

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Odontología



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

REHABILITACION ORAL MULTIDICIPLINARIO EN EL SECTOR ANTERIOR SUPERIOR-REPORTE

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

Autor: Melva Yaquy DE LA CRUZ ANTEZANA

Asesor: MG. HOSPINAL P. ESCADILLO JANE

Líneas de Investigación de la Universidad: Salud y Gestión de la salud

Huancayo – Perú

2022

DEDICATORIA:

A MIS QUERIDOS PADRES:

Por él, apoyo incondicional y paciencia en cada paso de mis estudios, han sido los impulsores y la inspiración de seguir adelante en el sendero de la vida.

AGRADECIMIENTO

a mis maestros de la universidad que me formaron con un nivel académico deseado, a mi asesor que me guio tenazmente con mi trabajo, a mi paciente que entrego su tiempo para realizar este caso clínico y a todas las personas que de alguna manera contribuyeron para realizar mi formación.



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD DIRECCIÓN DE LA UNIDAD DE
INVESTIGACIÓN

“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

CONSTANCIA

DE SIMILITUD DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN POR EL SOFTWARE DE PREVENCIÓN DE PLAGIO TURNITIN

La Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, hace constar por la presente, que el Trabajo de Suficiencia Profesional titulado:

REHABILITACION ORAL MULTIDICIPLINARIO EN EL SECTOR ANTERIOR SUPERIOR-REPORTE

Cuyo autor (es) : **DE LA CRUZ ANTEZANA MELVA YAQUY**
Facultad : **CIENCIAS DE LA SALUD**
Escuela Profesional : **ODONTOLOGÍA**
Asesor (a) : **MG. HOSPINAL P ESCAJADILLO JANE**

Que fue presentado con fecha: 31/05/2022 y después de realizado el análisis correspondiente en el software de prevención de plagio Turnitin con fecha 01/06/2022; con la siguiente configuración del software de prevención de plagio Turnitin:

- Excluye bibliografía
- Excluye citas
- Excluye cadenas menores a 20 palabras
- Otro criterio (especificar)

Dicho documento presenta un porcentaje de similitud de 13%.

En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentajes establecidos en el Artículo N° 11 del Reglamento de uso de software de prevención de plagio, el cual indica que no se debe superar el 30%. Se declara, que el trabajo de investigación: si contiene un porcentaje aceptable de similitud.

Observaciones: Se analizó con el software dos veces.

En señal de conformidad y verificación se firma y sella la presente constancia.

Huancayo, 01 de junio de 2022

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES Facultad de
Ciencias de la Salud



Pr.D. EDITH ANCCO GOMEZ
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA N° 206 – DUI – FCS – UPLA/2022

c.c.: Archivo
EAG/vjchp

CONTENIDO

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTO.....	3
CONTENIDO.....	4

CAPITULO II

2.1 INTRODUCCION.....	7
2.1.1 Planteamiento de problema	8
2.2 MARCO TEORICO.....	10
Antecedentes.....	10
2.2.1 BASES TEÓRICAS	13
Tratamiento de piezas dentarias endodónticamente.....	13
Factores a considerar para efectuar una restauración dental ideal	15
Procedimientos para la restauración de piezas dentarias posendodónciados	16
Criterios y aspectos básicos a tener en cuenta en la restauración	17
Postes de fibra de vidrio.....	18
Principios de la preparación dental fija.....	19
Clasificación de los postes	19
Propiedades	20
indicaciones.....	23
contraindicaciones	24
Principios de la preparación dental fija.....	24
2.3 OBJETIVO GENERAL.....	28

CAPÍTULO III

3. CONTENIDO.....	29
-------------------	----

3.1 DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO.....	29
HISTORIA CLÍNICA.....	29
3.2 DIAGNÓSTICO Y PRONOSTICO.....	31
3.3 PLAN DE TRATAMIENTO	32
A. Tratamiento previo y correctivo	32
B. Procedimiento.....	32
PLAN Y CONTROL DE MANTENIMIENTO	41

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES.....	42
-------------------	----

CAPÍTULO V

APORTES.....	44
--------------	----

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA	45
---------------------------------	----

CONTENIDO DE FIGURAS

FIGURA N°01	
Sonrisa de diagnóstico inicial con fractura de pieza dentaria	30
FIGURA N°02	
Fractura coronaria de la pieza dentaria 1.1	31
FIGURA N°03	
Imagen radiográfica de diagnóstico con fractura coronaria	32
FIGURA N°04	
Imagen radiográfica de conductometria	33
FIGURA N°05	
Imagen radiográfica de la conometria	33
FIGURA N°06	
Imagen radiográfica de la obturación endodóntica	34
FIGURA N°07	
Selección de poste de fibra de vidrio	34
FIGURA N°08	
Selección de la resina para cementado y reconstrucción del poste	35
FIGURA N°09	
Preparación del conducto y grabado ácido	35
FIGURA N°10	
Fotopolimerización del poste de fibra de vidrio	36
FIGURA N°11	
Poste de fibra de vidrio fotopolimerizado	36
FIGURA N°12	
Corte del poste de fibra de vidrio	37
FIGURA N°13	
Pilares 1.1 y 2.1 reconstruidos y tallados	37
FIGURA N°14	
Selección del material de impresión	38
FIGURA N°15	
Toma de impresión con silicona del maxilar superior	38
FIGURA N°16	
Impresión definitiva del maxilar superior	39
FIGURA N°17	
Toma de impresión inferior con silicona	39
FIGURA N°18	
Instalación de la prótesis provisional de acrílico	40
FIGURA N°19	
Prueba de las coronas de porcelana en etapa biscocho	40
FIGURA N°20	
Instalación final de las coronas de porcelana	41

II INTRODUCCION

Es importante realizar la rehabilitación oral por intermedio de la restauración de los dientes naturales y el reemplazo de los dientes perdidos por dientes artificiales, con diferentes tratamientos odontológicos como endodoncias, pernos, coronas cerámicas etc. En esta oportunidad trataremos de un caso clínico que se realizará tratamientos multidisciplinarios, porque empezaremos con el tratamiento endodóntico de una de las piezas pilares para luego ser reconstruida con perno de fibra de vidrio y darle mejor soporte al pilar que recibirá una corona metal cerámica. Cabe indicar que este tratamiento se realizara en la zona anterior superior entre las piezas 1.1 y 2.1 , estas piezas dentales tuvieron tratamiento de carillas estéticas que por motivos funcionales terminaron fracturándose y dejando expuesto a una de las piezas dentales(1.1). es importante saber que si no se trata a tiempo puede dar lugar a alteraciones en la calidad de vida como cambios en la alimentación y en otros principios funcionales en la cavidad oral. A demás psicológicamente puede ser afectado al paciente.

El campo de la rehabilitación multidisciplinario el éxito se alcanza no solamente con un buen tratamiento restaurador, si no que debemos también respetar los principios biológicos, mecánicos, y estéticos. Los principios de una rehabilitación multidisciplinaria son: restablecer la estética, la masticación y la fonación, rehabilitar la oclusión y evitar las alteraciones que pueden producir la falta de piezas dentales en la boca. El caso clínico expuesto se realizó con el fin de restituir la salud y equilibrio del sistema estomatognático y mejorar la estética del paciente. (1)

A pesar de los avances en el campo de la Odontología para preservar la salud bucal de los pacientes, no se ha podido evitar la pérdida de piezas dentarias. Es así como surge la necesidad de implementar procedimientos clínicos encaminados a solucionar esta problemática. El éxito de un tratamiento multidisciplinario se debe no solo al conocimiento y habilidad del rehabilitador. (5)

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad existen diferentes tipos de paciente con distintos tipos de problemas dentales y una de ellas es la rehabilitación de dientes anteriores y para ello existen diferentes tratamientos desde lo más simple a lo más complejo y muchas veces son muy costosas. En esta oportunidad nuestro caso clínico plantea una alternativa de tratamiento rehabilitador multidisciplinario ya que trataremos de resolver el problema estético del paciente que tuvo una fractura en los incisivos superiores.

