

Pónticos ovoides en el manejo de tejidos blandos: zona posterior con y sin extracción. Reporte de dos casos clínicos.

Ovate pontics in soft tissue management: posterior zone with and without extraction. Report of two cases.

Gerardo Salvador Valadéz*

RESUMEN

Un problema que sucede a menudo en la práctica clínica es la ausencia dental por diversos factores. Esto conduce a un gran desafío para su rehabilitación, ya que debido a la pérdida dentaria se genera un colapso del reborde alveolar, lo que ocasiona alteración en la morfología ósea y gingival, o en diversos casos, se realizaron extracciones sin una planeación restaurativa, por lo que su sustitución implica mayores procedimientos. Una alternativa a esta ausencia dental es el diseño de póntico ovoide, siempre y cuando cumpla los requisitos clínicos para un mejor resultado estético, funcional e higiénico. El objetivo de este artículo es mostrar el empleo del póntico ovoide en el sector posterior con distintos aspectos clínicos: por un lado, utilizando la técnica de conformación del lecho gingival a presión y por el otro, la técnica directa postextracción, mediante prótesis fija de tres unidades en metal/porcelana.

Palabras clave: Póntico ovoide, lecho gingival, perfil de emergencia.

ABSTRACT

A problem that often occurs in clinical practice is the dental absence caused by various factors. This leads to a great challenge for rehabilitation since due to tooth loss, a collapse of the alveolar ridge is generated, causing an alteration in bone and gingival morphology; also, in many cases, extractions were made without restorative planning, so their replacement involves major procedures. An alternative to this dental absence is ovate pontic design, provided it meets the clinical requirements for better esthetic, functional and hygienic result. The aim of this article is to show the use of the ovoid pontic in the posterior region with different clinical aspects: first, using the technique of forming the gingival bed under pressure and on the other, postextraction direct technique through a three-unit fixed prosthesis in metal/porcelain.

Key words: Ovate pontic, gingival bed, emergency profile.

INTRODUCCIÓN

Dentro de la práctica clínica, el odontólogo se enfrenta a diversas situaciones y escenarios clínicos que dificultan la rehabilitación de zonas desdentadas tanto en el sector anterior como en el posterior debido a defectos en el reborde alveolar descritos por Seibert.¹ Estos defectos son originados por diversas causas.² La zona anterior tiene un gran impacto a nivel estético, por lo que su restauración será un arduo trabajo, no sólo por el contorno, tamaño y color del diente a sustituir, sino porque, además, implica mantener una arquitectura gingival lo más natural posible y, en ambos sectores, facilitar

la higiene para proporcionar mayor longevidad de los dientes y sus restauraciones.³

Para la rehabilitación de dichas brechas desdentadas se han implementado técnicas tanto quirúrgicas (implantes, aumentos de reborde con injertos óseos e injertos de tejido blando) como no quirúrgicas.⁴⁻⁶ En el transcurso de los años se han introducido elementos no quirúrgicos para la sustitución dentaria, como diversos tipos de pónticos, que han tenido una gran evolución respecto a sus ventajas, desventajas, indicaciones y contraindicaciones (póntico higiénico, póntico de silla de montar, silla de montar modificada, póntico ovoide, póntico ovoide modificado y póntico-E).⁷⁻¹²

La pérdida dentaria implica una reabsorción subsecuente en los próximos tres meses hasta en un 30% del hueso inicial, como lo reporta Schropp;¹³ aunado a ello, se puede acentuar debido a alguna enfermedad perio-

* Egresado UNAM; práctica privada en Guadalajara, Jal.

Recibido: 14 Junio 2017. Aceptado para publicación: 30 Noviembre 2017.

dontal preexistente o por una extracción traumática en la que la tabla vestibular se haya fracturado. Por lo tanto, es primordial preservar la papila dental y las tablas óseas vestibular y palatina para lograr una mejor arquitectura dentogingival, y si ya existe, mantenerla.¹⁴ Esto tiene un valor imperativo dentro de la rehabilitación, ya que se requiere que exista una proporción adecuada de reborde alveolar y tejido blando para obtener mediante la prótesis la presencia de papila interproximal y evitar la aparición de triángulos negros que favorezcan el acúmulo de alimento y, además, contrarresten la estética y salud periodontal.

