

TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO EN ODONTOLOGÍA - REPORTE DE CASO*

MULTIDISCIPLINARY TREATMENT IN DENTISTRY – A CASE REPORT

*César Lamas Lara¹, Mariela Cárdenas Torres²,
Giselle Angulo de la Vega³*

RESUMEN

Es de suma importancia que las diferentes especialidades de la odontología se interrelacionen para el beneficio de los tratamientos realizados a los pacientes. La visión parcializada de alguna especialidad puede conllevar a no ofrecer las mejores alternativas de tratamiento; para evitar esta situación debemos trabajar con especialistas en diversas áreas y de esta manera optimizar nuestros resultados clínicos. En el presente artículo se detalla el manejo multidisciplinario de un paciente con la participación de las especialidades de endodoncia, periodoncia, rehabilitación oral y operatoria dental.

Resultados: Los resultados obtenidos fueron satisfactorios para el paciente, ya que se logró rehabilitar adecuadamente las piezas dentales involucradas.

Conclusiones: El tratamiento multidisciplinario en odontología conlleva a optimizar los resultados brindando un enfoque más amplio de las posibilidades de tratamiento para los pacientes.

PALABRAS CLAVE: Rehabilitación Bucal, Periodoncia, Técnica del Perno Muñón, Restauraciones de Cerámica y Metal.

* Recibido: 04 de octubre del 2012; aprobado: 25 de octubre del 2012.

1 Cirujano Dentista, Diplomado en Odontología Restauradora y Estética por la Facultad de Odontología de la UNMSM. Docente Titular de Operatoria Dental I y II ULADECH Católica. Correo electrónico: cesar2579@hotmail.com.

2 Alumna del noveno ciclo de la Escuela Profesional de Odontología de la UPLA filial Lima.

3 Cirujano Dentista, Estudios de Especialidad en Rehabilitación Oral de la Facultad de Odontología de la UNMSM.

ABSTRACT

It is highly important that the different dental specialities be interrelated in the benefit of the patient's treatments realized to the patients. The one-side vision on some speciality can take to a poor treatment. To avoid this, we must work with specialist in many areas for optimal clinical results. This article refers to a patient cared for by a multidisciplinary team such as endodontics, periodontics, oral rehabilitation and In the present article the multidisciplinary managing of a patient is detailed by the participation of the specialization of endodontic, periodontics, oral rehabilitation and oral surgery.

Results: The results that were obtained were quite satisfactory for the patient because of his teeth were rehabilitated.

Conclusions: The multidisciplinary treatment in dentistry optimize the results offering a wide approach of treatment for the patients.

KEY WORDS: Oral rehabilitation, Periodontics, Post and core technique, Ceramic restorations.

INTRODUCCIÓN

Para realizar un adecuado tratamiento odontológico debemos basarnos en un correcto diagnóstico; para realizar esto es fundamental un enfoque multidisciplinario para obtener todas las perspectivas necesarias y así realizar una correcta resolución del mismo. Es fundamental que el odontólogo de práctica general esté capacitado para poder diagnosticar adecuadamente cualquier situación clínica que se presente y dependiendo del nivel de complejidad del mismo saber realizar las interconsultas respectivas. La visión limitada a una sola especialidad puede llevar a no apreciar soluciones clínicas adecuadas para nuestros tratamientos. Este tratamiento sólo estará completo cuando se eduque al paciente para realizar un mantenimiento adecuado y así lograr mantener su salud periodontal.¹⁻³

La elección del tipo de poste a utilizar dependerá de criterios como la cantidad de paredes remanentes de la corona, tipo de material de la corona a colocar para la rehabilitación, diámetro del conducto, etc. Y de acuerdo a la situación clínica el profesional debe elegir el que considere mejor para el caso, dado que, por ejemplo, los postes colados y prefabricados pueden resistir de manera similar a las fuerzas tensionales inducidas sobre ellos. Para realizar adecuadamente un poste colado, este debe tener ciertas características que nos van a garantizar su retención; así debemos de considerar su longitud, forma, diámetro, superficie y en menor cuantía, el tipo de cemento utilizado.⁴⁻⁶

Las coronas metal cerámica han sido utilizadas con buenos resultados desde que fueron introducidas en 1956 y sus usos e indicaciones en odontología

han sido ampliamente descritos y son considerados como una buena opción en rehabilitación oral, ya que cuentan con una alta predictibilidad.⁷⁻⁹

Los conceptos de oclusión bien afianzados en el profesional, así como el uso de equipos e instrumental adecuados conllevan a obtener resultados más predecibles; el uso del articulador semiajustable brinda la posibilidad de reproducir los movimientos mandibulares del paciente. Entre más preciso sea este articulador, mejor será su utilidad en la consulta clínica.¹⁰⁻¹²

Las cirugías periodontales pre protésicas son comunes en la práctica odontológica y nos ayudan a garantizar el éxito de nuestras rehabilitaciones a largo plazo, ya que nos facilitan la preparación, toma de impresión y adaptación de nuestras rehabilitaciones.^{13 y 14}

El objetivo del caso fue realizar una adecuada rehabilitación de las piezas dentarias, devolviendo así la salud al sistema estomatognático a través del manejo odontológico multidisciplinario.