Es importante conocer que los problemas y consecuencias de la pérdida de dientes podría ser causas por caries, traumatismos, fracturas entre otros. Así mismo la inadecuada adaptación de un puente fijo pueden ser desde el aspecto biológico, recidivas cariosas, enfermedad periodontal, problemas endodónticos. También Las complicaciones técnicas están relacionadas con la pérdida de retención, fractura del material y con la fractura del diente pilar. La falta de higiene por parte del paciente que llevaría al fracaso del tratamiento. Incluso cuando hay pilares de mala calidad y poco resistentes para soportar los pónicos respectivos.

En el campo de la odontología existen diversas ramas, de las cuales en el presente trabajo se señala a la rehabilitación oral, la cual es la encargada restauración de

piezas dentales perdidas, ya sea por su alto deterioro de los dientes, fractura o extracción, problemas periodontales. Es por eso que las personas que no se tratan a tiempo, posiblemente presenten dientes que están separados, movidos, desnivelados o huecos.

2.2 MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES

Abreu, R (1), efectuó el año 2015, una investigación sobre rehabilitación estética por medio de facetas directas. Es así que, presentó casos clínicos en los cuales el tratamiento con facetas o carillas directas, era una alternativa eficaz, reversible y de fácil realización; llegando a la conclusión más importante, indicando que la alternativa de tratamiento estético que exige el desgaste acentuado de la estructura dental, muchas con elevado costo financiero, crea cierta incomodidad al paciente, cada vez más crítico y exigente. En consecuencia, propone que la solución se encuentra en técnicas restructuradoras sencillas y seguras, como la confección de facetas directas devolviendo la armonía de la sonrisa, la autoestima y alegría de los pacientes.

Mejía R, (3), desarrolló la investigación relativa a las características de los dientes tratados endodónticamente: restauración como factor en el éxito y fracaso, revisando la bibliografía existente para dicha temática, su objetivo fue el de precisar las múltiples características de los dientes sometidos a los tratamientos endodónticos existentes y su posterior restauración; luego concluye que antes de efectuar una restauración final de una pieza dentaria, es necesario evaluar el estado del tratamiento endodóntico y verificar que éste se halle en buenas condiciones para que inmediatamente se decida la restauración que precisa dicha pieza dental.

García L. (4) en la Universidad de Guayaquil, desarrollo el trabajo de graduación previo a la obtención del título de odontólogo en la Universidad de Guayaquil, relativo a la reconstrucción de las piezas anteriores post tratamiento endodóntico con resina como material provisional, con el propósito de demostrar cómo por medio de los materiales provisionales se puede devolver la funcionalidad de las piezas dentarias endodonciadas y evitar la contaminación bacteriana., asimismo trató de determinar la técnica correcta para realizar este tipo de restauraciones de piezas anteriores y devolverle su morfología y estética correspondientes. Concluyo, que la utilización de las resinas compuestas en tratamientos reconstructivos de las piezas dentarias.

Fernandez R. (13) Hace referencia en su trabajo de investigación: “**Endodoncia regenerativas en piezas dentarias permanentes jóvenes con necrosis pulpar**”, El objetivo del trabajo fue abordar un caso clínico de necrosis pulpar en una pieza dentaria permanente joven aplicando un protocolo de regeneración pulpar establecido basado en los avances de la ingeniería tisular.

La metodología empleada fue la de un estudio observacional, no experimental, descriptivo retrospectivo, partiendo del reporte de un caso clínico, en el cual se aplicó un protocolo de trabajo establecido para el caso clínico en particular producto de la revisión sistemática bibliográfica y las actualizaciones en ingeniería tisular en los últimos 5 años. El presente trabajo se realizó en una pieza dentaria permanente joven de un paciente pediátrico de sexo femenino, con diagnóstico de necrosis pulpar. Se atendió en la Especialidad en Odontopediatria de la Facultad de Odontología de La Universidad Nacional de La Plata, durante el año 2016/2017.

El caso clínico presentado demuestra que piezas dentarias permanentes jóvenes con necrosis pulpar son capaces de lograr regeneración de tejidos dentarios y por consiguiente lograr engrosamiento de las paredes dentinarias, elongación radicular y cierre apical. Utilizando el protocolo preestablecido de trabajo, luego de realizar la recopilación bibliográfica correspondiente se logró desinfectar y esterilizar el conducto radicular como primer paso para luego crear el andamiaje biológico, en este caso se utilizó el propio coagulo sanguíneo del paciente para permitir que las células madre logren la regeneración del complejo dentino pulpar permitiendo recuperar la pieza dentaria en forma y función.

Con el advenimiento del concepto moderno de ingeniería tisular y el descubrimiento de células madre, la técnica de revascularización pulpar permite realizar una terapia conservadora en aquellas piezas dentarias permanentes jóvenes con diagnóstico de necrosis pulpar. La regeneración de tejidos dentarios es un tratamiento con bases biológicas que logra un completo desarrollo radicular y cierre apical. Los procedimientos de la endodoncia regenerativa pueden ser definidos como procesos con base biológica, diseñados específicamente para reemplazar estructuras o tejidos enfermos o ausentes, incluyendo la dentina, el cemento y las células del complejo pulpo-dentinal, con los tejidos, preferiblemente del mismo origen, restableciendo las funciones fisiológicas normales. Hay tres factores que guían y permiten la regeneración tisular. Ellos incluyen las células madre que

pueden diferenciarse y apoyar la continuación en el desarrollo radicular, los factores de crecimiento para la inducción de la proliferación celular y la diferenciación, y, por último, un andamio adecuado para promover la migración, el crecimiento y la diferenciación celular. El protocolo establecido fue exitoso en el tratamiento de una necrosis de una pieza dentaria permanente joven. El control a largo plazo, de 15 meses, demuestra que se logró la conformación apical de 0.5 mm, una la elongación radicular total de 13mm y un importante engrosamiento de las paredes dentinarias con la formación de tejido pulpodentina. Esto afirma que las terapias biológicas endodónticas basadas en la ingeniería de tejidos, son los procedimientos de elección en el tratamiento de dientes inmaduros con patología pulpar y periapical.²

GARCIA L y COL (4), evaluaron las ventajas y limitaciones de los postes de fibra de vidrio. Los postes de fibra de vidrio pueden sustituir a los postes metálicos, cuando de estética se trata y en caso de contar con poca cantidad de dentina remanente en la región bucal. Se menciona que las ventajas de los postes de fibra de vidrio son su módulo de elasticidad similar al de la dentina, baja conductividad térmica y eléctrica, fácil manipulación y una buena relación costo-efectividad.

Entre sus limitaciones mencionan su baja fuerza de resistencia al cizallamiento y a la tracción. Por ello concluyen que este tipo de postes se debe usar solo cuando hay una cantidad razonable de dentina remanente.