La finalidad de este artículo es mostrar que el póntico ovoide es una óptima alternativa para la rehabilitación del sector posterior, a pesar de que su principal difusión ha sido en el sector anterior debido a la alta exigencia estética. Se muestran dos técnicas de conformación.¹⁵⁻¹⁸

CASO CLÍNICO 1

Paciente femenino de 57 años de edad que acudió a consulta con el motivo de restaurar sus demás dientes. A la exploración clínica, se observó la presencia de sobrecontorneo de prótesis de tres unidades en metal/cerámica en los dientes 14 al 16, siendo el 15 el póntico, mismo que se observó radiográficamente. Refirió haber perdido ese órgano dentario 12 años antes por extracción, ya que no presentaba viabilidad para mantenerse en la boca por una lesión cariosa extensa; además, mencionó llevar cinco años portando la prótesis actual.

Se comenzó realizando una guía de silicona en masilla de la prótesis desajustada para tener una referencia del tamaño del futuro provisional, y una vez recortada, se prosiguió a retirarla para reparar los muñones y la terminación cervical. Posteriormente, se conformó el provisional en acrílico autocurable con la guía de silicona, y en la zona del póntico, se añadió resina fotocurada en forma oval, la cual tendría contacto íntimo con el tejido blando del reborde para, de esta manera, conformar a presión el lecho durante un lapso de cinco minutos hasta que desapareció la isquemia generada.⁹ Cabe resaltar la importancia de que el material a usar en contacto con la encía debe tener una superficie lisa y altamente pulida para evitar cualquier proceso inflamatorio, aunado a un control adecuado de higiene bucal. Este diseño tiene la finalidad de dar mayor naturalidad a la restauración, ya que simula la emergencia del tejido gingival y la presencia de papilas interproximales (*Figura 1*).

Se llevó a cabo una revisión a los seis meses para evaluar la ausencia o presencia de gingivitis y la man-

tención de la arquitectura lograda; para ello, se retiró el provisional y se comprobó el buen control de higiene por parte de la paciente, pautas inmediatas indicadas tras su colocación (*Figura 2*).

Se realizó una toma de impresión con polimetilsiloxano para la fabricación de una prótesis fija de tres unidades en metal/cerámica, la cual se llevó a cabo en dos etapas: primero, la prueba de la subestructura metálica para elaborar un marco gingival de silicona en masilla, información que es de utilidad al laboratorio para hacer una copia fiel del tejido blando,^{7,10} y la segunda, con la porcelana incluida. Una vez concluida, se procedió a su cementación con material resinoso dual autoadhesivo (*Figura 3*).

Se le citó para revisión y seguimiento a 11 meses de la cementación de la prótesis; se observó presencia de papilas interproximales y ausencia de inflamación (*Figura 4*).



Figura 1. Provisional en contacto íntimo con el lecho gingival (Fotografía indirecta).



Figura 2. Lecho gingival sin presencia de inflamación (Fotografía indirecta).



Figura 3. Cementación de prótesis fija de 3 unidades (Fotografía directa).



Figura 4. Seguimiento a 11 meses (Fotografía directa).

CASO CLÍNICO 2

Paciente femenino de 42 años que se presentó con motivo de un órgano dentario 24 cariado, básicamente como resto radicular, asintomático y ausente de supuración, por lo que se planteó remisión de la paciente para extracción e implante inmediato para conservar intactos los dientes adyacentes. Sin embargo, debido a la limitación económica, prefirió otra alternativa y mencionó desear algo fijo,¹⁸ por lo que se le sugirió una prótesis fija de tres unidades en metal/cerámica, ya que cumplía con un adecuado control de *biofilm* y técnica de cepillado, por lo que era buena candidata.

Primero, se realizaron modelos de trabajo para encañado y elaboración de una guía de silicona en masilla para confeccionar provisionales con técnica directa. Una vez anestesiada, se prepararon los dientes 23 y 25 para corona total y se procedió a la extracción del fragmento radicular para luego realizar los provisionales (Figuras 5 y 6).

Durante los próximos tres meses se fueron haciendo ajustes en la zona del póntico en contacto con el lecho gingival, ya que al ser técnica directa, se colocó material de acrílico del póntico extendido tres milímetros dentro del alveolo, procurando obtener superficie altamente pulida con la finalidad de crear un perfil de emergencia natural, y dicho material fue eliminándose hasta permanecer solo un milímetro.^{9,12,14,19} Una vez observado el lecho gingival sin inflamación, se procedió a la toma de impresión con polimetilsiloxano y técnica de doble hilo para que, al cabo de una semana, el laboratorio entregara la estructura metálica y se pudiera confeccionar un marco gingival en silicona, lo cual serviría para detallar fielmente



Figura 5. Preparación de pilares y resto radicular a extraer (Fotografía directa).



