcanzar resultados predecibles y reproducibles.

La mayoría de los odontólogos con frecuencia se enfrentan a grandes retos a la hora de emprender una terapia restauradora en la región anterior. La exigencia de alcanzar un resultado satisfactorio requiere la aplicación de un concepto preciso. Sólo con una planificación bien fundamentada y su consecuente realización, se pueden alcanzar los resultados esperados. De hecho, la odontología moderna tiene por objeto alcanzar resultados estéticos de una manera simple. En particular el éxito del tratamiento en la región anterior depende sustancialmente de una planificación cuidadosa. De esto forma parte tanto un análisis individual de la sonrisa del paciente como también un modelo de trabajo. El modelo de trabajo sirve para planear y representar con exactitud las formas y contornos de la futura restauración. El objeto del presente artículo consiste en describir una técnica de tratamiento comparativamente simple con base en un caso clínico. La planificación estética inicial es realizada conjuntamente por el odontólogo y el técnico dental. Esta es la directriz para todos los pasos clínicos y sirve, por así decirlo, como GPS para "navegar" de una manera metódica a través del tratamiento.

Presentación del caso clínico

Una mujer de aproximadamente 40 años de edad acudió a la consulta por presentar una fuerte movilidad de los dientes anteriores, con los correspondientes perjuicios estéticos (Figs. 1 y 2). Los dientes se habían movido hacia adelante y la línea de la sonrisa había descendido. Además, la paciente padecía de una severa periodontitis, lo que se manifestaba entre otras cosas por las recesiones gingivales en la anterior superior (Fig. 3). En el examen detallado se determinó que los cuatro dientes anteriores superiores ya no podían conservarse y tenían que ser extraídos. Después de la extracción de los dientes, se insertarían dos implantes en las regiones 12 y 22 y posteriormente se colocaría un puente implanto-soportado



01

01 — *La paciente no estaba satisfecha con su sonrisa.*

02 — *Los dientes anteriores superiores estaban parodontológicamente dañados y habían migrado hacia anterior.*

02

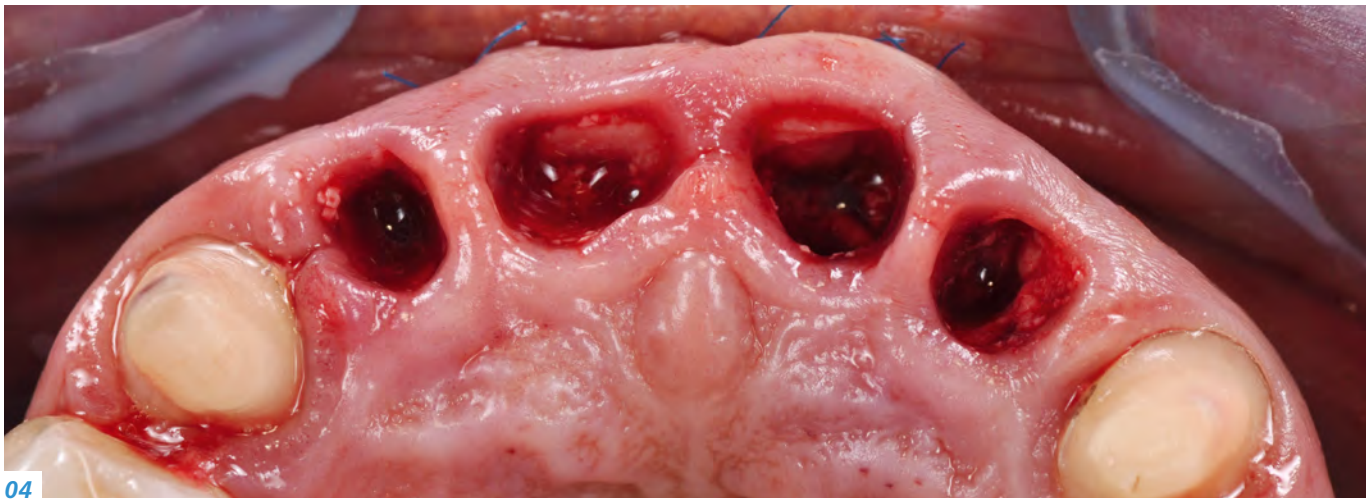
03

03 — Vista intraoral. Recesiones gingivales causadas por la severa parodontitis en los dos dientes incisivos medios en el maxilar superior.