NARANJO y COL. (5), evaluaron el comportamiento adhesivo de la resina de reconstrucción de muñón (Bis- Core Bisco) con postes de fibra de carbono y fibra de vidrio sometidos a una carga cíclica simulando el ciclo masticatorio. No se encontró diferencia significativa en el comportamiento de cada tipo de poste con respecto a la resina. La falla predominó en el poste, ubicándose en la porción coronal de los postes de fibra de vidrio y más apical para los postes de fibra de carbono. Se concluyó que la interfase poste muñón es fuerte y que bajo carga cíclica la falla que se produce en los postes de fibra de carbono es mas de tipo parcial y se ubica en el tercio medio; lo postes de fibra de vidrio presentan una falla similar pero ubicada en el tercio cervical.

Schatz et al, (10) el propósito del siguiente estudio fue describir la rehabilitación de puentes anteriores. de las personas en una edad promedio de 18 a 26 años, en cuanto al diseño podríamos decir que se examinaron 234 pacientes en un estudio de corte prospectivo, a las edades de 18 años se verificaron el estado de los puentes cerámicos para verificar la exposición de cambio de color y problemas

periodontales, a los de 26 solo se evaluaron el estado de exposición.

Concluyendo este estudio que mayor parte de la exposición tuvieron una posición bastante marcada los problemas periodontales y otra parte tuvieron diferentes resultados o tipos de leve, la gran mayoría de los pacientes de 18 años presentan exposiciones de tipo moderada, a diferencia de los de 26 años que presentan otros tipos de problemas.

2.2.1 BASES TEÓRICAS

TRATAMIENTO DE PIEZAS DENTARIAS ENDODÓNTICAMENTE.

Generalmente, en tiempos anteriores en el argot disciplinario del dentista, se precisaba que los dientes, luego de un tratamiento endodóntico, quedaban resentidos y frágiles y lo fundamentaban con la prevalencia de fracturas que aparentemente resultaban en gran número. Al respecto cabe mencionar que la pérdida de la pulpa dental ocasiona la disminución de determinadas propiedades mecanorreceptoras; es así que las piezas dentarias sin pulpa cuentan con un umbral de percepción de cargas aun más elevado y suelen soportar cargas mucho mayores que los que reflejan los dientes que cuentan con pulpa vital. (7)

De otro lado, se conoce que hay una serie de trabajos de investigación respecto a la pérdida del tejido dental como causa del debilitamiento dental, es posible que la pérdida de integridad del reborde marginal se constituya como un factor básico del debilitamiento señalado. También es necesario considerar el ancho del istmo oclusal e incluso la profundidad de las cavidades. Asimismo, se considera que la pérdida del techo de la cámara pulpar, es un factor contribuyente al referido debilitamiento de la pieza dentaria, empero todavía no se hallan reportes que refuten ello.

Sabemos que la endodoncia propicia la eliminación de la pulpa del conducto radicular, dejando al diente prácticamente con un tejido calcificado, con menos humedad que las piezas dentarias vitales. Es por ello que, al decidir y valorar la necesidad de reconstrucciones, adquieren mayor significación otras variables complementarias como el establecimiento de lo que resta de estructura dental, la morfología radicular y pulpar, el soporte periodontal e incluso la oclusión. (8)

Por nuestra parte, asumimos que, una de las causas de la debilidad que muestran las

piezas dentarias postratamiento endodóntico, es la manipulación obligada de la cámara pulpar. Consecuentemente, al tomar la forma de arco el techo de la cámara pulpar, se torna resistente a las presiones y tensiones. Entonces, al quitar el techo de la cámara, para propiciar el acceso endodóntico, se verifica la reducción significativa de la resistencia de la pieza dental que está recibiendo el tratamiento especializado. (2)

Luego, se puede asumir, que la estructura dental, tras una endodoncia queda debilitada por episodios de caries, posibles fracturas, preparación dental y reconstrucción. Debemos recordar que, a través del tratamiento endodóntico se está extirpando una cantidad considerable de dentina intrarradicular e intracoronal. Siendo el resultado, la generación de una mayor susceptibilidad a fracturas de la pieza dentaria. Siguiendo a Cohen, et al. (9), los cambios o modificaciones que suelen advertirse en los dientes posendodonciados, son los siguientes:

- a) Alteraciones notables de sus características físicas. Al respecto, Moreano et al. (10). Asegura que, tras el tratamiento endodóntico, las estructuras de la pieza dentaria muestran una alteración en sus propiedades físicas, la misma que es irreversible. Precisa, que esta situación produce una reducción del orden del 14% de la fuerza de resistencia en los molares; hallando a la vez que la dentadura de la arcada superior demuestra más fortaleza que los de la arcada inferior, siendo por otro lado, los incisivos inferiores los que presentan mínima resistencia; es decir son los más débiles.
- b) Pérdida de estructura dental. En los tratamientos endodónticos, además se verifica sobre todo que se tiende a la pérdida de estructura coronal. Se señala que estos procedimientos en el tratamiento, reducen significativamente la rigidez de la pieza dentaria en un 5%, al mismo tiempo que la preparación mesiooclusal la reduce en una proporción del 60%. Ello, condiciona que las fuerzas funcionales normales generen fracturas en la cúspide socavadas o inclusive fractura del diente que se localiza generalmente en la superficie de menor perímetro remanente. Por ello es lógico que, se incrementen las probabilidades de fractura de dientes sometidos a los tratamientos que aludimos. (3). Empero, hay estudios como como el desarrollado por Helfer AR, et. al. (11) Que concluyen en general que, la mayor disminución de la resistencia a la fractura de una pieza dentaria restaurada, se da precisamente en el momento de este procedimiento y niegan que sea causado a la hora del acceso, o de la instrumentación u obturación del conducto. Finalmente, puede inferirse que,

- para la ocurrencia de una fractura, coadyuvan los siguientes efectos: Caries y/traumas, luego los procedimientos endodónticos y los restauradores, en ese orden
- c) Evidente alteración de las características estéticas del diente residual. Sin duda, los cambios estéticos que se producen en piezas dentarias luego de una endodoncia, se generan básicamente porque la dentina sometida a una alteración bioquímica cambia la refracción de la luz, ocurriendo el oscurecimiento de los dientes anteriores no vitales, produciéndose, por irritación química, bacteriana o mecánica: necrosis hística y también la inexacta remodelación y la correspondiente limpieza de la región coronal, por la degradación del tejido vital que aún se establecen en las astas de la pulpa.

FACTORES A CONSIDERAR PARA EFECTUAR UNA RESTAURACIÓN DENTAL IDEAL.

Previo a la realización de una restauración de pieza dental, que haya sido tratada endodónticamente, el especialista odontólogo, debería efectuar una evaluación minuciosa y precisa, puesto que, afrontará una serie de riesgos que podrían surgir posteriormente en la restauración final; es así que, el diente tratado podría transformarse en sintomático, poniendo precisamente en total riesgo la reconstrucción efectuada. (12) Evaluación Endodónticas de rigor.

Teniendo en consideración la constitución físico biológica del paciente, en general, los procedimientos del método endodóntico practicado y el empleo de un material correcto, generan un adecuado pronóstico. Entre las limitaciones de la endodoncia se verifican mediante la subsistencia de dolor concurrente, inflamación, falta de formación apical, lesión periapical o tal vez conductos reabsorbidos. (13). Una evaluación integral, debería considerar:

- a) Examen radiográfico, como herramienta fundamental para detectar fallas endodónticas, aun considerando sus limitaciones, de este recurso imagenológico. Las placas radiográficas deben presentarse de diferentes ángulos que permita separar estructuras sobrepuestas, teniendo la oportunidad de verificar de esta manera canales adicionales o fracturas verticales u horizontales. Entonces, estos exámenes nos permitirán diagnosticar las siguientes condiciones: La presencia de perforaciones proximales con espigos o fractura de instrumentos; escalones de estructura radicular; defectos proximales y apicales; una sobre obturación o canales no tratados. Empero sus

limitaciones, impiden verificar rajaduras, trauma oclusal, huésped resistente, perforaciones linguales o bucales, inflamación crónica de tejidos apicales; perforaciones en las restauraciones coronarias, entre otros.

