

J. Cadafalch Cabaní¹
D. Llombart Jaques¹
E. Cadafalch Gabriel²

Amalgama adherida en la reconstrucción de pilares para prótesis

1 Profesor Asociado
2 Catedrático
Facultad de Odontología
Universidad de Barcelona

Correspondencia:
J. Cadafalch Cabaní
C. Mayor 19. 3^o 2^a
08221 Terrassa (Barcelona).

RESUMEN

Se describe en este artículo el sistema de la amalgama adherida para la realización de pilares protésicos. Se ponen de manifiesto las ventajas de su realización: rapidez de ejecución, sencillez de manejo, y su equiparación en cuanto a resultados a los muñones colados.

PALABRAS CLAVE

Reconstrucción muñones; Amalgama adherida.

ABSTRACT

This article describes a restorative technique using a chemo-mechanical method, the bonded amalgam, to build core restorations. Their advantages are shown: the speedness, the simplicity and its comparison in front of the results of cast post and core reconstructions.

KEY WORDS

Post and core; Bonded amalgam.



Figura 1. Importante destrucción coronaria del 46.



Figura 2. La espiga colocada y cementada.

INTRODUCCIÓN

El aprovechamiento de restos radiculares como pilar de prótesis lo encontramos ya desde las partes más profundas de la historia de la Odontología. Con el discurrir de los tiempos ya vemos aplicaciones como la corona Logan, Davis o la Richmond que han llegado hasta nuestros días.

Este tipo de restauraciones se ha beneficiado de los progresos de la endodoncia. Gracias a ella y a la seguridad que ofrece este tratamiento, se pueden realizar estas restauraciones con la tranquilidad de que disponemos de una base estable y segura. Lo avanzado de la endodoncia actual, hace que en el momento presente se conserven muchos dientes que hasta ahora estaban condenados a desaparecer, lo cual ha puesto en auge la restauración de muñones (Fig. 1)

Hasta hace pocos años el método de elección ha sido la reconstrucción con el muñón colado. Mediante las diferentes técnicas de fabricación se ha conseguido poder recuperar la función de dientes tanto de forma individual como para pilares de puente⁽¹⁾.

Los nuevos materiales que llegan cada día a nuestras clínicas se están empleando para esta función, y sin querer substituir a los muñones colados, cada día encuentran más acomodo entre nosotros.

El éxito de la restauración depende básicamente de tres factores:

1. La adecuación del diente a tratar
2. La colocación correcta de una espiga intrarradicular
3. La resistencia y homogeneidad del conjunto diente, espiga y material de construcción del muñón

Con la consecución de los tres factores antedichos logramos una reconstrucción que cumple con todos los requisitos de la odontología actual, y a pesar de las técnicas actuales de colado⁽²⁾ logramos hacerlo de una manera más rápida, sin la intervención del laboratorio y en una sola sesión, con el consiguiente ahorro de tiempo que todo ello produce.

ESTADO ACTUAL

En primer lugar tenemos la estructura que presenta el diente a tratar. Las últimas investigaciones⁽³⁾ definen claramente que hay que colocar una espiga siempre que se haya perdido más de la mitad de la corona.

Las espigas deben adherirse al conducto radicular, colocar elementos para evitar la rotación (pins, llaves, etc) en el caso que falte toda la corona, que no sean demasiado grandes en cuanto a sección y colocarlos al menos hasta la mitad de la raíz.

Los materiales para construir el muñón pueden ser varios. Nosotros preferimos la amalgama adherida^(4,5) con el sistema que vamos a citar a continuación.



Figura 3. El aro de cobre ajustado, que servirá de matriz para la amalgama.



Figura 4. Aplicación del Panavia sobre la estructura dentaria remanente y la parte de la espiga expuesta.

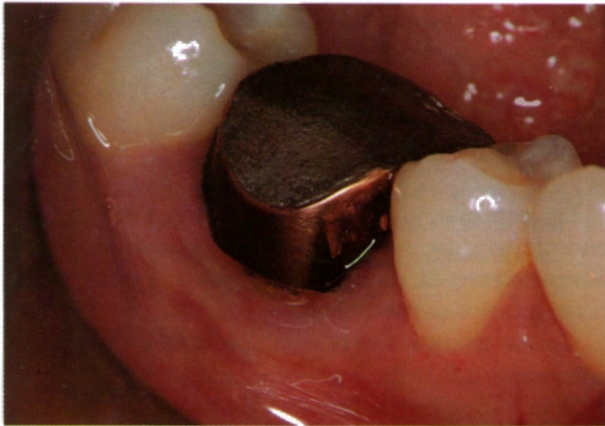


Figura 5. La reconstrucción coronaria antes de retirar el aro de cobre.