04 — Situación después de la extracción.

05 — Integración de los provisionales en el mismo día de la implantación.

06 — La situación después de seis meses.



04

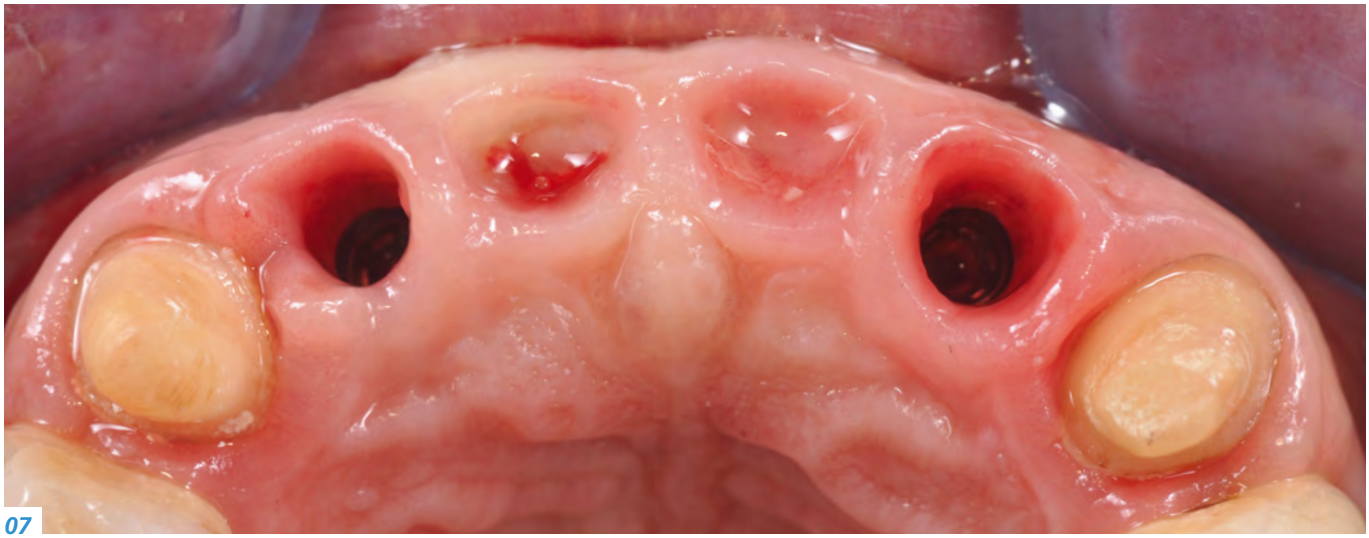
05

06

desde el diente 12 hasta el 22, así como coronas individuales sobre los dientes 13 y 23. Con la restauración de los dientes anteriores se quería crear una línea de la sonrisa armónica con una convexidad ideal. La sonrisa de la paciente se analizó a través de diversas fotografías que además también fueron muy útiles en la toma de impresión. Con esta base, en el laboratorio dental pudo fabricar entonces un puente provisional del diente 13 al 23 con material de PMMA (Telio® CAD), integrándose ya en esta fase los cambios estéticos y funcionales.