REPORTE DEL CASO

Paciente de sexo femenino, de 40 años de edad, que acude a la consulta odontológica por presentar la fractura de una prótesis fija a nivel de la pieza 2.4.

Al examinar a la paciente se puede apreciar la presencia de una prótesis fija fracturada a nivel de la pieza 2.4 y una restauración extensa en la pieza 2.5(OM) con presencia de recidiva cariosa.

Se realizó la toma de radiografía periapical y la toma de modelos de estudio, su posterior articulado para el correcto análisis de la oclusión.

En la radiografía periapical inicial (figura 1) se observa una IRO (Imagen Radiopaca) compatible con un poste colado, pero sin la presencia de material de obturación de endodoncia. Se puede apreciar a nivel de la pieza 2.5 una IRO a nivel coronal compatible con material de restauración y por debajo hacia mesial un IRL (imagen Radiolúcida) compatible con recidiva cariosa.

DIAGNÓSTICO

Del estado de salud general: paciente con buen estado de salud general, sin riesgo sistémico al tratamiento estomatológico.

Del estado de salud estomatológico: paciente con:

1. Caries dental: presencia de restauraciones defectuosas y caries recidivante en la pieza 2.5 (OM).
2. Pieza dentaria 2.4 con restauración protésica defectuosa.

PLAN DE TRATAMIENTO

Paciente sin riesgo al tratamiento estomatológico.

1. Fisioterapia oral, enseñanza de la técnica de cepillado, hilo dental y enjuague bucal.
2. Restauración directa con resina compuesta en pieza 2.5 (OM).
3. Retiro de la corona metal cerámica y el poste colado.
4. Necropulpectomia en la pieza 2.4.
5. Recuperación de Espacio Biológico a nivel distal de la pieza 2.4.
6. Confección de un poste colado en la pieza 2.4.
7. Confección de corona metal cerámica a nivel de la pieza 2.4.
8. Reforzamiento de la enseñanza de la técnica de cepillado, uso del hilo dental y enjuague bucal para el mantenimiento adecuado de la rehabilitación protésica.

TRATAMIENTO

Se procedió a realizar el refuerzo de la técnica de cepillado, el uso del hilo dental y el enjuague bucal.

Considerando que el retiro de una corona y un poste en esas condiciones tienen un alto nivel de complejidad se le explicó al paciente los pros y los contras del procedimiento. Luego de que la paciente ha sido informado de las probabilidades de éxito y fracaso decidió aceptar el procedimiento.

Se realiza el retiro de la corona y el poste metálico con sumo cuidado para evitar la fractura de la raíz dentaria (figura 2).

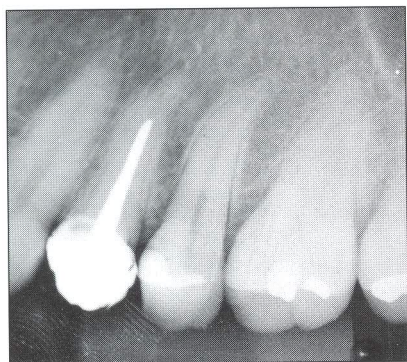


Figura 1. Radiografía Periapical Inicial.

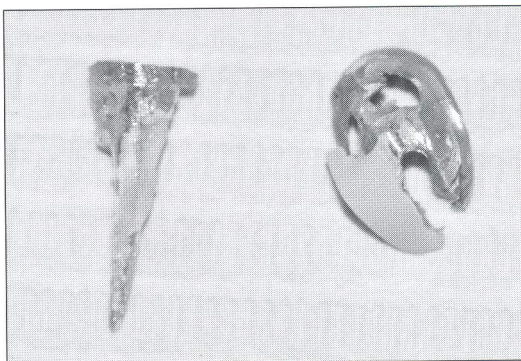


Figura 2. Retiro del poste y la corona.



Figura 3. Vista oclusal del remanente dentario.

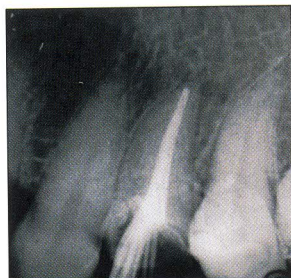


Figura 4. Radiografía de penacho.