- b) Examen minucioso del paciente, al cual se le debe interrogar sobre sus condiciones sistémicas y crónicas, las mismas que podrían inhibir el proceso de curación. Se debe considerar si tiene síntomas de dolor e inflamación. Incluye, el examen de su capacidad funcional dental y si fuera el caso, obtener la historia clínica del tratamiento recibido. Este examen debe tomar en cuenta, la exploración de la región, el tejido periapical palpado. Asimismo, la evaluación de la movilidad con el propósito de diferenciarla, por ejemplo, de una periodontitis crónica. También debe explorarse, si presenta fallas restauradoras o fractura coronal. Si se verifica caries concurrente, es necesario examinar el margen gingival de las restauraciones; debe tomarse en cuenta en la evaluación, la oclusión en caso de trauma.

PROCEDIMIENTOS PARA LA RESTAURACIÓN DE PIEZAS DENTARIAS POSENDODONCIADOS

Al realizar la selección de procedimientos restauradores, deben tenerse en cuenta los importantes cambios que precisamente acompañan tratamientos del conducto radicular. Específicamente, los siguientes:

- a) La cantidad de estructura dental remanente

Puesto que la pérdida de estructura dentaria varía desde unas preparaciones de pequeño acceso, hasta la provocación de lesiones extendidas que muchas veces hacen peligrar la longevidad del diente.

El aspecto más importante para plasmar la restauración es calcular la cantidad de estructura dentaria dañada. De otro lado, debe tenerse en cuenta que la caries puede ocasionar extensas pérdidas de estructura, así como también reconstrucciones anteriores que debilitan bastante las condiciones de la pieza dental remanente. (14)

- b) Posición anatómica de la pieza dental

Tratándose de dientes anteriores, cuando no han perdido parte de su estructura en la preparación del acceso cameral, las fracturas son inexistentes o tienen un riesgo mínimo de suceder. Consecuentemente, el tratamiento reconstructivo se limita a lograr el cierre hermético de dicha cavidad; pero si

se tratara de un anterior no vital, requiere necesariamente de la imposición de una corona. Esto conlleva el tener que evaluar si se hace necesario un tratamiento intracoronal lo que impediría futuras fracturas. En cambio, los dientes posteriores soportan cambios oclusales de mayor intensidad, debiendo planificarse por ello efectuar reconstrucciones que permitan su protección. El requerimiento de pernos y muñones está en base al monto de estructura dental residual.

c) Carga funcional de la pieza dentaria

Es necesario considerar que las fuerzas horizontales y de torsión que sostienen las prótesis parciales y las removibles exige el incremento de protección y retención. Además, los dientes pilares fijos y las parciales removibles de hecho, absorben más fuerzas, requiriendo necesariamente recurrir a poste -muñón-corona.

d) Los requisitos estéticos de las piezas dentarias

Estando las piezas dentarias en una zona visible de la cavidad bucal, como es el caso de los dientes anteriores, premolares y sin duda frecuentemente la primera molar superior, resulta conveniente la elección firme y minuciosa de los materiales que se utilizaran en las restauraciones programadas. Entre ellos podemos enumerar: las resinas compuestas con coloración similar al diente en tratamiento, cementos con las mismas características y otros materiales cerámicos o de porcelana complementarios.

CRITERIOS Y ASPECTOS BÁSICOS A TENER EN CUENTA EN LA RESTAURACIÓN DE PIEZAS DENTARIAS TRATADAS ENDODÓNICAMENTE.

El especialista odontólogo, previa a la decisión del tipo de restauración a implementar, debe tener en cuenta los siguientes criterios y aspectos, que son fundamentales:

- a) Verificar la cantidad de remanente sano, puesto que, la resistencia de la pieza dentaria en tratamiento se relaciona directamente con la cantidad de dentina residual existente. Por tanto, es ineludible tener muy presente el tipo de restauración final a plasmar, considerando el diseño y especialmente la selección de material a colocar. (15)
- b) Localización de la pieza dentaria en la arcada

Ello en consideración que las presiones se incrementan en función a la posición más distal de la pieza dentaria en la arcada correspondiente. Tener en cuenta siempre que la absorción es por el esmalte, la dentina, el periodonto y el hueso. (16)

c) Morfología y anatomía radicular de la pieza dentaria

Es del todo necesario, advertir sobre las características de la anatomía radicular y su morfología con anticipación, lo que nos permitirá plasmar, en primer lugar, la endodoncia y posteriormente decidir la técnica restauradora a aplicar, según las características conocidas del diente en tratamiento.

d) Un análisis básico de la oclusión

Tener en cuenta la oclusión en el paciente es fundamental con miras a la práctica de la restauración planeada, se conoce que las fuerzas son menores en las piezas dentarias anteriores y mucho mayores en los posteriores. Además, se manifiesta que al perder las piezas posteriores se desequilibra la propiocepción, alterándose sin duda la mordida del paciente. (10)

e) Tomar en cuenta si la pieza dentaria, será pilar de una prótesis fija o una removible

En una pieza dentaria que necesariamente será pilar, debe reforzarse, por lo que debe efectuarse en un tratamiento intrarradicular obligadamente.

Por lo tanto y por estos fundamentos, los postes deberían usarse solamente cuando no es factible la retención del muñón, puesto que la necesidad de un poste es variable considerando piezas dentarias anteriores y posteriores.

- Cuando se trate de dientes anteriores: con pérdida mínima de estructura, la restauración debe ser conservadora, con reconstrucciones adhesivas en la apertura del acceso. Colocar un poste no proporciona ventaja alguna cuando la estructura dental está intacta, por el contrario, se aumentan las posibilidades de tener fracasos no restaurables. Los especialistas reconocen que, la cantidad de estructura coronal remanente y las necesidades funcionales de la pieza dentaria, es indicativo si ésta necesita o no de un poste. (10)

- En el caso de premolares, que son generalmente más voluminosos, en comparación de las piezas dentarias anteriores, empero, son dientes solos-arraigados teniendo básicamente una cámara pulpar evidentemente pequeña, requiriendo, por tanto, postes con mayor frecuencia que los molares. Cabe

recordar que los premolares soportan más que los molares fuerzas laterales durante la masticación; Ulusoy et. Al (17), señala que está contraindicado el uso de ionómeros en la restauración final de cúspides, porque el referido material contiene baja resistencia a la fractura y es más, tiende a comprimirse bajo una fuerza aplicada menor a la de la masticación. Asimismo, precisa, que el uso de la amalgama retenida por pines o la resina compuesta son una alternativa muy conservadora para efectuar restauraciones de piezas dentarias posendodonciadas, con remanente estructural en premolares.

