

# Restauración de la Pieza Desvitalizada con Pivot Cerámico.

De acuerdo a las distintas técnicas y materiales de hoy en día se pueden realizar las reconstrucciones corona radicular de acuerdo a las distintas situaciones clínicas ideales.

DAVOI / AUCIBI

Director de cursos de la Escuela de Postgrado de la Asociación Odontológica Argentina.

SEYDRA BASTONOVICH

Asistente de primera de la Escuela de Postgrado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires.

### Introducción

La literatura ha presentado distintos tipos de restauraciones para la pieza desvitalizada de las cuales el pivote muñón acompañado de una restauración periférica coronaria ha recibido considerable atención. Esto es así debido a que los estudios histológicos de transformación de fuerzas<sup>1</sup> y los evaluaciones clínicas<sup>2</sup> lo sugieren como una reconstrucción predecible en comparación con otras técnicas de inserción directa de materiales de obturación adhesivos o resina en situaciones clínicas donde la pérdida de tejido dentario es moderada a severa<sup>3</sup>. El resubstruimiento coronario con incrustaciones o coronas, en estos casos, permite la distribución axial de las fuerzas que se generan en función a para función<sup>4</sup> mientras que el pivote, como restauración intermedia, facilita la transferencia de las fuerzas generadas sobre la restauración hacia la zona radicular<sup>5</sup>.

### Desarrollo

Cuando el remanente coronario lo permite es



Fig. 1. Estado Preoperatorio con aislamiento del campo operatorio.

adecuado utilizar los márgenes de las coronas o incrustaciones alejados de los tejidos gingivales, lo que facilita los procedimientos clínicos y de laboratorio y permite un control adecuado de los márgenes por parte del profesional y del paciente. A pesar de estas ventajas, los ensa-

metálicos muchas veces no son aceptados por los pacientes por la visualización del metal y el inconveniente estético que eso supone en la zona anterior de la arcada bucal las gestiones.

Esta situación se conjuga con el desarrollo innovaciones técnicas adhesivas que tratan de cubrir las ventajas funcionales de aquellas con un resultado estético aceptable.

El reciente desarrollo de los cementos cerámicos e híbridos brinda la posibilidad de realizar el empuje sobre modelos de trabajo convencionales, la obtención de una masa cerámica de alta densidad y una adaptación óptima a los márgenes coronarios, con la consiguiente disminución del riesgo de fracturas clínicas<sup>6</sup>.

El mejoramiento de los procedimientos y materiales adhesivos ha derivado en el desarrollo de cementos de compuesto de curado dual e autoadhesivo sin necesidad de tiempo de trabajo clínico con alto grado de adhesión a los tejidos dentarios y énteros espesor de película que permiten el asentamiento completo de estas restauraciones y mínima fricción marginal en el uso clínico<sup>7</sup>.

Considerando esta disponibilidad de materiales y técnicas se puede optar por la utilización de pivotes o coronas (reconstrucción corona-radicular en una sola pieza) como en los siguientes situaciones clínicas:

- Cuando el diámetro del conducto radicular sea lo suficientemente amplio para permitir la colocación estructural de la restauración cerámica y el acceso para el tratamiento adhesivo de las paredes dentarias del conducto y cámara pulpar.
- Cuando los márgenes estén suficientemente alejados de los tejidos gingivales para permitir el aislamiento absoluto del campo operatorio y haya cemento disponible en cantidad y calidad para lograr una técnica adhesiva predecible.
- Cuando la estética sea importante.
- Cuando, junto con las demás condiciones, el espesor de las paredes dentarias haga difícil la colocación de los márgenes del pivote y corona en un espacio mínimo.

### Ventajas: estética

- Márgenes supragingivales.
- Acheados micromecánica y química a los márgenes de encaje.

PAGINA CLINICA



Fig. 2. Estado de zona operatoria con campo y trabajo final de los márgenes.



Fig. 3. Preparación con cámara pulpar abierta. Estado de zona operatoria.



Fig. 4. Pivote y zona clínica de margen. Vista occlusal.