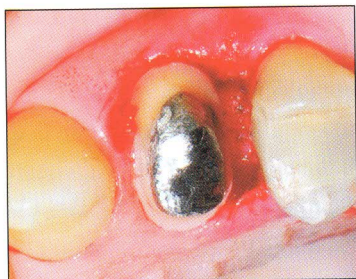


Figura 5. Cementación del nuevo poste y cirugía periodontal.



Figura 6. Corona provisional.



Figura 7. Colocación del hilo de retracción.

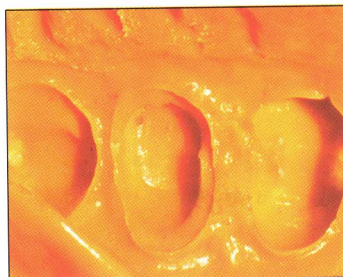


Figura 8. Impresión definitiva.



Figura 9. Vista 3 semanas después.



Figura 10. Instalación de la corona metal cerámica.

Una vez retirado el poste se evalúa el remanente radicular (figura 3) para verificar que no exista alguna fractura o fisura que perjudique el tratamiento. Se pudo apreciar que a nivel distal existía una pérdida del espacio biológico y la presencia de filtración marginal. Realizada la verificación se procedió a hacer el tratamiento de conducto; se utilizó como material de obturación gutapercha y cemento tipo Grossman, utilizando la técnica de condensación lateral (figura 4).

Posteriormente se procedió a realizar la confección de un nuevo poste colado; se desobturó el conducto radicular dejando 4mm de material de obturación endodóntico a nivel apical; para la confección del nuevo poste se utilizó un acrílico de combustión completa de color rojo y se envía al laboratorio para la realización del proceso de colado.

En una cita posterior se realiza la cementación del poste colado con ionómero de vidrio de cementación y en esa misma cita se decide realizar la cirugía de recuperación de espacio biológico; se realiza la gingivectomía y la osteoplastia a nivel distal de la pieza 2.4 dejando 3mm desde la cresta ósea hasta el límite de la preparación, logrando exponer el límite de la preparación a nivel distal, facilitando la preparación para la corona y la toma de impresión (figura 5).

Se realiza una sutura en ocho para conformar mejor las papilas, se confecciona un provisional y se fija con un cemento temporario libre de eugenol. Se programa el retiro de puntos en siete días (figura 6).

Posteriormente se decide realizar la restauración directa con resina compuesta a nivel de la pieza 2.5 en ese momento. Luego de realizada la cirugía periodontal tenemos mejor visión del piso gingival de la caja proximal. De esta manera se facilita un correcto sellado de la cavidad; se utilizó como base cavitaria ionómero de vidrio modificado con resina y como material restaurador resina compuesta color A2 en la escala de VITA.

Luego de 3 semanas se decide tomar impresión definitiva para la confección de la corona con silicona por condensación, colocando hilo de retracción 00 y utilizando la técnica de doble impresión (figura 7 y 8).

En citas posteriores se realiza la prueba de metal y la prueba de la cerámica verificando que la oclusión, el color y la anatomía sean la adecuada y que la paciente dé su conformidad; también en esas citas se evaluó el proceso de reparación de la encía, luego de la cirugía (figura 9) obteniendo resultados satisfactorios.

Una vez tenido la conformidad de la paciente se devolvió el trabajo al laboratorio para la realización del glaseado de la prótesis y posteriormente se cementa con un cemento de ionómero de vidrio (figura 10).

RESULTADOS

Los resultados obtenidos fueron satisfactorios para la paciente, ya que se logró rehabilitar adecuadamente las piezas dentarias involucradas devolviendo su anatomía y función.

Si bien es cierto que las prótesis metal cerámica no logran llenar los requisitos ideales de naturalidad y estética, en este caso la paciente quedó conforme con los resultados obtenidos.

DISCUSIÓN

Las prótesis fijas metal cerámicas presentan una excelente biocompatibilidad y una buena estética; es por ello que en nuestra realidad su uso sea muy frecuente. Una de las ventajas de las coronas metal cerámicas es la posibilidad de su fácil reparación en caso de fracturas (dependiendo del tipo de fractura que se presente) reduciendo el costo y tiempo. Si bien es cierto que las prótesis cerámicas sin metal se están popularizando cada vez más, todavía las prótesis metal cerámica siguen siendo una alternativa válida a considerar para el tratamiento de nuestros pacientes.¹⁵⁻¹⁹

La interrelación con otras disciplinas dentro de la odontología nos permite tener una visión más amplia y nos permite ofrecer a nuestros pacientes mejores alternativas de tratamiento.^{20 y 21}

CONCLUSIONES

Devolver una adecuada salud periodontal a las piezas dentarias nos garantiza la longevidad de nuestras restauraciones; asimismo es fundamental instruir al paciente para que pueda mantener una buena higiene oral.