Cirugía con fines protésicos

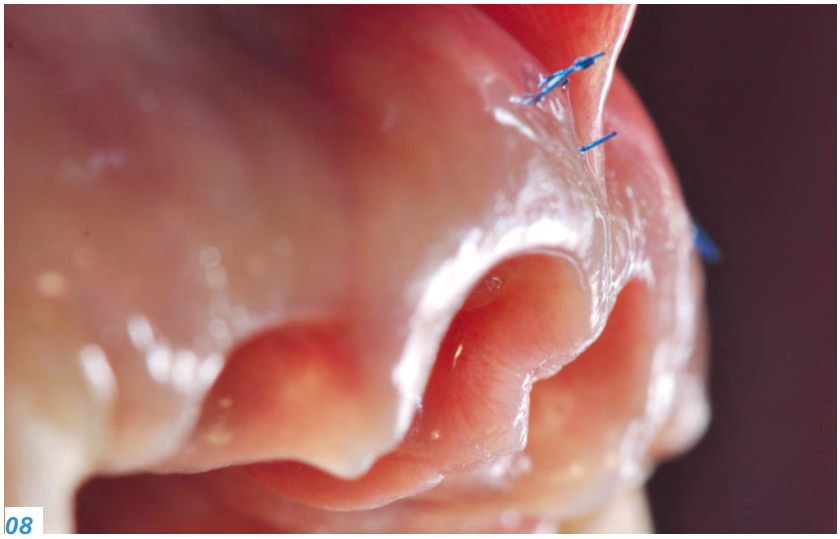
En la segunda sesión de tratamiento, se extrajeron los cuatro dientes anteriores y los dientes caninos 13 y 23 fueron preparados para recibir el puente provisional (Fig. 4). En la misma sesión se insertaron dos implantes (V3, MIS Implants Technologies) en las regiones 12 y 22, que posteriormente servirían como pilares para el puente implanto-soportado. En esta intervención también se insertaron dos transplantes de tejido conjuntivo en las regiones 11 y 21, con el fin de aumentar el volumen horizontal del maxilar. Con el aumento del tejido, adicionalmente se quería volver a restaurar la convexidad del arco dental y crear al mismo tiempo la base para un perfil de emergencia ideal. Los alveolos en las regiones 11 y 21 fueron rellenados con un material de sustitución ósea (Xenotransplant, Bio-Oss), con el fin de prevenir un hundimiento del volumen tisular después de la extracción. Después de la intervención quirúrgica se colocó el puente provisional (Fig. 5). En principio, el tratamiento provisional en este tipo de terapia representa un paso decisivo de la



07

07 — Vista oclusal después de retirar el tratamiento provisional.

08 — Conformación óptima del tejido blando. Debido a los provisionales bien diseñados se formaron nuevas papilas interdentales.



08

terapia que determina de forma sustancial el éxito del tratamiento. En la zona basal del puente provisional se aplicó un composite fluido y a través de la ligera compresión de la encía se conformó el perfil de emergencia deseado. Una compresión ideal del tejido promueve la conservación del volumen tisular.

Observación: El proceso de curación influye considerablemente en el éxito del tratamiento al completo. El acondicionamiento de la encía ayuda a preservar el volumen del tejido.

Seis meses después

Durante la remoción del puente provisional, se pudo observar el resultado exitoso de la gestión gingival (Figs. 6 y 7). Incluso las papilas en los implantes de los dientes anteriores se habían formado de manera óptima, de tal manera que las restauraciones planeadas de cerámica sin metal se podían integrar de manera muy estética (Fig. 8). Debido a la resorción ósea avanzada en la región de los dientes anteriores a causa de la severa periodontitis, fue necesario insertar los implantes de forma angulada. Por esta razón, no era posible realizar una construcción protésica atornillada.

Fabricación del tratamiento definitivo

Después de tomar la impresión de la situación, entre otras cosas se fabricó un modelo virtual del tratamiento provisional. Por medio de un cut-back, las estructuras se pudieron construir de tal manera que se obtuvo la base perfecta para las restauraciones de cerámica. Los abutments fueron fabricados mediante la técnica de inyección con IPS e.max® Press y unidos extraoralmente de manera fiable a las bases de titanio usando el composite de cementación Multilink® Hybrid Abutment (Fig. 9). Las estructuras de óxido de circonio para el puente, así como las coronas 13 y 23, fueron fabricados de IPS e.max ZirCAD MT, un material con un alto grado de translucidez y excelentes propiedades estéticas (Figs. 10 y 11). Después de la caracterización de las estructuras, se realizó el blindaje individual con la cerámica de estratificación altamente estética IPS e.max Ceram (Figs. 12 y 13).

