

LA PROTESIS ADHESIVA COMO ALTERNATIVA TERAPEUTICA VALIDA

Dr. Roberto Chaves

En prótesis fija la preparación de los dientes pilares vitales para recibir recubrimientos totales o parciales, involucra una importante pérdida de estructura dentaria, tanto en esmalte como en dentina. Y si consideramos que al tallar dentina, estamos afectando pulpa al dañar sus prolongaciones protoplasmáticas, comprenderemos que en todo este tipo de maniobras operatorias, la utilización de piedras y fresas nuevas, en forma suave e intermitente, con permanente y abundante refrigeración, disminuirá el daño por recalentamiento y trauma directo pero no logrará eliminarlo totalmente, sobre todo en piezas jóvenes.-

Por fin, pasos clínicos como la toma de impresiones, retracción gingival, confección de los provisionales y aun el mismo cementado pueden agregar injurias térmicas, mecánicas o químicas, tanto a la pulpa dental como a los tejidos de soporte.-

El concepto actual de la odontología preventiva y la concientización por parte de la profesión, que todo daño o injuria debe ser minimizado, ha impulsado la búsqueda de caminos cada vez menos agresivos. Se puede tallar menos utilizando recubrimientos parciales en aquellos dientes pilares que lo permitan y donde está absolutamente indicado y justificado, mas no en todos los casos.-

Además el éxito final de la restauración en mucho dependerá de la posibilidad de reconstruir la forma anatómica adecuada. Sólo así se podrá restituir la función sin provocar interferencias oclusales ni daños periodontales, y ello implica que la cantidad de desgaste efectuado ha de ser proporcional al espesor necesario para que el material de restauración reúna las condiciones estéticas y propiedades mecánicas requeridas, sin sobrecontorneo al diente.-

Todas estas consideraciones no significan en absoluto, ir en desmedro de la prótesis fija como medio terapéutico idóneo. En estos momentos es y probablemente lo será por mucho tiempo más un insustituible método operativo, que permite restituir tanto forma y función perdidas, como también asegurar la salud y estética del sistema odontoestomatognático en una gran cantidad de enfermos parcialmente desdentado.-

Sin embargo, desde hace un tiempo, se trabaja en la idea de poder lograr un ideal que permita la reposición de piezas ausentes, sin tener que tallar los dientes pilares sanos, ni recurrir a una

prótesis parcial removible. En este sentido, la prótesis adhesiva puede ser considerada un medio eficaz para conseguirlo, dado que correctamente concebida, permite reponer pérdidas dentarias individuales o tramos cortos desdentados con un mínimo de desgaste efectuado a expensas de esmalte.-

Si hacemos un análisis retrospectivo del camino que en ese aspecto se ha recorrido, veremos que en los últimos tiempos, de una manera paulatina pero constante, se han ido produciendo cambios importantes.-

En 1955, Michael Buonocuore, sienta las bases de este tipo de terapéutica al publicar, en el Journal of Dental Research y bajo el título de "Un simple método para incrementar la adhesión de los acrílicos a la superficie del esmalte", las conclusiones de su trabajo sobre esmalte dentario tratado con ácido.-

En 1962 aparece la primera resina compuesta, al desarrollar Ray Bowen la fórmula del BISGMA. En 1973 Portnoy reporta el uso de dientes de acrílico para confeccionar puentes provisionales adheridos a los dientes vecinos grabados, mediante la fijación de resinas. En 1974 Ibseu y en 1975 Buonocuore hacen lo propio utilizando dientes naturales recién extraídos. En 1971 el Dr. A. Rochette utiliza por primera vez como prótesis adhesiva un puente colado perforado. En abril de 1980 se comenta por primera vez en la Universidad de Maryland una restauración metálica grabada electrolíticamente. Estos colados, limitados a las aleaciones de cromo-cobalto y cromo-níquel, ofrecen sobre los perforados tipo Rochette la ventaja de eliminar la resina expuesta al medio bucal, a la par que reduce el sobrecontorneo dentario.-

En el metal correctamente tratado, el valor de su unión con la resina es superior al de ésta con el esmalte. Sin embargo, lamentablemente la técnica no es sencilla, la aparatología costosa y los resultados no siempre seguros. Ello justifica que aún se siga investigando a fin de lograr más simples y efectivas soluciones clínicas y de laboratorio.