- En el caso de molares, deben recibir la cobertura cuspal, no requiriendo generalmente de un poste. Esto cambia, al verificarse que la destrucción coronal sea muy extensiva, la cámara pulpar y los conductos proporciona, la retención necesaria para un muñón. Se sabe que los molares necesariamente deben resistir fuerzas verticales. Si realmente se necesita colocar un poste, este debería colocarse en el canal más grande, más recto que es el canal palatino en los superiores y en un canal distal en las inferiores. Resulta poco probable que un molar necesite más de un poste. (18)

POSTES DE FIBRA

CONCEPTO: El poste es una restauración intrarradicular, muchos investigadores actualmente atribuyen al poste una función de retención para que sirva de refuerzo a la restauración final de coronas y retenedores de puentes y no para que refuerce al diente tratado endodónticamente. 4 Existen factores que determinarán la elección de un poste, como: anatomía del diente, estructura coronaria remanente, longitud de la raíz, configuración del conducto, diseño del poste, diámetro del poste, adaptabilidad del poste, material del poste, compatibilidad del material, retención del muñón, capacidad de unión, estrés, fuerzas de torsión, retratamiento y estética. Si el poste seleccionado tiene la forma y tamaño del conducto, entonces significará una menor remoción de dentina y si posee un diámetro reducido aportará mayor resistencia a la fractura que los que cuentan con mayor diámetro, ayudando a que el poste permanezca en boca. 5-9 En el caso de piezas posteriores tratadas endodónticamente, estas requieren restauraciones que las protejan de fracturas

coronarias y radiculares, ya que las cargas oclusales varían de la región anterior (30Kg) a la región posterior (48Kg), afectando igualmente el pronóstico y plan de tratamiento, es por eso que se indica una retención intrarradicular si la dentina es insuficiente para la restauración. 7,8 Para que el tratamiento endodóntico sea un éxito se parte desde el diagnóstico inicial, una buena preparación de conducto y una correcta obturación; pero esto no significa que sea algo definitivo ya que existen muchas circunstancias que amenazan la integridad del diente, como la pérdida de tejido de soporte por enfermedad periodontal, fractura dentaria debido a una reconstrucción inadecuada, lesiones cariosas ocasionando incluso que estas sean las causas más frecuentes para la exodoncia del diente y si el espesor de la dentina remanente es delgada podrá ser que dicha pieza este más propensa a fracturas. 7,10

CLASIFICACION DE POSTES Los postes se clasifican en dos tipos: postes prefabricados metálicos (titanio y otros de acero inoxidable) y no metálicos (Fibra de carbono, Fibra de cuarzo, Fibra de vidrio, Postes resinosos y los de Zirconio). 7

FORMA DE LOS POSTES Los primeros postes de fibra de carbono fueron definidos como protésicos, con un diámetro reducido en la parte apical que estabiliza al poste, dicha estabilización y retención del poste se obtiene tras la preparación del conducto radicular, por eso se pasa de postes metálicos (retentivo) a postes de fibra que son pasivos y se retienen en el conducto sólo por su cementado adhesivo. Los postes de forma protésica tienen tres medidas de diámetro de 1,4; 1,8 y 2,1mm y en la parte apical 1,0, 1,2, y 1,4mm respectivamente, su longitud apical es diferente va de 2,5; 3,0 y 3,5mm siendo su longitud total de 19mm respectivamente. Forma cilíndrica, con conicidad en la parte apical terminal presenta diámetros diferentes: 0,8; 1,0; 1,2; 1,4; 1,6 hasta de 2,0mm y están reforzados de fibra de carbono, cuarzo o sílice. Similares a los postes metálicos

roscados, que han demostrado tener menor porcentaje de fracaso longitudinal. Los postes se han ido haciendo más delgados y parecidos, se considera que los postes de fibra con conicidad similar a la de los instrumentos endodónticos y de diámetro pequeño-mediano son los más conservadores con respecto a la estructura radicular. Cabe recordar que la mayoría de los avíos para postes prefabricados ya sean metálicos o de fibra, traen instrumentos rotatorios estandarizados a las medidas del poste.

PROPIEDADES Existe gran variedad de postes prefabricados de distinto materiales, sin embargo en los últimos años los que han tenido mayor aceptación son los postes de fibra por el módulo de elasticidad el cual es similar a la dentina, van a poseer una menor fuerza comparada a los postes colados, son biocompatibles, se realizan en una sola sesión y van a mostrar una mínima o nula tendencia a fractura radicular, son blancos (translúcidos u opacos); además, de ser necesario, se pueden remover con facilidad; cuenta con un tiempo de vida útil aproximado entre 4 a 6 años.²³

Además, los postes de fibra no presentan la rigidez de los postes metálicos; estas características van hacer que este tipo de poste disipe el estrés y redistribuya las fuerzas funcionales y parafuncionales durante la masticación. Los postes que han sido adaptados con presión al conducto incrementan significativamente el inicio de fractura, por la concentración de la presión interna hacía las paredes del conducto.

9,

ESTÉTICAS Los postes de fibra de carbono debido a su color oscuro, no son estéticos ya que comprometían el color de la restauración final, surgiendo los postes de carbono con cobertura de cuarzo, mejorando el defecto estético pero con la inclusión de cuarzo (confirió mayor rigidez), posteriormente salieron los postes cerámicos compuestos por cristales de zirconio tetragonal (alta rigidez), obteniendo

una óptima apariencia estética, pero su manipulación se dificulta especialmente al momento de cortar el poste.^{12, 13} Ante tales limitaciones, los postes de fibra de vidrio son altamente estéticos, al ser estos de color claro y no van a comprometer en el resultado final de la restauración. Se cree que el empleo de estos postes alcanza grandes expectativas estéticas y a la vez se asocia a un bajo costo razonable. Resultado final de una restauración con poste de fibra de vidrio. Tomado de : Vöklel T. Servicio Científico de Investigación y Desarrollo Ivoclar Vivadent AG. Documentación científica de FRC Postec® Plus. Liechtenstein: Ivoclar Vivadent AG; 2004.

RADIOPACIDAD La radiopacidad es una desventaja de los postes reforzados por fibra, es por eso que se considera importante porque como odontólogos podemos detectar los postes intraconductos, y si esto no ocurre es una limitación de la técnica, con esto surgen los postes con núcleo de titanio y cementos de resina con diferente grado de radiopacidad, saliendo postes de carbono radiopaco y postes reforzados con fibra de cuarzo translucido, pudiendo influenciar en el resultado de la restauración.¹³ Ante esta limitación sería preferible usar cementos claramente radiopacos que en contraste con la radiotransparencia de los postes permita localizarlos con facilidad; pero a la vez estas sustancias radiopacas podrían influir en la resistencia a la flexión de los postes de fibra. Es por eso que todavía se hacen estudios para saber si la radiopacidad puede ser un factor limitado del uso de postes en combinación con cementos de resina fotopolimerizables, ya que el aumento de densidad estructural puede reducir la transmisión de la luz a través del mismo poste. Su translucidez permite la transmisión de la luz para la correcta polimerización de los cementos con que se adhieren al diente. Los postes metálicos presentan una radiopacidad superior, pero los postes de fibra de vidrio y cuarzo también, a diferencia de los postes de zirconio