Fig. 5. Pivote y zona clínica de margen. Vista palatina.

- Integración funcional del remanente dentario con la restauración.
- Confianza de separación técnica próxima a los tejidos gingivales.
- Resistencia a la abrasión.
- Excelente compatibilidad con los tejidos gingivales.

### Desventajas: técnica difícil

- Mayor tiempo de trabajo clínico.
- Requiere aislamiento absoluto del campo operatorio.

### Fases operatorias clínicas:

- Talleo paralelo del conducto y paredes de la cámara pulpar.
- Eliminación de pequeñas zonas escleróticas con materiales adhesivos de inserción directa.
- Talleo para crear cerámico de las paredes internas de las coronas.
- Confeción de la restauración provisional.
- Impresión de la preparación con materiales silícicos.
- Confeción de la restauración en el laboratorio.

- Adaptación y colocación de la cerámica sobre el pivote.
- Grabado con ácido fluorhídrico de las paredes internas.
- Silancado.
- Cementado de la restauración.
- Eliminación de los excesos de cemento y pulido de los márgenes.
- Ajuste occlusal final.

### Discusión

La técnica referida permite el logro de la transformación natural de la pieza dentaria sin la pérdida de las vías normales de distribución de las fuerzas que se generan en occlusión. Además, la adhesión de la estructura cerámica a los tejidos dentarios permite la integración funcional por los márgenes de la restauración disminuyendo de los márgenes y la consiguiente disminución del riesgo de fractura del remanente dentario.



Fig. 6. Pivote actual pivote. La manipulación previa al cementado debe ser realizada en posición distal al riesgo de fractura.

PAGINA CLINICA



Fig. 7. Restauración provisoria para zona operatoria. La superficie superior ha sido grabada y la interna, pulida con ácido fluorhídrico y silancada.



Fig. 8. Cementado con cemento autoadhesivo luego proceso digital para asegurar el asentamiento.

Es difícil comparar la experiencia personal con la de otros autores debido a que no se ha encontrado bibliografía que describa situaciones clínicas similares.

La secuencia clínica que se ilustra fue realizada doce meses antes de la presentación del artículo para su publicación y al igual que otros casos clínicos similares, no muestra signos de fractura lo que nos hace suponer un pronóstico favorable.

### Resumen

Se presenta una técnica novedosa para la reconstrucción de piezas dentarias con severa destrucción coronaria. Se describe las características de los casos clínicos ideales para su utilización, sus ventajas y desventajas y la secuencia de pasos clínicos.

### Summary

A new alternative treatment for the reconstruction of teeth with severe loss of coronal tissue is presented. This technique's advantages and disadvantages and the clinical cases where it is indicated are described.

### Agradecimientos:

Los autores desean expresar su agradecimiento a: Dr. Eduardo Demalieu, por la colaboración de la secuencia de laboratorio.

### Referencias bibliográficas:

1. Davoli DAF et al (1982): Photostatic analysis of stress transfer to endodontically treated teeth to the supporting structure using different restorative techniques. J Prosthet Dent 67: 430-47.
2. De Gregorio et al (1988): Restorative and endodontic result after treatment with root canal and crown. J Prosthet Dent 61: 43-50.
3. Hirsch J, D (1987): Extension of posterior component of resin and extending their use with glass ionomer cements. Odontologia 36: 217-221.
4. Ruse J (1992): The effect of occlusal coverage on the fracture resistance of both restored with indirect resin restorations. Odontologia 41: 24-27-33.
5. Robinson D (1982): Estado del arte de las resinas adhesivas estéticas. JADA 107: 20.
6. Argente Caputo, J et al (1984): Bismacromerita in Direct Resinistry (Paper 8). Quintessence Publishing Co.
7. Wilson J, Johnson FM (1992): Resins generated by using cement during cementation of composite and ceramic inlays. J Oral Rehab 19: 113-22.

### Dirección de autor:

Martín de Soto (11219) Capital Federal



Fig. 9. Preparación provisional. Vista occlusal.



Fig. 10. Preparación a 45° para zona actual.