

Endocoronas de resina compuesta: presentación de un caso clínico

AUTOR:

OD. PEÑA, José Javier Martín

JTP de Clínica de Operatoria Dental I, Fac. de Odontología, UNCuyo.

DOMICILIO DEL AUTOR: Paso de los Andes 33, Mendoza.) (5500). E-mail: jjmpena@hotmail.com

COAUTORES:

OD. CARRAZCO, María Elizabeth: Profesora titular de Operatoria Dental. Carrera Asistentes dentales, JTP Módulo Operatoria Dental I de la Facultad de Odontología, UNCuyo.

OD. VENTRERA, Verónica: Profesora titular Preclínica de Operatoria Dental; profesora adjunta Módulo Operatoria II, Fac. de Odontología UNCuyo.

SR. SIMONE, Franco G.: Protesista dental.

RESUMEN

Las restauraciones de inserción rígidas, tanto incrustaciones como coronas, cuentan con el aval de una amplia experiencia clínica. En nuestra práctica diaria se nos presentan a menudo casos en los que no podemos resolver el problema de una gran destrucción coronaria con ninguno de estos tratamientos. En este trabajo se presenta un caso clínico solucionado mediante la confección de una endocorona de resina compuesta debido a la contraindicación clínica de las restauraciones tradicionales, ya que el elemento a ser tratado presentaba una perforación en el piso de la cámara pulpar con un pronóstico de sobrevida reservado.

Palabras clave

Endocorona - Destrucción coronaria - Resina compuesta

ABSTRACT

The rigid restorations of insertion not only incrustation but also crowns, count on an ample clinical experience's guaranty. We often encounter cases where we cannot solve the problem of a great coronary destruction with anyone of these treatments in our daily practice. In this work, we present a case solved by means of the confection of an endocorona of compound resin due to the clinical contraindication of the traditional restorations, since the element to be treated presented a perforation in the pulpar camera's floor with a reserved prognosis of over life.

Key word

Endocorona - Coronary destruction - Compound resin

INTRODUCCIÓN

Las incrustaciones de resina han demostrado ser una opción válida para la rehabilitación coronaria de elementos dentarios que han tenido una gran destrucción, ya sea en ele-

mentos vitales como en aquellos en los que se ha realizado el tratamiento de endodoncia. Si bien las incrustaciones de porcelanas actuales llevan alguna ventaja sobre las incrustaciones de resina por sus propiedades, estas presentan algunas ventajas

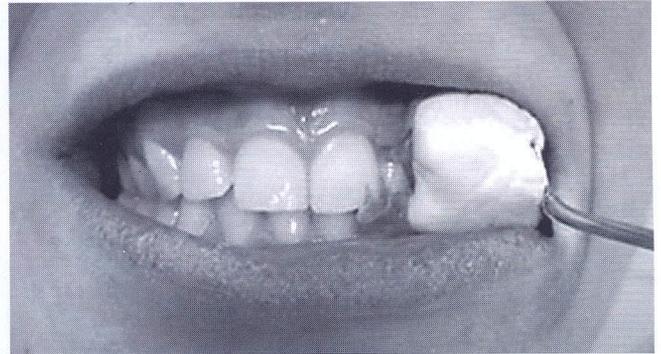
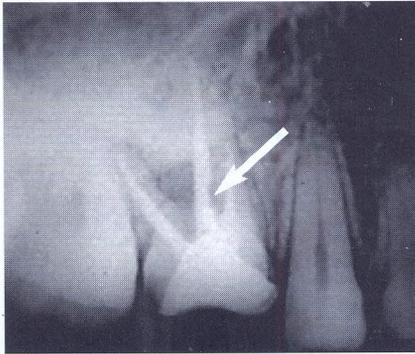
sobre aquellas, como su bajo costo, menor tiempo de elaboración, la posibilidad de ser realizada por el propio odontólogo (evitando intermediarios; lo que agiliza su confección), utilización de un material ampliamente conocido por éste (3, 9,

Endocoronas de resina compuesta: Presentación de un caso clínico

Peña, José Javier Martín. Od. Carrasco, María Elizabeth. Od. Ventre, Verónica. Sr. Franco G. Simone.