En la actualidad, el método de los cristales solubles o bonding traps y el arenado de la superficie interna del metal conjuntamente con el uso de cementos adhesivos al metal (x) pueden ser considerados métodos más sencillos y efectivos.-

(x) PANA VIA Ex-Kuraray CO.

De todas formas, las conclusiones de los informes publicados por los distintos autores, nos permite ser optimistas y aunque es de suma importancia reconocer que, por tratarse de un método relativamente reciente, se carece del tiempo de evaluación necesario como para poder arribar a conclusiones definitivas.-

VENTAJAS

En síntesis podemos afirmar que este tipo de prótesis tiene una serie de ventajas, como sin duda son el considerable mínimo tallado que se efectúa, la ausencia de agresión pulpar y la posibilidad que, ante un eventual desprendimiento, ningún daño irreversible se haya provocado sobre las estructuras dentarias. Sólo se requerirá estudiar nuevamente el caso; determinar cuál ha sido la causa del fracaso, solucionarla y recementar o rehacer la prótesis.

La técnica en sí es sencilla, tanto desde el punto de vista clínico como de laboratorio, lo que no significa que deba ser considerada poco meticulosa. Cada vez se le asigna mayor importancia a la planimetría y preparación de los dientes pilares, como maneras efectivas para asegurar el éxito de la restauración.-

Los diseños originales han sido mejorados aprovechando la experiencia clínica y analizando los inconvenientes presentados. Las restauraciones actuales podemos afirmar, son verdaderas incrustaciones talladas a expensas de esmalte tanto en preparaciones del Sector anterior (Fig. 1) como de sector posterior (Fig. 2). La incorporación de pins y vieleras son recursos utilizados con éxito en la actualidad (Fig. 3). De ninguna manera se debe pensar que la adhesión que brinda el cemento es el único ni el más efectivo medio de retención. La estabilidad de un puente es la suma de una serie de mecanismos que posibilitan el éxito futuro.-

Los retenedores, al sobrecontornear el diente, suelen favorecer el atrapamiento y acumulación de placa bacteriana. Este problema, que era real en los primitivos diseños, hoy ha sido mejorado mediante la técnica de tallar planos guía en las superficies proximales libre de los dientes, mantener su terminación cervical alejada de encía y utilizar mínimos espesores de metal para evitar el sobredimensionamiento de la pieza. La enseñanza y motivación de una correcta higiene oral y el uso racional del flúor, minimiza la incidencia de caries y lesiones gingivales a periodontales atribuibles a este tipo de restauraciones. El enfermo protético debe ser considerado como de alto riesgo y como tal tratado. La higiene oral, el uso de compuestos fluorados y los controles periódicos deben ser de rutina.-

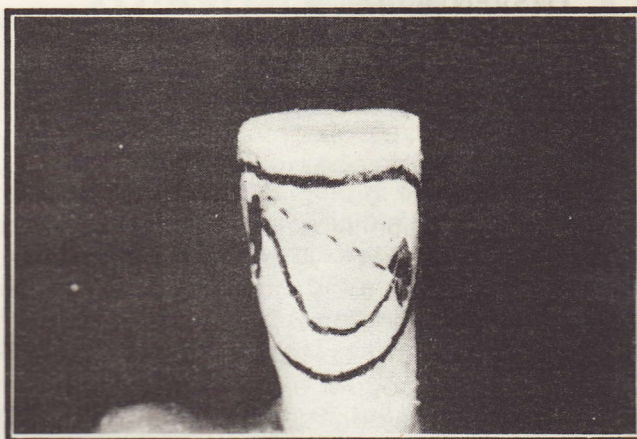


Fig. 1- Diseño preconizado para preparaciones del sector anterior.

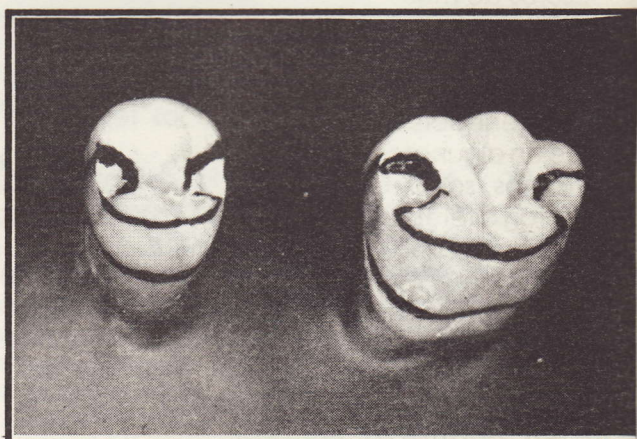


Fig. 2- Diseño preconizado para preparaciones del sector posterior.