MECÁNICAS En general todos los polímeros reforzados con fibras han demostrado un aumento en las propiedades mecánicas, como el módulo de elasticidad, la resistencia a la fractura y la resiliencia. Los postes de fibra tienen un comportamiento mecánico que se define como anisótropo (dependiente de la dirección), en propiedades físicas son diferentes cuando es sometido a cargas de direcciones distintas, gracias a esta característica el módulo de elasticidad es variable, dicho módulo a lo largo del eje de las fibras es de 90GPa con una incidencia de 30° con el eje longitudinal de las fibras, el módulo de elasticidad resulta de 34GPa y cuando las cargas son perpendiculares a las fibras es de 8GPa. Comportamiento anisótropo del poste. Tomado de: Scotti R, Ferrari M. Pernos de fibra: Bases teóricas y aplicaciones clínicas. 1era Ed. Madrid: Masson; 2004. Las cargas se dan en máxima intercuspidad y en los demás contactos oclusales. Para los dientes con tratamiento endodóntico y reconstruidos, los valores registrados son prácticamente idénticos a la dentina de un diente íntegro. El espesor amortiguador de la resina con carga de BISGMA (módulo de elasticidad de 20GPa) conecta al poste con los tejidos del conducto preparado y sustituye mecánicamente a la dentina, cuando se usan materiales con una alta rigidez como pernos metálicos la distribución de tensiones no es homogénea generando así áreas de concentración de tensión.⁹

INDICACIONES Altura igual o mayor a 2mm, sobre todo el milímetro más cervical de la corona clínica, porque proveen el efecto zuncho o abrazadera. Conductos radiculares de acceso dificultoso, por el menor riesgo que presenta al usar postes de menor diámetro.² Conductos radiculares cortos y curvos por la retención que ofrecen.⁴

CONTRAINDICACIONES Dentina residual insuficiente, ya que son más propensos a fracturarse bajo impactos horizontales.⁶ No deben existir rajaduras horizontales en la porción coronal del diente. La restauración dentaria planeada no debería ser expuesta a estrés oclusal excesivo como elevamiento de canino, guía incisal pesada.¹⁸ Pacientes bruxomanos por el esfuerzo al que son sometidas las piezas dentarias. Cuando la corona artificial no va a cubrir diente-muñón. Piezas con fractura de bisel y llegan a pasar el nivel óseo alveolar.² Dientes con mal posición o marcada inclinación. Piezas que requieren desgaste excesivo para lograr paralelismo entre pilares. Conductos anchos, porque van a necesitar una preparación de conducto excesivo que debilitaría las paredes de la raíz y por ende una fractura radicular.

Principios de la preparación dental fija

Preparación de la pieza: Las piezas dentarias que van a recibir una restauración fija deben ser preparadas adecuadamente en base a ciertos principios que permitan obtener una restauración final con buena retención, estabilidad, solidez estructural y una excelente adaptación marginal, tratando además de lograr una estética adecuada. La preparación dentaria de pilares consiste en el tallado o desgaste de la pieza dentaria a reconstruir siguiendo para ello principios biomecánicos y estéticos que preserven y promuevan la salud de las piezas a tratar y de sus tejidos de soporte. El objetivo de esta preparación es darle espacio a los materiales que van a hacer parte de la prótesis fija ayudando con esto que la morfología dentaria no cambie mucho su aspecto. En resumidas cuentas, el tallado ideal será aquel que permita que la anatomía del diente antes y después del tallado sea la misma. (14)

Los siguientes principios mecánicos serán comentados: Retención. - depende del contacto existente entre las superficies internas de la restauración y las externas del

diente preparado. Cuanto más paralelas estén las paredes axiales del diente preparado, mayor será la retención de la restauración. Resistencia o Estabilidad. - conferida al tallado previene el desplazamiento de la restauración cuando es sometida a fuerzas oblicuas, que pueden provocar la rotación de la restauración.

Rigidez estructural. - el tallado debe ser ejecutado de tal forma que la restauración presente un espesor suficiente de metal, para resistir las fuerzas masticatorias y no comprometer la estética y el tejido periodontal, para lo cual el desgaste debe ser realizado de acuerdo a las necesidades estéticas y funcionales de la restauración.

Para dientes anteriores (lateral y canino) Surcos de orientación: En la cara bucal, con la fresa troncocónica, realice un surco sobre el tercio cervical y tercio medio, paralelo al eje de inserción de la prótesis, con una profundidad de 1mm y a 1mm del margen gingival. Luego, con la misma fresa continuamos el surco de orientación sobre el tercio incisal también a 1mm de profundidad. En el borde incisal del surco realizamos un desgaste de 1.5mm de profundidad este desgaste va desde cara bucal a lingual, con un ángulo de 45º con respecto al eje del diente. (16)

Desgastes proximales: Con una fresa de fisura desgastamos los puntos de contacto proximal, comenzando desde la cara bucal 1mm y continuamos hasta la cara lingual realizando un corte paralelo al surco de orientación, con fresa troncocónica continuamos el desgaste de bucal a lingual hasta obtener una profundidad de 1.5mm, deben presentar una convergencia aproximada de 6º.

Desgaste lingual: Con fresa troncocónica desgastamos la cara palatina desde el cingulo hasta 1mm antes del margen cervical siguiendo el contorno anatómico de la pieza, luego con fresa ovalada desgastamos 1.5mm de profundidad de cara palatina desde el cingulo hasta el borde incisal siguiendo la concavidad de esta cara.

Desgaste bucal: Con fresa troncocónica desgastamos los tercios medio y cervical

hasta la profundidad del surco de orientación así mismo el tercio incisal.

Desgaste Incisal: Con fresa troncocónica con una angulación de 45° hacia palatino.

Terminación cervical: Con fresa troncocónica desgastamos las caras axiales hasta conseguir un hombro aproximadamente de 1.5mm de ancho en vestibular y 1mm en el resto de la periferia y luego con la fresa punta de flama desgastamos la cara externa del hombro formando un bisel de 0.5mm alrededor de todo el hombro. (16)

Prueba en cerámica La prueba de restauración de cerámica se realiza después de la primera cocción de la porcelana para verificar si la restauración con la cerámica cumple con los requerimientos funcionales, fonéticos y estéticos. En esta etapa podremos realizar las modificaciones que se consideren necesarias mediante el agregado o desgaste de la porcelana. Seguimos los siguientes procedimientos:

-Verificamos que la restauración de porcelana fundida sobre metal este en el modelo de trabajo y presente una superficie interna libre de cerámica y puntos de contacto proximales adecuados.

-Procedemos a retirar de la boca de nuestro paciente el provisional y procedemos a retirar el resto de cemento de las piezas preparadas y del margen gingival con un explorador.

-Luego colocamos la restauración sobre los dientes preparados, asentandola suavemente con presión digital.

-Debemos verificar que la restauración asiente complemente.

-Desgastamos las zonas a desgastar con ayuda del papel articular con piedra cilíndrica de óxido de aluminio procedemos a desgastar lo que nos marque el papel.

-Comprobamos el color de la restauración si es igual al de los dientes vecinos.

-Debemos verificar que la cerámica del margen no este sobre extendida o muy gruesa . -Volvemos a cementar la restauración provisional y enviamos la restauración de porcelana fundida sobre el metal al laboratorio.

Cementación: La cementación es el procedimiento por el cual fijamos la restauración definitiva a la pieza preparada. Es la fijación permanente de la restauración después de haber comprado su eficiencia.

Seguimos los siguientes procedimientos:

-Retiramos el provisional y procedemos a limpiar nuestras piezas preparadas eliminando los restos de cemento.

-Secamos las piezas preparadas con una corriente de aire.

-Preparamos en una platina de vidrio, una porción de ionomero de vítreo de la siguiente manera: mezclamos la mitad de la porción del polvo con el líquido, hasta que la mezcla sea uniforme y añadimos la otra mitad de polvo para que la mezcla sea homogénea y de superficie brillante.

-Colocamos con la espátula para cemento una pequeña cantidad de la mezcla y extiéndala en toda la superficie interna de nuestro puente.