09

09 — Abutments híbridos de cerámica de inyección (IPS e.max Press) sobre el modelo.

10 — Cofias y estructura del puente de IPS e.max ZirCAD MT (óxido de circonio translúcido)

10

11

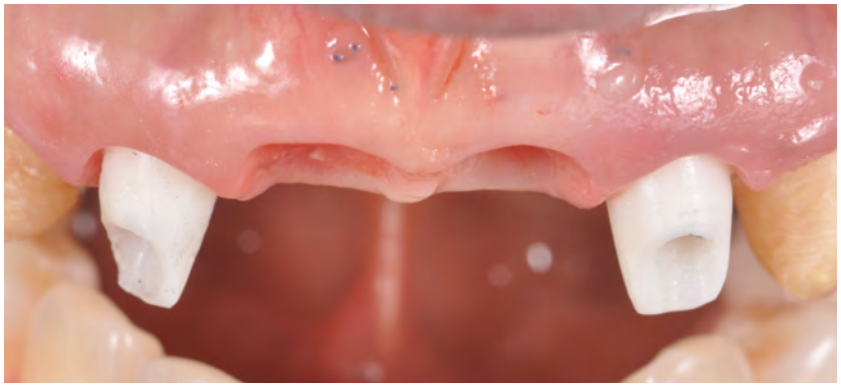
11 — Translucidez del óxido de circonio.

12 — Blindaje de las estructuras con la cerámica de estratificación IPS e.max Ceram.

13 — Las restauraciones antes de su colocación.

12

13



14 — Los abutments de cerámica sin metal ya integrados.

15 — Integración parodontal del puente.

Colocación de las restauraciones

El tejido blando se había formado óptimamente, lo que se pudo comprobar nuevamente durante la prueba de ajuste de la restauración (Figs. 14 y 15). Las restauraciones soportadas por óxido de circonio fueron integradas con el cemento de sujeción autoadhesivo SpeedCEM® Plus. Para ello, los abutments de disilicato de litio IPS e.max Press fueron grabados con ácido fluorhídrico y silanizados con Monobond Plus, con el fin de acondicionarlos para la unión adhesiva del puente. Después de integrar las restauraciones, se observó que la translucidez de las restauraciones soportadas por óxido de circonio es muy similar a la del disilicato de litio (Figs. 16 a 18).

En el resultado se manifestaron propiedades estéticas impresionantes – las restauraciones emergen como "crecidas" naturalmente del tejido blando (Figs. 19 a 21).

16 — Perfil de emergencia de apariencia natural.

17 — Comprobación de los parámetros funcionales.

18 — Vista oclusal. La convexidad de la gingiva pudo ser restablecida.

19 — *Vista de primer plano al sonreír. Propiedades ópticas ideales.*

20 — *Imagen labial desde frontal al sonreír.*

21 — *Una paciente totalmente satisfecha.*

Conclusión

La planificación precisa de la terapia y la buena colaboración dentro del equipo clínico permiten que en las terapias complejas los pasos quirúrgicos se puedan manejar por etapas y de forma metódica. Esto contribuye de manera decisiva al éxito estético. El uso de óxido de circonio translúcido en la región de los dientes anteriores abre nuevas perspectivas estéticas debido a sus prometedoras propiedades ópticas. En restauraciones complejas en la zona de los dientes anteriores, una terapia simple, específicamente dirigida y basada en recursos digitales, representa la primera opción para alcanzar resultados predecibles y reproducibles.

Dr. Stefen Koubi
L'institut de la facette
51 bis, rue Saint Sébastien
13006 Marsella
Francia
koubi-dent@wanadoo.fr
www.linstitutdelafacette.com

Gérald Ubassy
Centre de Formation International
Route de Tavel - Impasse des Ormeaux
30650 Rochefort du Gard
Francia
contact@ubassy.com
www.ubassy.com