

Valoración de los endopostes

Assessment of posts

Basado en la investigación:

Valoración radiográfica y clínica de la corona y el aspecto radiográfico del endoposte, en pacientes rehabilitados con coronas en el año 2008 en la clínica de odontología de la Universidad Latina, en un periodo de estudio de mayo a diciembre de 2012.

Based on research:

Clinical and radiographic evaluation of the crown and the radiographic appearance of the post, in patients rehabilitated with crowns in 2008, at Universidad Latina dental clinic, study in a period from may to december 2012.

*Atilio Canessa Escalante, Universidad Latina de Costa Rica, hatillo7@hotmail.com
Luis Diego Giral Apéstegui, Universidad Latina de Costa Rica, ldgiral@ccss.sa.cr*

RESUMEN

El presente estudio evalúa a 100 pacientes rehabilitados en la Clínica de Odontología de la Universidad Latina de Costa Rica con endoposte y corona cuatro años después de su colocación. El objetivo de esta investigación es verificar que la corona esté ajustada correctamente a escala radiográfica y clínica y que el endoposte cumpla con los límites y parámetros de la colocación correcta. Cada variable se analizó por separado con una serie de otros aspectos. Se llamó a los pacientes a los que se les habían realizado estos procedimientos en el año 2008. Se tomó una radiografía periapical y posteriormente se valoró con un explorador el ajuste clínico de la corona. Los resultados mostraron que un 59% de los endopostes estaba correctamente colocado versus un 41% que no lo tenían en esa condición. En cuanto a las coronas un 83,16% se hallaba ajustada versus un 16,84% que estaba desajustada.

PALABRAS CLAVE

Endoposte, corona, radiografía periapical, sellado endodóntico,

ABSTRACT

The following study evaluates 100 patients rehabilitated with a crown and a post in the dental clinic of the Universidad Latina 4 years after its placement. The objective of this investigation is to verify if the crown is adjusted in a clinical and radiografical way, and to verify radiografically if the post is placed correctly. Each variable was analyzed separately with a series of variants. The patients were called to come for screening and a periapical radiograph and a clinical screen of the crown was made.

The results showed that a 59% of the posts were placed in a good way versus 41% that didn't. 83.16% of the crowns were adjusted versus 16.84% that didn't.

KEY WORDS

Post, crown, periapical radiograph, endodontic sealing

Recibido: 11 febrero, 2015

Aceptado para publicar: 4 junio, 2015

INTRODUCCIÓN

La destrucción de piezas dentales es guiada por numerosos factores como son las caídas, accidentes, traumas oclusales y la más determinante, la caries. Esto lleva a una pérdida de estructura dental que va debilitando el diente y haciéndolo cada vez más propenso a la fractura y al debilitamiento por su pequeño grosor y fragilidad. (Mezzomo y col, 1997)

Las coronas son prótesis dentales fijas que necesitan un mínimo de estructura dental para que así la corona tenga resistencia y retención, como así también una preparación del diente por restaurar que sea óptima para su ajuste. (Mezzomo y col, 1997).

Se habla de que una preparación de corona necesita un mínimo de 1,5 mm de ferul para que la retención de la corona sea viable. El efecto ferul es importante para el éxito a largo plazo de la restauración. Es la cantidad de estructura dentaria supragingival que brinda retención a la restauración coronal que se colocará, pero lo que más brinda es resistencia. Cuando este ferul no está presente es cuando está recomendado un poste. (Trushkowsky, 2010).

Hay dos razones básicas para la colocación de un poste, las cuales son: retener la restauración y proteger la estructura dental remanente. Se tiene que preparar un lecho eliminando selectivamente gutapercha para que este endoposte pueda ejercer bien su función. Se habla de que un endoposte debe tener un sellado apical de la gutapercha de 4 a 5 mm. La longitud del poste debe extenderse al menos a la mitad de longitud radicular soportada por hueso, y mantener una relación entre la corona y la longitud poste de al menos 1:1. (Schwartz y col, 2004)

Factores por considerar como el tamaño del conducto, el grosor del conducto, el estado periodontal así como la forma del conducto, determinarán el escogimiento del poste por colocar. (Ingle y col, 1996)

Problemas relacionados con postes.

- Poste demasiado ancho con respecto al diente.
- Poste demasiado corto o demasiado largo
- Poste que no ajuste con precisión dentro del espacio preparado. (Ingle y col, 1996).