Figura 6. Provisionalización con técnica directa (Fotografía directa).



Figura 7. Marco gingival de silicona en masilla.



Figura 8. Prótesis fija metal cerámica cementada (Fotografía indirecta).

la arquitectura del lecho gingival para el póntico definitivo en metal/porcelana (Figura 7). Una semana después, se cementó la prótesis fija de tres unidades con cemento resinoso autoadhesivo (Figura 8).

DISCUSIÓN

Debido al colapso del reborde postextracción, se ha intentado buscar herramientas restaurativas con el fin de manejar adecuadamente los tejidos blandos y disminuir la presencia de triángulos negros debido a la retracción de la papila, con lo que se contempla la altura del reborde o cresta alveolar al punto de contacto, que no sobrepase de cinco milímetros, como lo describen Tarnow y Magner.¹⁹ El póntico ovoide representa una opción válida. El término fue acuñado en 1933 por Dewey y Zugsmith, y más tarde, desarrollado por Abrams en 1980.^{3,7,14,19} Además, ha sufrido cambios con la finalidad de mejorar el perfil de emergencia, higiene y

apoyo del tejido blando labial en la zona anterior; así ha surgido el póntico ovoide, una aportación de Chiun-Lin Steven,¹² y otras modificaciones como el póntico-E, descrito por Robert Korman, que han obtenido muy buenos resultados en un lapso de 14 años en combinación con cirugía periodontal conservadora.¹¹

Con el objetivo de crear resultados más prometedores, se han empleado materiales regenerativos como hidroxiapatita combinada con fibrina rica en plaquetas, preservación del reborde alveolar inmediato y empleo de periotomos para extracciones atraumáticas.¹⁶ Se han reportado, además, situaciones de aumento de reborde con injertos aloplásticos en bloque con membrana de colágena reabsorbible.⁶

A partir de que en 1979 Meltzer²⁰ usara injerto de tejido blando, le siguió Mormann,²¹ en 1981, empleando tejido conectivo para aumento del reborde alveolar, el cual podría tener una contracción de 25-45% del volumen, dependiendo de su espesor; la mayor contracción se vería reflejada a los cuatro a seis meses. Garber y Rosenberg²² obtuvieron dicho injerto de la tuberosidad del maxilar; Calagna y Langer²³ utilizaron técnicas de aumento del reborde alveolar con colgajos de espesor parcial con injertos de tejido conectivo subepitelial. Todo esto recalca lo elaborado que puede llegar a ser el manejo del colapso del reborde alveolar.¹²

Una característica que debe cubrir el póntico ovoide recae en el contacto íntimo del lecho gingival con el material de restauración; es decir, ligera presión para conformar los contornos y papilas, asegurando el libre paso del hilo *superfloss*, lo que resulta en salud oral, como Silness²⁴ ha referido desde 1982. Se creía que dicha presión generaba inflamación, y eso se debe a que no se enfatizaba en el alto pulido del material; sin embargo, una zona de hiperpresión sobre el tejido blando imposibilitaría el libre acceso del hilo y la inflamación sería flagrante, como reportan Tripodakis y sus colaboradores.²⁵

Cuando se elabora un póntico ovoide con técnica directa (extracción dentaria), el sitio cicatrizará por segunda intención y el pulido proporcionado a la restauración mejorará los resultados;⁷ además, se presentarán cambios histológicos como los reportados por Zitsmann²⁶ en su estudio histológico, observando una capa delgada de epitelio con menor grosor de queratina, por lo que es imprescindible el correcto aseo bucal.

CONCLUSIÓN

La rehabilitación con pónticos ovoides es una excelente alternativa para propiciar una arquitectura gingivodental

