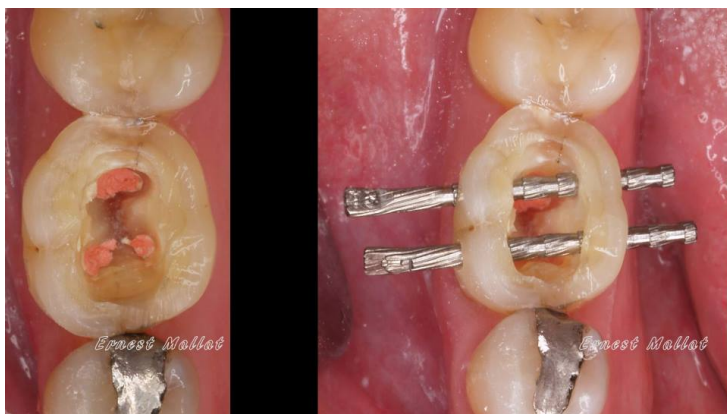


## Tratamiento de los dientes fisurados -Cracked tooth syndrome- (Dr.Ernest Mallat)



Siempre que diagnostiquemos una fisura y antes de iniciar el tratamiento que plantearé es fundamental realizar un sondaje periodontal en todo el perímetro del diente afectado, especialmente en la zona que hemos detectado la fisura. Si viéramos que hay una pérdida ósea puntual en la zona de la fisura significará que la fisura ya ha progresado más allá del límite amelocementario y ya no será posible aplicarle el tratamiento correspondiente. En estos casos, a pesar de que tratemos el diente fisurado la fisura seguirá progresando. Por ello, es fundamental realizar el correcto diagnóstico con el fin de que el tratamiento no fracase.

El paciente se suele presentar en la consulta con una clínica de pulpitis aguda pero al explorar en clínica y al hacer la radiografía no se halla ninguna causa aparente de esa pulpitis. Al hacer la apertura se suele observar una fisura que alcanza la cámara pulpar.



El tratamiento del diente fisurado consistirá en la colocación de postes metálicos transversales en la corona del diente que unan los distintos fragmentos entre sí, de vestibular a lingual. Utilizaremos dos postes metálicos (son más resistentes), cilíndricos y de pequeño calibre. Es mejor que tengan una superficie estriada para evitar el desplazamiento lateral del poste dentro del material restaurador. Son idóneos los postes Parapost de Coltene-Whaledent.

Es preferible utilizar postes metálicos que no postes de fibra ya que el paciente deberá llevar una corona provisional de resina durante 1 año y en caso de fractura o descementado de la corona provisional, los postes quedarán expuestos. Si el paciente no acude

a la consulta, los postes de fibra presentan una resistencia a la carga transversal a su eje menor que la de los postes metálicos. Además, los postes de fibra si quedan expuestos al medio oral sufren degradación hidrolítica.



Después de aplicar el sistema adhesivo a la cavidad y pincelar los postes con el adhesivo, rellenaremos la cavidad con el composite para muñones.



Realizaremos un tallado convencional del diente reconstruido y eliminaremos la porción de los postes que sobresalga.



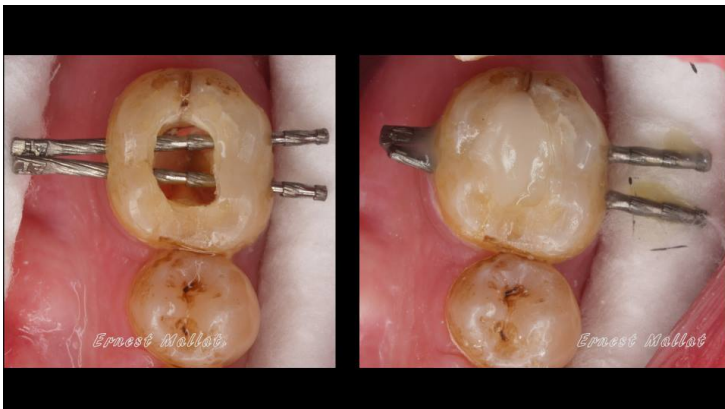
Por último confeccionaremos una corona provisional que cementaremos con cemento igualmente provisional. Ahora, esperaremos alrededor de 1 año antes de realicemos la corona definitiva. Se deja la corona provisional un año ya que quiero hacer el seguimiento a un diente que de entrada tendría un pronóstico reservado. Ese año me permitirá valorar la evolución del tratamiento a la vez que no le hago gastar al paciente el coste de una corona definitiva en un diente con ese pronóstico. Aunque se que si el diagnóstico que he hecho es correcto y la fisura no alcanza la línea amelocementaria las posibilidades de éxito son muy altas, prefiero tener una mayor seguridad. Considero fracaso si al año hay pérdida ósea puntual en la zona de la fisura o el diente vuelve a ser sintomático.



Corona definitiva.



Segundo caso con el mismo procedimiento.



Postes transversales en posición. No es planteable utilizar el composite por sí solo ya que no es suficiente. He restaurado muchas veces dientes fisurados con técnicas adhesivas sólo, con técnicas adhesivas y corona, con técnicas adhesivas y fibra de vidrio cameral y ninguna ha sido plenamente eficaz. Las fuerzas oclusales son muy elevadas y es necesario optar por esta solución que, aunque es más agresiva, consigue frenar la progresión de la fisura.



Diente tallado y ahora se coloca una corona provisional durante un año.



Después de un año de espera, corona definitiva. Se deja un año con el objeto de dejar un tiempo prudencial a lo largo del cual se puede reevaluar el diente fisurado por si acaso se ha llegado tarde con el tratamiento. Además, teniendo en cuenta que el coste de una corona definitiva es claramente mayor que el de una provisional, es preferible que el paciente haga ese gasto después de un tiempo en el que el diente ha sido funcional y a la vez ha estado asintomático. Al año se hace radiografía y sondaje. Si todo está correcto se hace la corona.





Visión lateral.



46 con fisura el día de la reconstrucción (izq.) y 13 años después (dcha.) totalmente asintomático. Índice de éxito superior al 90% siempre y cuando el diagnóstico sea correcto, es decir, la fisura no haya superado el límite amelocementario.