Al irrespetar esos parámetros, podrá salir a relucir una gran cantidad de problemas como serían fracturas radiculares, desajustes coronales, problemas periodontales y de palanca. (Quiroga, 2003)



Figura 1. Paciente RVD endoposte y corona pieza 2.1

MATERIALES Y MÉTODOS

Durante este estudio se llamó a los pacientes en los que se colocó un endoposte seguido de una corona, en la clínica de la Universidad Latina en el año 2008. Una vez que se buscaron entre los 3500 expedientes, se encontró que se colocaron 250 endopostes en ese año. Para efectos de estudio de esta inves-

tigación, de esos 250 endopostes colocados, 100 fueron objetos de la muestra. Una vez recolectados los datos se llamó a los pacientes para un control rutinario. A cada uno se le tomó radiografías periapicales para así ver el estado de la corona y la colocación del endoposte.

Se valoró si el endoposte se encontraba dentro de los límites de colocación universal, si respetaba de 4 a 5 mm de selle apical, si cumplía el eje longitudinal de la pieza y, por último, si había aumento del espacio de la membrana periodontal.

Se valoró clínicamente el estado de las coronas con un espejo de mano, papel articular y un explorador. Aquí se apreciaba la movilidad de la corona, metal expuesto de la corona, contacto con su antagonista y ajuste marginal. En la valoración radiográfica de la corona se observó si había radiolucidez en el margen, caries y reabsorción ósea en la cresta alveolar.

Una vez tomada la radiografía y la valoración clínica de cada caso, se respondió un cuestionario fabricado y hecho para el investigador, sobre el estado de las tres variables de estudio. La muestra de estudio fueron 100 endopostes y 96 coronas; 4 coronas no se encontraron en boca cuando llegaron los pacientes al control.

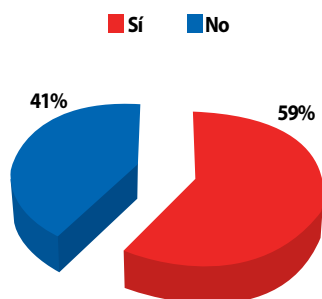
La investigación tenía como objetivos el verificar tanto que la corona estuviera ajustada correctamente a escala radiográfica y clínica, como además la colocación correcta del endoposte. A continuación se presentarán los resultados.

RESULTADOS

En el gráfico 1 se puede ver que de los endopostes analizados en esta investigación, un 59% de ellos

cumple con las normas de colocación, sin embargo, un 41% se encontraban mal colocados.

Gráfico 1. Se encuentra el endoposte dentro de los parámetros de colocación universal



- Un 62% de los tratamientos observados sí respetó el selle apical y un 38% no cumplió el mínimo de 4 a 5 mm de selle apical.
- Un 87% de los endopostes respetaba el eje longitudinal de la pieza y un 13% no siguió la correcta vía de inserción del poste.
- Un 81% no presentó aumento en la membrana periodontal y en un 19% sí se vio el espacio aumentado.
- Un 85% de las piezas restauradas no presentó reabsorciones óseas, mientras que un 15% sí lo hizo.

LA VALORACION RADIOGRÁFICA DE LA CORONA

- El 27% de las coronas presentaba radiolucencia en su margen, mientras que un 73% no mostraba signos de desajuste.
- El 7,37% mostró caries en los márgenes.
- El 14,89% presentó reabsorción en la cresta alveolar

VALORACIÓN CLÍNICA DE LA CORONA

- Un 6,32% de las coronas presentaba movilidad.
- Un 10,53% presentaba metal expuesto.



Figura 2 Paciente RFV endoposte y corona pieza 3.5.

- Un 69,47% de las rehabilitaciones hacía contacto con su antagonista.
- Un 16,84% de las coronas tenía un desajuste marginal.