natural; en el sector posterior, los parámetros de estética, función e higiene son asequibles, siempre y cuando se siga una secuencia en la planeación y el medio económico, así como el reborde alveolar, lo permitan.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sepúlveda RA, Díaz AL, López LA, Gaspar OK. Alveolar ridge increase with soft tissue autologous grafts in the anterior-superior area. Clinical case. Rev Odont Mex. 2012; 16 (4): 259-263.
2. Aguilera EC, Rebollar GF. Estética dentogingival en prótesis fija con póntico ovoide. Rev ADM. 2004; 61 (5): 188-196.
3. Reyes MG, Ríos SE. Diseño de póntico ovoide mediante contorno gingival. Reporte de dos casos clínicos. Rev Odont Mex. 2011; 15 (4): 257-262.
4. Álvarez ZJ, Maldonado IC. Póntico ovoide en la preservación de tejidos blandos alrededor de un implante dental. Ciencia Odont. 2006; 3 (1): 31-37.
5. Paz GA. Alternativa en la provisionalización inmediata a la colocación de un implante postextracción en la zona estética. Reporte de un caso. Rev ADM. 2014; 71 (6): 297-300.
6. Shinde PH, Dugal R, Kheur M, Jain N, Matani J. Soft tissue and hard tissue modulation for enhancing anterior esthetics. Univ Res J Dent. 2015; 5: 116-119.
7. Dylina TJ. Contour determination for ovate pontics. J Prosthet Dent. 1999; 82: 136-142.
8. Mhatre S, Gala A, Ram SM, Shah N. Modified ovate pontic design for immediate anterior tooth replacement. J Contemp Dent. 2012; 2 (2): 64-68.
9. Supamitsatian T, Leevailoj C. Restoration of maxillary anterior bridges with ovate pontics design: a report case. M Dent J. 2014; 34 (1): 70-81.
10. Klee VD, Maziero VC, Zani IM, Bottino MA. Impression technique for ovate pontics. J Prosthet Dent. 2010; 105 (1): 59-61.
11. Korman RP. Enhancing esthetics with a fixed prosthesis utilizing an innovate pontic design and periodontal plastic surgery. J Esthet Restor Dent. 2015; 27 (1): 13-28.
12. Liu CL. Use of a modified ovate pontic in areas of ridge defects: a report of two cases. J Esthet Restor Dent. 2004; 16 (5): 273-281.
13. Schropp L, Wenzel A, Kostopoulos L, Karring T. Bone healing and soft tissue contour changes following single-tooth extraction: a clinical and radiographic 12-month prospective study. Int J Periodontics Restorative Dent. 2003; 23 (4): 313-323.
14. Guruprasada. Creating natural gingival profiles of missing anterior teeth using ovate pontic. Med J Armed Forces India. 2015; 71 (Suppl 1): S124-S126.
15. Banerjee R, Banerjee S, Radke U. Ovate pontic design: an esthetic solution to anterior missing tooth. A case report. J Clin Diagn Res. 2010; 4: 2996-2999.
16. Raut SN, Basha MI, Habbu N, Sumanth S, Dugal R. Extraction socket preservation followed by ovate pontic site preparation and prosthesis for emergence profile in esthetic region. Univ Res J Dent. 2015; 5: 45-47.
17. Jain S, Kaur H, Chopra N. Immediate natural tooth pontic: a new aspect in periodontics. Case report. Univ Res J Dent. 2015; 5 (1): 42-44.
18. Vaswani P, Sanyal P, Pawashe K, Kore A. Modified ovate pontic —An esthetic unraveling for anterior tooth replacement. Int J Curr Res. 2016; 8 (5): 31837-31840.
19. Gahan MJ, Nixon PJ, Robinson S, Chan MF. The ovate pontic for fixed bridgework. Dent Update. 2012; 39 (6): 407-415.
20. Meltzer JA. Edentulous area tissue graft correction of an esthetic defect: a case report. J Periodontol. 1979; 50 (6): 320-322.
21. Mormann W, Scharer F, Firestone AR. The relationship between success of free gingival grafts and transplant thickness. Revascularization and shrinkage —A one-year clinical study. J Periodontol. 1981; 52 (2): 74-80.
22. Garber DA, Rosenberg ES. The edentulous ridge in fixed prosthodontics. Compend Contin Educ Dent. 1981; 2 (4): 212-223.
23. Langer B, Calagna L. The subepithelial connective tissue graft. A new approach to the enhancement of anterior cosmetics. Int J Periodontics Restorative Dent. 1982; 2 (2): 22-33.
24. Silness J, Gustavsen F, Mangernsnes K. The relationship between pontic hygiene and mucosal inflammation in fixed bridge recipients. J Periodontol Res. 1982; 17 (4): 434-439.
25. Tripodakis AP, Constantinides A. Tissue response under hyperpressure from convex pontics. Int J Periodontics Restorative Dent. 1990; 10 (5): 408-414.
26. Zitsmann NU, Marinello CP, Berglundh T. The ovate pontic design: A histologic observation in humans. J Prosthetic Dent. 2002; 88 (4): 375-380.

Correspondencia:

Gerardo Salvador Valadéz
 Isla Guatecas Núm. 3460 Int. 2,
 Col. Jardines del Sur, 44950,
 Guadalajara, Jalisco, México.
 Cel. (045) 333596 0301
 E-mail: cdgerardo_sv@live.com.mx