-Verificamos que las piezas preparadas continúen secas.

-Asentamos la restauración hasta que el cemento fluya por todo el margen y luego ejercemos una presión hacia apical.

-Pedimos al paciente que ocluya para verificar la correcta posición de la restauración.

-Retiramos con un explorados los restos del cemento del surco gingival.

-Verificamos con el papel articular que los puntos de contactos oclusales sean los correctos en movimientos de cierre, lateralidad y protrusiva. Y de esta forma procedemos a finalizar nuestro trabajo. (17)

3 OBJETIVO GENERAL

Realizar la rehabilitación oral multidisciplinaria en el sector anterior superior conservando la estética y salud periodontal.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Devolver la fonética y estética en la zona anterior superior del paciente
2. Realizar la endodoncia de la pieza 1.1
3. Reconstruir el pilar de la pieza 1.1 con postes de fibra de vidrio para fortalecer la corona cerámico
4. Rehabilitar los incisivos con coronas metal ceramica

III. CONTENIDO

3.1 DESARROLLO DEL CASO CLINICO

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de sexo masculino, 45 años, con antecedente de fractura de dientes anteriores, menciona haberse realizado carillas de porcelana en los incisivos superiores, realizado hace 2 años, acude a la consulta por presentar la pieza dental 1.1 fracturada, y siente dolor a los cambios térmicos en la pieza 1.1, En oclusión se observa problemas con respecto a la pérdida de algunas piezas posteriores se recomendó al paciente rehabilitar también la zona posterior.

EXPLORACIÓN INTRAORAL

En la exploración intraoral, diagnosticamos caries dental en algunas piezas dentarias, y pérdida de piezas posteriores por lo que se le recomienda su posterior tratamiento rehabilitador

EXPLORACION EXTRAORALES

Paciente mesocefálico, labios competentes con asimetría facial

Foto de perfil

- Perfil aguileña
- Frente recta
- Presencia de lunares
- Dorso de la nariz desviado
- Ángulo nasolabial 90°
- Labios competentes
- Surco mentolabial marcado

EXPLORACION DE SONRISA

Al sonreír:

- Encía al sonreír no presenta
- Labios rosas
- Sonrisa asimétrica
- Línea media ligeramente desviada
- Línea media de la sonrisa desviada hacia la derecha
- Desviación de mentón hacia la derecha

FIRURA 1: SONRRISA DE DIANOSTICO INICIAL CON FRACTURA DE PIEZA DENTARIA 1.1



FOTOGRAFÍAS PRESENTANDO LA FRACTURA CORONARIA

- Línea media desviada ala derecha 3mm
- pieza 1.1 con presencia de corona fracturada
- Coloración de la encía rosa, sin presencia de gingivitis
- pieza 2.1 con presencia de carilla estética en mal estado

FIGURA 2: FRACTURA CORONARIA DE LA PIEZA DENTARIA 1.1



3.2 DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO

El diagnóstico de éste caso clínico fue el siguiente: Del estado de salud general: paciente de sexo masculino de 45 años, en aparente buen estado de salud general, lúcido y orientado en tiempo, espacio y persona. Sin riesgo sistémico al tratamiento odontológico. Del estado de salud estomatológico: paciente con piezas fracturadas, caries múltiple, gingivitis leve, con pronóstico favorable.

3.3 PLAN DE TRATAMIENTO

A) TRATAMIENTO PREVIO Y CORRECTIVO:

Se dio inicio al tratamiento con el consentimiento informado del paciente. En primer lugar, realizamos la desfocalización, a través de la profilaxis respectiva, la fase higiénica es muy importante y no siempre es valorada. en la actualidad, a través de un tratamiento multidisciplinario, podemos conseguir que piezas dentarias que antes se consideraban candidatas a perderse, hoy en día las podemos recuperar y hacer la funcionar adecuadamente.

B) PROCEDIMIENTO

PRIMERA CITA

Se inició realizando el tratamiento endodóntico de la pieza 1.1, con la técnica de condensación lateral.

FIGURA 3: IMAGEN RADIOGRAFICA DE DIAGNOSTICO CON FRACTURA CORONARIA DE LA PIEZA 1.1



FIGURA 4: IMAGEN RADIOGRAFICA DE CONDUCTOMETRIA



FIGURA 5: IMAGEN RADIOGRAFICA DE LA CONOMETRIA



FIGURA 6: IMAGEN RADIOGRAFICA DE LA OBTURACION DEL TRATAMIENTO ENDODONTICO



SEGUNDA CITA

Posteriormente al tratamiento endodóntico, se procedió a la reconstrucción la pieza dentaria 1.1 con postes de fibra de vidrio para luego ser tallado el pilar 1.1, también se toma de decisión de tallar la pieza dentaria 2.1 eliminando así la carilla fracturada. Esto se realiza para lograr una mejor visión estética de los incisivos centrales superiores dejando así preparado los pilares para ser rehabilitados por coronas cerámicas

FIGURA 7: SELECCIÓN DEL POSTE DE FIBRA DE VIDRIO



FIGURA 8: SELECCIÓN DE LA RESINA PARA CEMENTADO Y RECONSTRUCCION DEL POSTE DE FIBRA DE VIDRIO



FIGURA 9: PREPARACION DEL CONDUCTO Y GRABADO ACIDO



FIGURA 10: FOTOPOLIMERIZACION DEL POSTE DE FIBRA DE VIDRIO



FIGURA 11: POSTE DE FIBRA DE VIDRIO FOTOPOLIMERIZADO Y RECONSTRUCCION DEL PILAR 1.1



FIGURA 12: CORTE DEL POSTE DE FIBRA DE VIDRIO



Posteriormente de la reconstrucción del pilar, Se prepara el tallado del pilar 1.1 y 2.1 conservando la salud periodontal y los tejidos adyacentes

FIGURA 13: PILARES 1.1 y 2.1 RECONSTRUIDOS Y TALLADOS



Luego se procede a la toma de impresión de las arcadas superior e inferior, se utilizó el hilo retractor y la silicona como material de primera elección

FIGURA 14: SELECCIÓN DEL MATERIAL DE IMPRESIÓN SILICONA

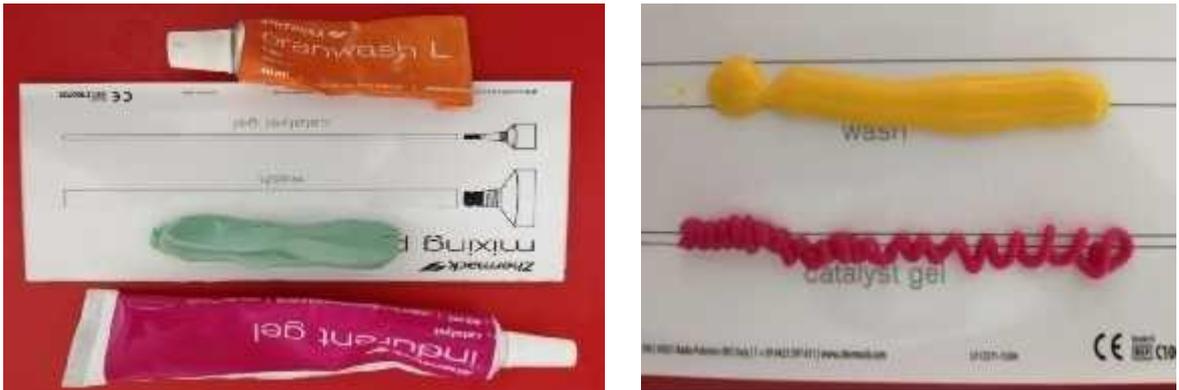


FIGURA 15: TOMA DE IMPRESIÓN CON SILICONA DEL MAXILAR SUPERIOR



FIGURA 16: IMPRESIÓN DEFINITIVA DEL MAXILAR SUPERIOR



FIGURA 17: TOMA DE IMPRESIÓN INFERIOR CON SILICONA



Se confecciona la prótesis provisional con acrílico rápido y se cementa provisionalmente con material a base hidróxido de calcio, y se realiza los ajustes de oclusión eliminando puntos de contacto prematuro. Se lleva los modelos de trabajo para la confección de las coronas estéticas

FIGURA 18: INSTALACION DE LA PROTESIS PROVISIONAL DE ACRILICO RAPIDO



TERCERA CITA

Se procede a la prueba de las coronas cerámicas en la fase biscocho, se realiza los movimientos excéntricos y se elimina los contactos prematuros para luego ser derivado al laboratorio y concluir con el acabado y glaseado definitivo.