Un adecuado diagnóstico es fundamental para realizar un adecuado tratamiento en los pacientes; por ello el profesional debe estar preparado para poder identificar todas las patologías que se puedan presentar y de esta manera realizar un correcto diagnóstico y realizar las interconsultas correspondientes a las demás especialidades de la odontología para realizar un óptimo tratamiento en beneficio del paciente.

Las prótesis fijas metal cerámica son, en la actualidad una buena alternativa de tratamiento, ya que cuentan con buenas propiedades mecánicas y estéticas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 CADAFAALCH GE, CADAFAALCH CJ. Manual clínico de Prótesis fija. Madrid: Harcourt Brace; 1997. 94p.
- 2 LARA TL, OCHOA TJ, GAITÁN VJ, HERRERA CM. *Rehabilitación con coronas completas de metal- cerámica y prótesis parciales removibles convencionales*. Odontol. Sanmarquina 2009; 12(2): 78-82.
- 3 TUMENAS, I ISHIKIRIAMA S.M. Planeamiento estético integrado em Periodontal Dentística. Sao Paulo, Artes Médicas, 20°. CIOSP, Cap 13:v.3, 2002.
- 4 ZAMORANO P y col. Microestructura de la zona de adhesión en conductos tratados endodónticamente. Revista dental de Chile, 2005; 96 (2): 3-6.
- 5 RAMÍREZ R. A, DÁVILA A.M, RINCÓN Z.A, BOSETTI T. Resistencia a la fractura de premolares tratados endodónticamente, restaurados con dos sistemas de pernos y núcleo. Acta odontol. venez. 2010; 48(1): 24-29.
- 6 CHICA E, LATORRE F, AGUDELO S. Prótesis parcial fija: análisis biomecánico sobre distribución de esfuerzos entre tres alternativas de retención. Rev Fac Odontol Univ Antioq 2010; 21(2): 150-158.
- 7 MALLAT DE. Fundamentos de la estética bucal en el grupo anterior. Barcelona. Quintessence 2001. 55-101p.
- 8 BRECKER, C. S., Porcelain baked to gold: A new médium in prosthodontics. J. Prosthet. Dent, 1986; 23(6):801-811.
- 9 ROMEO M, MARTÍNEZ JA, VALLEJO J. Introducción a los sistemas CAD/CAM de uso en clínica y laboratorio. Rev. Int. Prot. Estomatol. **2005**; 7(5): 524-534.
- 10 PEGORARO, L. F.; Prótesis Fija. Sao Paulo, Artes Medicas, 2001. 45-47p.
- 11 GUYER, S. E. Multiple preparation for fixed prosthodontics. J. Prosthet. Dent. 1970; 23:529-553.
- 12 GUTIERREZ M y col, Importancia de la Oclusión Dentaria en la Rehabilitación por Prótesis Parcial Fija. Rev Cubana Estomatol 2001; 38(3):155-64.
- 13 AGUDELO C, RICO J, MOLANO E. Alargamiento coronal preprotésico: un procedimiento estético y funcional. Reporte de un caso. Rev. Estomat. 2010; 18(2):23-26.
- 14 CUARTAS RAMÍREZ J.C., ARDILA MEDINA C.M. Consideraciones restauradoras y periodontales de molares tratados con resección radicular. Avances en Periodoncia. 2010; 22(3): 157-164.
- 15 POSPIECH P, RAMMELSBERG P, UNSOLD F, GERNET W. Four-year clinical evaluation of In-Ceram adhesive bridges: Preliminary results. J Dent Res 1996;75(5):147-151.
- 16 SUÁREZ MJ, LOZANO JF, SALIDO MP, MARTÍNEZ F. Three-year clinical evaluation of In-Ceram Zirconio posterior FPDs. Int J Prosthodont 2004; 17(6):35-38.
- 17 OZCAN M. Evaluation of alternative intra-oral repair techniques for fractured ceramic-fused-to-metal restorations. Journal of Oral Rehabilitation. 2003; 30(2):194-203.
- 18 FRAXINO B, GOULART CR, CAREGNATTO ME, PEDROSO LM, LEITE MS. Técnica Indirecta Para Reparación De Prótesis Parcial Fija Metal-Porcelana Relato Del Caso. Acta odontol. venez. 2010; 48(1): 164-169.
- 19 OZCAN M. Fracture reasons in ceramic-fused-to-metal restorations. Journal of Oral Rehabilitation. 2003;30(3):265-9.
- 20 WATANABE VR, SALCEDO MD, OCHOA TJ, HORNA PH, HERRERA CM, PAZ FJ. Rehabilitación oral con prótesis fija. Odontol. Sanmarquina 2008; 11(2): 96-99.
- 21 TOKSAVUL S, TURKUN M, TOMAN M. Esthetic enhancement of ceramic crowns with zirconia dowels and cores: a clinical report. The Journal of Prosthetic Dentistry. 2004; 92(2):116-9.