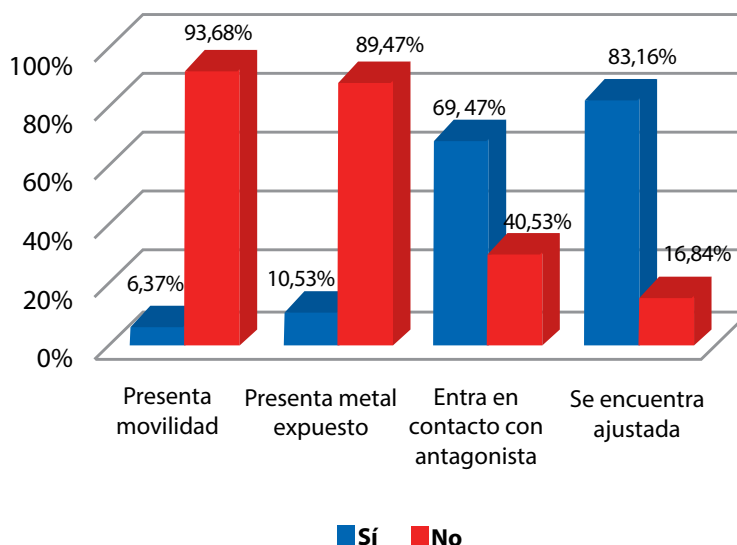
CONCLUSIONES

De los 100 endopostes observados, un 59% se dispuso dentro de los parámetros de colocación universal. De los 41 endopostes fuera de los parámetros universales, un 25% presentó reabsorciones óseas y el 27% radiolucidez en la margen de la corona. Esto se puede deber a las fuerzas no axiales y oblicuas a las que se somete

la restauración final, que tanto la corona reciba fuerzas axiales y de palanca que la puedan desajustar como problemas periodontales en las que su periodonto se tenga que remodelar. (Baiano, 2008).

Se concluye la importancia de la correcta elección de poste, respetar el selle apical del tratamiento de conductos, respetar los parámetros de colocación universal, respetando la longitud, el ancho y largo del poste. La correcta cementación tanto del poste como la corona y verificar que ella entre en contacto con su antagonista en una forma balanceada oclusalmente. ■■■

Valoración clínica de la corona



BIBLIOGRAFÍA

Assif, D. y Gorfil, C. (1994). *Biomechanical considerations in restoring endodontically treated teeth*. *J Prosthet Dent*, 71(6): 565-7.

Baiano, Andrea. *LILACS-Análisis de la distribución de tensiones en elementos dentarios restaurados con diferentes sistemas de endopostes; Analysis of stress distribution in teeth restored with different endodontic post systems*. bases.bireme.br. N.p., n.d. Web. 6 June 2012. <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LIL>

Bessone, Laura. *LILACS-Análisis del comportamiento biomecánico de elementos dentarios restaurados con endopostes estéticos a través de dos métodos diferentes; Analysis of biomechanical behaviour of esthetic post-restored teeth through two different methods*. bases.bireme.br. N.p., n.d. Web. 11 Dec. 2012. <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LIL>

Gearalfo Chiapainoto, Luis Fontoura, Maria Graca, Edela Puricelli, Elio Mezzomo, Luis Narciso, Jose Polini, Nilza da Costa. *Rehabilitacion Oral Para el Clinico*. Sao Pablo, Brazil: Santos librería Editora.

Goodacre, C. y Bernal, G.,

Harring, J. (2002) *Radiología dental*. Editorial McGraw-Hill. 2ª Ed.

Hernández, R. (2003). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana.

Ide Ingle, J. & Bakland, L. (1996). *Endodoncia* (3 Ed.) Atlanta: McGraw Hill Interamericana Editores

Klokkevold DDS, Perry, Michael Newman DDS, Henry Takei, and Fermin Carranza. (2003). *Periodoncia Clínica 9 edición*. New Mexico: Mc Graw-Hill, Print

Quiroga, A. (1998). *Consideraciones Básicas para la Rehabilitación de Dientes Tratados Endodónticamente*. *Odon-tología Integral*.

Rungcharassaeng K. y Kan J. (2003). *Clinical complications in fixed prosthodontics*. *J Prosthet Dent*.

Schwartz, RS; Summit, JB; Robbins, JW and dos Santos, J. (1996). *Fundamentals of Operative Dentistry. A Contemporary Approach*. Quintessence, Illinois.

Schwartz, Richard S, and James W Robbins. (2004). *Post Placement and Restoration of Endodontically Treated Teeth: A Literature Review*. *Journal of Endodontics* 30.5 : 1-13. Print.

Schwartz, Richard. (2006). *Adhesive Dentistry and Endodontics. Part 2: Bonding in the Root Canal System—The Promise and the Problems: A Review*. *Journal of Endodontics* 32.12 : 1-10. Print

Scotti, R. y Ferrari, M. (2004). *Pernos de fibra. Bases teóricas y aplicaciones clínicas*. Barcelona España: Edit Masson.

Trushkowsky, Richard. (2011), "Esthetic and Functional Consideration in Restoring Endodontically Treated Teeth". *Dental Clinica of North America* 55.2 : 403-410. Print.

Vanherle, Guido, Barrt Van Meerbeek, Jan De Munck, Yasuhiro Yoshida S Inoue, Marcos Vargas, Padmini Vijay K Van Landuyt, and Paul Lambrechts. (2003). *Adhesion to Enamel and Dentin: Current Status and Future Challenges*. *Operative Dentistry* 28.3 (2003): 215-235. Print