Figura 1.

Radiografía postoperatoria (Retratamiento Endodóntico). Nótese la obturación de la perforación (flecha).

**Figura 3.** Toma de la impresión con cubeta de mordida doble.

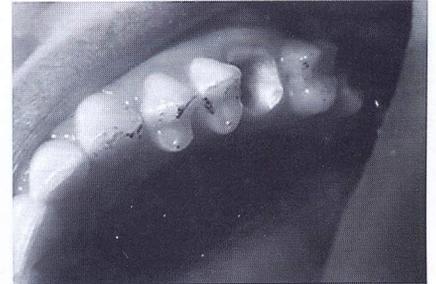
12) y la posibilidad de "integrar" el material a los tejidos dentarios mediante la utilización de cementos resinosos (4, 5, 10), lo que permite economizar tejido dentario al momento del tallado de la cavidad que la alojará. Las endocoronas representan una de las opciones de restauración que se pueden aplicar a los dientes con tratamiento de endodoncia que tienen una amplia destrucción coronaria y en los que no se indica este tipo de restauración. Su tallado consiste en un margen circular de unión tipo tope y una cavidad de retención central dentro de la cámara pulpar sin anclaje intrarradicular (1) El fundamento de esta técnica se basa en el aprovechamiento de la superficie disponible de la cámara pulpar para asumir la estabilidad y la retención de la restauración mediante procedimientos adhesivos. Los parámetros que dictan el recurso a este tipo de restauración son la cantidad de sustancia coronaria remanente, la decisión de no colocar poste y una resultante de las fuerzas oclusales favorable. (1, 2)

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino, 23 años de edad, concurre a la consulta con un absceso alveolar agudo en el pri-

mer molar superior izquierdo, el cual presentaba un perno y corona cementado 18 meses atrás. Mediante la toma de una radiografía periapical se observó un tratamiento endodóntico deficiente, por lo que se procedió, como primera medida, al desalajo tanto de la corona como del perno con el fin de realizar nuevamente dicho tratamiento. En este momento se evidenció que el elemento presentaba una perforación en el piso de la cámara. El especialista realizó el retratamiento endodóntico, obturando la perforación con CPM (Cemento Portland Modificado. Egeo) (figura 1), recomendando la colocación de una restauración provisoria (perno muñón y corona de acrílico) a fin de evaluar la evolución de este tratamiento antes de la colocación de la restauración definitiva.

Como restauración definitiva se optó por la confección de una endocorona de resina compuesta, considerando que el ensanchamiento de los conductos para realizar un perno colado pasante o colocar un poste preformado podría resultar una maniobra de alto riesgo (1), debido a la perforación existente, además de contar con la ventaja de poder lograr un excelente sellado marginal mediante la colocación de un cemento resinoso, lo cual resulta de vital

**Figura 2.** Tallado del remanente dentario.

importancia para mantener libre de bacterias la zona de la perforación y evaluar la evolución de la misma.

Una vez realizado el tallado del remanente dentario con una piedra de diamante troncocónica de extremo redondeado, en donde se realizó un hombro redondeado continuo en todo el borde cavo, se paralelizaron las paredes de la cámara pulpar mediante el agregado de resina compuesta, a fin de eliminar espacios retentivos y dar estabilidad y retención a la restauración, ahorrando tejido sano (12) (figura 2). Una vez finalizada la preparación se procedió a la toma de impresiones. A fin de facilitar esta maniobra se utilizó una cubeta parcial de mordida doble (Parkell, EE.UU.), con la cual se obtiene en el mismo paso la impresión del elemento a restaurar, la impresión del antagonista y el registro oclusal, lo cual disminuye la cantidad de pasos clíni-

Endocoronas de resina compuesta: presentación de un caso clínico

Peña, José Javier Martín. Od. Carrasco, María Elizabeth. Od. Ventreña, Verónica. Sr Franco G. Simone.

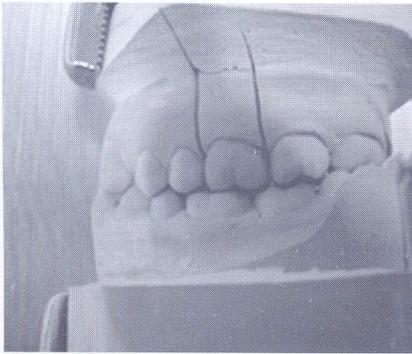


Figura 5. Confección de la restauración sobre el modelo troquelado.