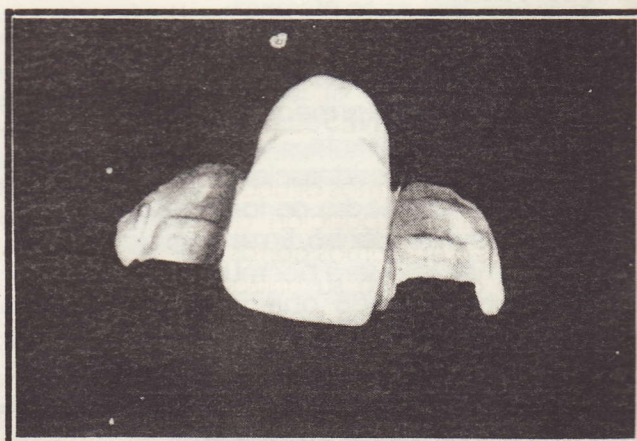


Fig. 3- Prótesis adhesiva con rieleras adicionales.

DESVENTAJAS

La desventaja mayor que presenta este tipo de restauraciones estriba, fundamentalmente, en que su duración es prácticamente desconocida y, aunque su futuro aparece promisorio, sólo el tiempo podrá determinar con certeza si deberán ser consideradas definitivas o tan solo un buen tratamiento temporal.-

Ante otro tipo de objeciones, como la imposibilidad de reconstruir en mínimos espesores la anatomía exacta de las piezas dentarias, se hace evidente que, por encontrarse frente a un tratamiento conservador, deberá imponerse criterio clínico del profesional para decidir -sobre todo en dientes jóvenes con pulpas y canales dentinarios amplios- si se justifica extensos desgastes para restituir la forma anatómica o si es posible reconstruir oclusión y mecanismos de desoclusión con mínimos espesores de metal.-

Respecto a las posibilidades estéticas que ofrece, veremos que éstas varían, según la ubicación de la prótesis. El metal tanto de apoyos como retenedores o superficies oclusales coladas, puede en algunos sectores ser visibles y en otros no. Los tramos, sobre todo los ceramometálicos, no presentan diferencias con la estética lograda en la prótesis tradicional. A veces, en dientes anteriores anatómicamente delgados, el metal puede conferir por transparencia una coloración grisácea al diente pilarlo que puede ser disimulado mediante la utilización de agentes cementantes con características especiales de opacidad.-

En cuanto a la colocación en sí, la circunstancia que la prótesis adhesiva deba ser cementada en forma inmediata, no hace posible los múltiples controles de la relación tramo-reborde y tronera interproximal-papila interdental, como se puede realizar en los puentes tradicionales, durante el período de prueba en que es cementado provisionalmente.-

INDICACIONES

La utilización más difundida de esta técnica la ubica en la reposición de piezas faltantes individuales o en tramos cortos intercalares. Se ha ensayado con éxito su utilización para resolver situaciones clínicas en bocas con dientes pilares jóvenes y sanos (Figs. 4 y 5). También en fijaciones postortodóncicas, ya sea en reemplazo de otro tipo de aparatología o asociado a restauraciones protéticas convencionales o adhesivas. En ciertos pacientes con agenesias o extracciones se producen cambios de posición, migraciones y diastemas que deben ser corregidos antes de reponer las piezas ausentes. En estos casos los

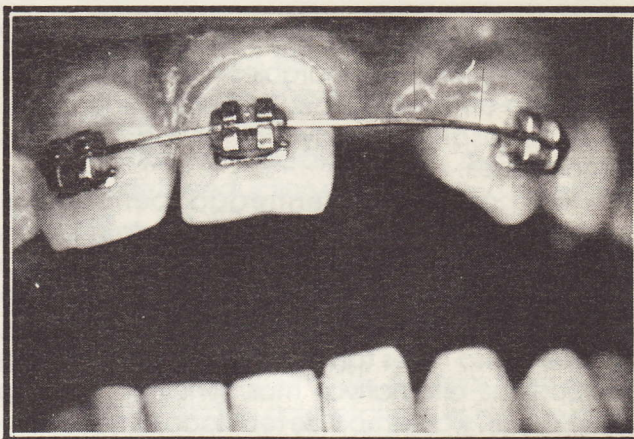


Fig. 4- Preoperatorio caso clínico.