PROCEDIMIENTO

En primer lugar realizamos la preparación del conducto para colocar la espiga. No describimos, por no ser objeto de este trabajo, el sistema de hacerlo y las diferentes opciones que tenemos con las espigas disponibles. Se puede aumentar la retención con la abrasión previa de la espiga mediante chorreado de arena.

Una vez ajustada la espiga al conducto radicular procedemos a su cementado, que lo hacemos con

ionómero de vidrio. En dientes multirradiculares sellamos los otros conductos a nivel cameral con el mismo cemento (Fig. 2).

Preparamos a continuación la corona clínica residual para recibir la amalgama adherida y que ésta pueda ser bien condensada. Debido a la destrucción de la corona, no siempre será posible recurrir a las matrices convencionales y tendremos que ayudarnos de un aro de cobre que ajustaremos sobre el contorno del diente a restaurar (Fig. 3).

Procedemos ahora a la fase de la reconstrucción del muñón de la manera siguiente:

1. Grabamos el esmalte con ácido ortofosfórico al 37% durante 20-30 segundos.
2. Para la preparación dentinaria, dado que utilizamos el Panavia (Kuraray Co.,Ltd.) como cemento de resina y éste no lleva acondicionadores dentinarios, emplearemos los de otras casas comerciales.
3. Preparamos el Panavia y lo aplicamos con un pincel por toda la superficie dentaria y la parte expuesta de la espiga. Extendemos el producto mediante la jeringa de aire, dejando una película fina y homogénea en todas las superficies (Fig 4).
4. Condensamos la amalgama atacándola de forma centrífuga, permitiendo que fluya hacia el exterior el exceso de Panavia. Aplicamos Oxiguard (Kuraray Co., Ltd.) y esperamos 5-7 minutos (Fig. 5).
5. Tallado del muñón reconstruido (Fig. 6).



Figura 6. El muñón de amalgama adherida, tallado para recibir un recubrimiento protésico.

DISCUSIÓN

Frente a los ligeros inconvenientes de que el Panavia precisa de acondicionadores de otras marcas comerciales y que, a diferencia de los composites que pueden ser tallados inmediatamente, debemos esperar un mínimo de 10 minutos⁽⁷⁾ para que fragüe la amalgama para proceder a su tallado, el procedimiento descrito presenta las siguientes ventajas:

1. Conseguimos la adherencia de la amalgama a los tejidos dentarios y a la espiga intrarradicular.
2. Gracias a la dureza de la amalgama al final del fraguado, conseguimos un muñón con unas excelentes propiedades físicas⁽⁷⁾ para la reconstrucción coronaria.

3. Cuando tallamos, el material de restauración sigue adherido a los tejidos aún habiendo eliminado las retenciones mecánicas, manteniéndose el margen diente-restauración sin ninguna dehiscencia o defecto de material.
4. La amalgama permite visibilizar perfectamente los límites de la restauración con el diente, y así se puede determinar mejor el margen del tallado que debemos intentar colocar como mínimo a 1,5 mm de la restauración.
5. Podemos realizar la reconstrucción coronaria y el tallado en la misma sesión clínica.
6. Es más sencillo este sistema que la realización de muñones colados y los resultados a largo plazo son equiparables⁽⁸⁾.
7. El Panavia como cemento de resina es muy sencillo de aplicar. Su color blanco permite controlar bien por donde fluye y nos da el suficiente margen de trabajo pues no fragua hasta haber colocado el inhibidor de oxígeno.

CONCLUSIONES

La reconstrucción de los dientes tratados endodóncicamente ha evolucionado de acuerdo con el advenimiento de nuevos materiales y con las nuevas consideraciones mecánicas.

Con la técnica descrita de colocación de espiga y amalgama adherida logramos la reconstrucción del muñón que se puede preparar para recibir una corona o ser pilar de puente, lográndolo de una manera sencilla, rápida, sin el apoyo del laboratorio y en una sola sesión.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Shillingburg HT, Kessler JC. *Restoration of the endodontically treated tooth*. Quintessence Publishing Co.1982 Chicago.
- 2 C.R.A. *Newsletter* 1993;**7**:1-2.
- 3 Campagni W, Majchrowicz M. An accelerated technique for casting post and core restorations. *J Prosthet Dent* 1991;**66**:155-6.
- 4 Padrós E y cols. Amalgamas adheridas. Un importante cambio en operatoria dental. I y II. *Rev Europea de odontoestomatología* **111**:85-94 y 13-24.
- 5 Al-Duwairi Y, Hadj-Hamou R. Amalgam restorations: A new approach. *J Prosthet Dent* 1993;**69**:138-40.
- 6 Padrós E y cols. Técnica de las amalgamas adheridas. *Quintessence* (ed. esp.) 1992;**5**:371-83.
- 7 C.R.A. *Newsletter* 1991;**5**:2.
- 8 C.R.A. *Newsletter* 1990;**4**:3.