Figura 6. Vista oclusal de la restauración cementada.

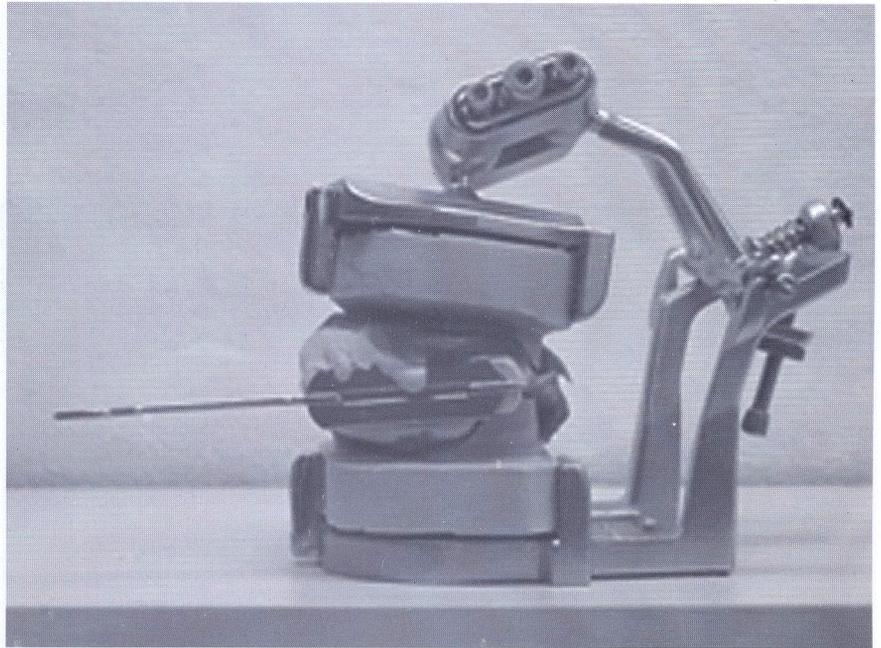


Figura 4. Montaje en oclisor simple (Alphadent) con sistema de doble nuez.

cos, lo que conlleva a un gran ahorro de tiempo y disminuye la posibilidad de errores por parte del operador (figura 3).

Una vez obtenida la impresión con un elastómero de polimerización por adición (President, Coltenne) se procedió a la confección del modelo de yeso densita con su respectivo troquel y al montaje de este en un oclisor simple (nótese que en el oclisor utilizado el montaje no se realiza fijando la impresión con yeso, sino con un sistema de doble nuez, lo que agiliza esta maniobra) (Alphadent) (figura 4).

Luego de montados los modelos se confeccionó la restauración de

resina compuesta con nanorrelleno (Z350 color A3, 3M ESPE) mediante técnica incremental, polimerizando 40 segundos por capa con lámpara de LED (KAVO) (3, 12) (figura 5) corroborando la adaptación en boca y se procedió a su cementado, para lo cual se optó utilizar un cemento de resina (4, 5) autoadhesivo autocondicionante (Maxcem, Kerr), ya que al no necesitar realizar grabado ácido en el elemento dentario, no aumenta la permeabilidad dentinaria (un efecto muy poco deseable en la zona de la perforación) lo que disminuye las probabilidades de pasaje de monómeros sin reaccionar a través de esta, minimizando así su riesgo

biológico (6, 7). El remanente dentario fue descontaminado con clorhexidina al 2% (Concepsis-Ultradent), y la endocorona arenada con partículas de óxido de aluminio de 50 micras (Microdent, Bio Art) e impregnada con vinil silano pre hidrolizado (5, 8).