FIGURA 19: PRUEBA DE LAS CORONAS DE PORCELANA EN ETAPA BISCOCHO



CUARTA CITA

Se continua con la instalación de las coronas estéticas definitivas y se procede luego al cementado de las coronas estéticas metal porcelano, logrando así una mejor sonrisa y una imagen agradable

FIGURA 20: INSTALACION FINAL DE LAS CORONAS DE PORCELANA



PLAN DE CONTROL Y MANTENIMIENTO

Se logró rehabilitar exitosamente el sector anterior superior con el tratamiento multidisciplinario, logrando así una mejor armonía estética y funcional, ya que se pudo recuperar la pieza 1.1 como pilar de soporte de la corona. Se realizó el control a los 2 meses y no se observó ningún cambio negativo, conservando la salud periodontal de las piezas pilares y demás piezas vecinas. Se recomendó al paciente una mejor limpieza 3 veces al día y el uso de colutorios para conservar mejor la higiene bucal.

IV CONCLUSIONES

- Cuando se realiza adecuadamente los tratamientos multidiciplinarios, en este caso endodoncia, reconstrucción del muñón y luego la rehabilitación con coronas estéticas se logra el objetivo principal que fue restablecer la función, estética y satisfacción del paciente. Los procedimientos mecánicos, biológicos y estéticos que nos conllevan a tres criterios: longevidad de las coronas, salud periodontal y gingival.
- Con la acción clínica realizada demostramos los conocimientos adquiridos en el proceso de la carrera lo cual nos permitió realizar un buen diagnóstico y tratamiento multidiciplinario del paciente.
- Fueron de gran ayuda las literaturas e investigaciones para guiarnos de los procedimientos clínicos y mecánicos en preparaciones dentarias anterosuperior según el análisis de los dientes pilares elegidos y en base a investigaciones propuestas por diferentes autores.
- En muchos casos estos tratamientos que se presentan puede ser causas por varias condiciones que con llevan a extracción, accidente o enfermedad periodontal y que a larga podría comprometer la funcionalidad, estos procesos se dan por pérdida de un diente o varios hasta llegar a niveles totales.
- La restauración de las piezas dentarias mediante una prótesis fija metal-porcelana en el sector anterior superior devuelve al paciente no solo la funcionalidad. Esta zona exige un alto grado de estética. El puente de metal porcelana brinda las características necesarias para que el paciente pueda regresar a un estado de salud de su cavidad bucal.

- Esto nos demostró que a pesar de que las preparaciones en los dientes que servirán como pilares incluyan la eliminación de tejido sano, el resultado final tiene un impacto positivo en el paciente, incluso en su estado psicológico.
- Este tipo de restauraciones se las realiza en un periodo de tiempo relativamente corto y a un valor económico bajo, si se lo compara con procedimientos más invasivos como la colocación de implantes intra óseos.

V. APORTES

- El presente trabajo clínico es importante para determinar que realizando un buen diagnóstico clínico, y realizando los tratamientos adecuados multidiciplinarios podemos devolver al paciente la sonrisa adecuada, ya que en algunos casos los paciente optan por la pérdida de sus piezas dentales, ante esta necesidad la escuela profesional de Odontología de la Universidad Peruana Los Andes, dentro de la clínica estomatológica en la cual los estudiantes somos formados y capacitados para realizar estos tipos de tratamientos de rehabilitación y más aún si son empleados de manera multidisciplinaria.
- Es necesario incentivar al uso de nuevas técnicas innovadoras para tratar diferentes casos de rehabilitación de piezas dentarias con destrucción coronaria y conservar las estructuras remanentes y en lo posible no llegar a perder estas piezas dentarias.

IX REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abreu,R. Obtenido de <http://www.oocities.org/boliviadental/artic/terminaciones.html>. 2015
2. Sánchez, A., Troconis, I., & Di Geronimo, M. Necesidades protésicas de los pacientes que asisten a la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela. *Acta Odontológica Venezolana*. 2018
3. Mejia R., et al. Puente fijo de resina autopolimerizable a un año de uso sin fallas. *MEDISAN*.2019
4. Garcia L J. Prótesis fija de resina compuesta reforzada con fibra/cerómero con carilla cerámica asociada. *Revista de Operatoria Dental y Biomateriales*.2016
5. Naranjo y col. et al. Rehabilitación oral con prótesis fija. *Odontología Sanmarquina*, 96-99. 2008
6. Vargas, Y. & Ornes, M. Caso clínico de rehabilitación protésica fija: puente zirconio sector anterior superior. *iDental*. 2013
7. Vilarrubí, A., Pebé, P., & Rodríguez, A. Prótesis convencional libre de metal: Tecnología CAD CAM-Zirconia, descripción de un caso clínico. *Odontoestomatología*. 2014
8. Raptis NV, M. K. H. Optical behavior of current ceramic systems. . *Int J Periodontics Restorative* , 26(1): 31-41. 2016
9. Pachon,, A. "Reseña Histórico Metalúrgica". 2008
10. Schatz.et al, D. A. Prostodoncia de coronas y puentes, *Buenos Aires. Editorial Panamericana. 2007*
11. Guzmán F, G. N. La historia clínica. *Ediciones Rosaristas*; 182-91. 1995
12. Pegoraro L, D. V. Prótesis Fija. *Ed. São Paulo: Artes médicas*;2001
13. Fernandez R. Auditoría médica de historias clínicas en consulta externa de cuatro hospitales públicos peruanos. *Rev Med Hered.* , 17(4):220-6. 2016
14. Mezzomo Elio,M.S. rehabilitacion oral contemporanea primera edicion. Brazil Sao Pablo: . *AMOLCA TOMO 2* .
15. Luthardt, R. G. Qualitative computer aided evaluation. . *j.dental*, 015. 2005
16. SHILLINGBURG Herbert T Jr. DDS. Fundamentos esenciales en prótesis fija. 3^a Ed. *Quintessence*, 2000.
17. Zuluaga. Evaluación funcional de las restauraciones protésicas fijas. *Univ Odontol.*, 35(75).2016

18. Vanessa Gutierrez, R. L. Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. *Internet*, 25. 2015
19. HospichannelCancun;ProtesisDentalFija;URL:<https://www.youtube.com/watch?v=f8cwyjCBsQg>.2014
20. Wilber Guillermo Abregu Canales; puente estético de porcelana, mundo dental sur; 2012 URL: <https://www.youtube.com/watch?v=iSgmSLCFLOU>