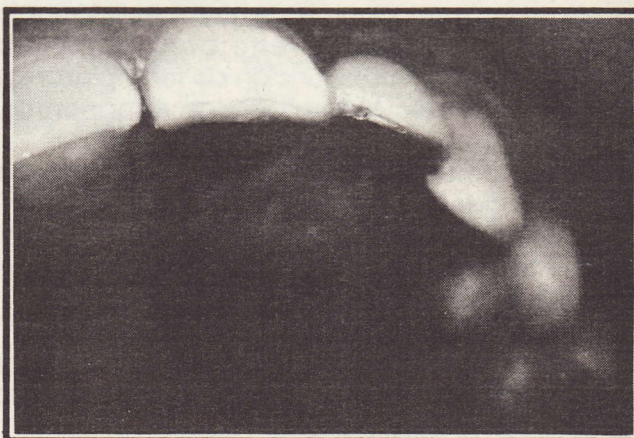


Fig. 5- Postoperatorio caso clínico.

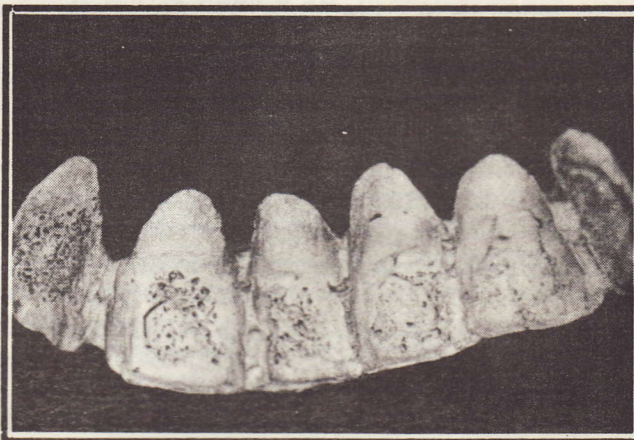


Fig. 6- Férula colada para enfermo periodontal. Retención sistema bonding-traps.

retenedores podrán cumplir ambas funciones -retención y fijación- con notables ventajas respecto a otro tipo de terapéutica, pudiendo además, si fuese necesario, coadyuvar al logro de las desoclusiones.-

En caso de enfermedad periodontal avanzada, donde la pérdida de tejidos de inserción haya sido importante y sea necesaria una ferulización de los dientes enfermos (Fig. 6 y 7), este tipo de retenedores han sido utilizados con éxito, aunque su uso no es tan común ante la presencia de técnicas alternativas más sencillas. Tiene la ventaja que, si al tiempo de realizado es necesario efectuar la extracción de algunos de los dientes involucrados, bastará hacer su radiculotomía y automáticamente se transformará en una prótesis adhesiva donde el tramo será el propio diente natural. También se podrá utilizar prótesis adhesiva en el enfermo periodontal que haya perdido una o más piezas dentarias. En este caso, la prótesis desempeñará la doble función de reemplazar los dientes ausentes y ferulizar los remanentes, redistribuyendo los esfuerzos.-

Ultimamente se ha utilizado este tipo de recurso terapéutico en:

OCLUSIÓN:

Para lograr armonización oclusal y reposición de los mecanismos anteriores de desoclusión.-

PROTESIS REMOVIBLE Y COMBINADA:

Con la confección de planos guía, apoyos oclusales, fijando attaches de precisión o semiprecisión. (Figs. 8 y 9).

ESTETICA:

Mediante el uso de carillas vestibulares en dientes anteriores pigmentados, veteados o erosionados.

CONTRAINDICACIONES

Se refieren fundamentalmente a los casos que presentan brechas desdentadas amplias y a dientes pilares con coronas destruidas o pigmentadas.-

Inicialmente esta técnica fue concebida para la reposición de brechas cortas en dientes sanos. Sin embargo en casos clínicamente favorables podemos extender, con los recaudos necesarios, la expectativa de éxito a dos y aún tres dientes faltantes: mas como experiencia de responsabilidad compartida entre paciente y profesional que a indicación precisa y aprobada. En este caso también el tiempo decidirá en última instancia cuál es el máximo de dientes a reponer y bajo qué circunstancias clínicas.-

La conclusión más importante que podemos extraer de todo lo antedicho, probablemente sea que la prótesis adhesiva es un logro terapéutico,



Fig. 7- Postoperatorio del caso anterior. Tratamiento de fijación previo al periodontal.