Luego se procedió a la colocación del cemento y asentamiento de la endocorona sobre el remanente, ejerciendo presión constante durante un minuto (13). Inmediatamente después se retiraron los excesos del cemento resinoso y se cubrieron los márgenes con glicerina para evitar la formación de la capa inhibida, polimerizando 60 segundos por cada

Endocoronas de Resina Compuesta: Presentación de un Caso Clínico

Peña, José Javier Martín. d. Carrasco, María Elizabeth. Od. Ventrera, Verónica. Sr Franco G. Simone.

cara. Una vez transcurrido el tiempo indicado por el fabricante se realizaron los últimos ajustes oclusales (figura 6).

DISCUSIÓN

Las endocoronas son una excelente opción de tratamiento en aquellos elementos con una gran destrucción

coronaria y que no puedan ser rehabilitados con restauraciones tradicionales, como incrustaciones o perno muñón y corona, luego de la endodoncia. Entre algunas de estas situaciones podemos mencionar perforaciones en el piso de la cámara, conductos extremadamente curvos, relación corono-radicular muy desfavorable (muy poca longitud radicular) o elemento posteriores

con una longitud gingivo-oclusal de su corona menor a los 3 mm.

Si bien, en la actualidad las porcelanas utilizadas en odontología aventajan a las resinas por sus propiedades, estas son una opción válida en los casos en los que se requiera de una solución estética rápida y económica, máxime en los casos en los que el pronóstico de sobrevida del elemento dentario es reservado.

BIBLIOGRAFÍA

1. **LANDER E., DIETSCHI D ET AL (2009)** Endocoronas: informe clínico. *Quintessence Vol. 22. Número 1. Pág. 12-18*
2. **DIESTCHI D., OLIVER D., KREJCI I ET AL (2009)** Consideraciones biomecánicas para la restauración de dientes endodoncias: revisión sistemática de la literatura, parte II (evaluación de su comportamiento a la fatiga, interfases y estudios-in vivo). *Quintessence Vol. XXII - Número 3. Pág. 127-137*
3. **BERTOLDI HEPBURN A ET AL (2004)** Incrustaciones de resina compuesta. Consideraciones generales. *RAOA Vol. 92- Número 92. Pág. 253-264*
4. **BERTOLDI HEPBURN A ET AL (2007)** Fijación de estructuras rígidas en odontología restauradora. Una revisión general. *RAOA Vol. 95 - Número 5. Pág. 403-416*
5. **HENOSTROZA G ET AL. 2003-** Adhesión en Odontología Restauradora. 1ª Edición. Perú. Ed. Maio. Cap. 12.
6. **HENOSTROZA G ET AL. 2003-** Adhesión en Odontología Restauradora. 1ª Edición. Perú. Ed. Maio. Cap. 7.
7. **FERRARIS ME, RODRÍGUEZ A., URIBE ECHEVERRÍA J ET AL (2006)** Efecto citotóxico del monómero hidrófilo HEMA sobre células monoblasticas. Estudio estructural y microanalítico. Seudónimo: HEMA. *RAOA Vol. 94 - Número 2. Pág. 163-170*
8. **HENOSTROZA G ET AL. 2003-** Adhesión en Odontología Restauradora. 1ª Edición. Perú. Ed. Maio. Cap. 14.
9. **DIESTCHI D., SPREAFICO R ET AL. 1998.** Restauraciones Adhesivas no Metálicas. Conceptos actuales para el tratamiento estético de los dientes posteriores. 1ª Edición. España. Ed. Masson. Cap. 1 y 3
10. **DIESTCHI D., SPREAFICO R ET AL. 1998.** Restauraciones Adhesivas no Metálicas. Conceptos actuales para el tratamiento estético de los dientes posteriores. 1ª Edición. España. Ed. Masson. Cap. 10
11. **VIEIRA G. F., MELLO FERREIRA AT, GAROFALO JC ET AL (2001)** Restauraciones estéticas indirectas en dientes posteriores inlay/onlay. Brasil. Ed. Santos. Cap. II
12. **HENOSTROZA N ET AL. 2007.** Odontología Restauradora y Estética. 1ª Edición. Perú. Asociación Peruana de Odontología Restauradora y Biomateriales. Pág. 13-16.
13. **ZABRA VN, MACCHI RL ET AL (2007)** Consistencia de cementos resinosos y asentamiento de restauraciones rígidas. *RAOA. Vol. 95 Número 95. Pág. 205-212.*