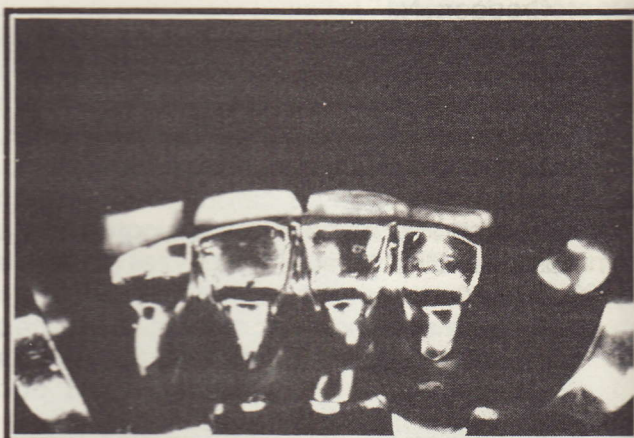


Fig. 8- Apoyos linguales adhesivos para P.P.R.



Fig. 9- Fijación de attaches en prótesis combinada.

con indicaciones muy precisas, limitaciones que hay que conocer y un gran interrogante en su futuro que sólo el tiempo será capaz de develar: ¿Cuál es su verdadera duración en boca, en condiciones óptimas,-

Asimismo, sería un error pensar que es una técnica facilista, o que va a suplantar a la prótesis fija convencional en todas sus indicaciones, porque hasta el momento nada parece indicarlo.-

En última instancia, será el profesional quien, con amplio conocimiento del tema, deberá determinar en qué casos clínicos se justifica su utilización y con qué posibilidades de éxito final.-

BIBLIOGRAFIA

- Adhesive Prosthodontics. Proceedings of the International Symposium on Adhesive Prosthodontics. Kuraray Jpn. 1986.

- Creugers, N.H.J., Soek, P.A., Vogelsk, A.L.M. -Overcontouring in resin bonded prostheses: Plaque accumulation and gingival health, J. PROTHET DENT 59: 17-21, 1988.

- Doukoudakis A., Abrams A. Alternative method for anterior tooth replacement Ohio Dent J. 56: 28-31, 1982.

- Doukoudakis A., Peck CW., Doukoudakis S., Tommasone D. Direct bonded bridges. Oral Health 72: 29-31, 1982.

- Eshleman, J.R., Janus, C.E., Jones, C.R., Tooth preparation designs for resin-bonded fixed partial dentures related to enamel thickness J. PROSTHET DENT 60: 18-23, 1988.

- Ferrari M., Cagidiaco MC., Bertelli E. Anatomic guide for reduction of enamel for acid-etched retainers. J. PROSTHET DENT 58: 106, 1987.

- Ferrari M., Cagidiaco MC., Breschi R. Evaluation of resin bonded retainers with the scanning electron microscope. J. PROSTHET DENT.- 59: 160-165, 1988.

- Howe DF, Denehy GE: Anterior fixed partial dentures utilising the acid-etched technique and a cast metal framework. J. PROSTHET DENT 37: 28, 1977.

- La Barre EE, Ward HE: An alternative resin-bonded restoration. J. PROSTHET DENT 52: 247, 1984.

- Livaditis GJ.: Cast metal resin-bonded retainers for posterior teeth. J.A.M. Dent. Assoc. 101: 926, 1980.

- Livaditis GJ. Resin-bonded cast restorations: clinical study. Int. J. Periodontics Restorative Dent 1: 70-9, 1981.

- Livaditis GJ., A chemical etching system for creating micromechanical retention in resin-bonded retainers. J. PROSTHET DENT 56: 181, 1986.

- Livaditis GJ., Thompson VP.: Etched casting: An improved retentive mechanism for resin-bonded retainers. J. PROSTHET DENT 47: 52, 1982.

Dirección del autor
47 N° 807 La Plata
C.P. 1900

A partir del **4 de Marzo**
comienza la Inscripción
en los Cursos de Postgrado.
¡INFORMESE

La S.O.L.P. a través de su Escuela de
Postgrado, le brinda al recién egresado
la posibilidad de capacitarse en las
distintas disciplinas.-

La Biblioteca de la S.O.L.P.
crece para Ud. y pretende
interconectarse con el resto
del mundo.
Contribuya a esta tarea

La Educación continua es la
prioridad del Odontólogo
moderno: La Escuela de
Postgrado y la Biblioteca de la
S.O.L.P. trabajan con esos
objetivos.-