

Mejora de la estética dental en una paciente tras ser tratada de fisura labiopalatina

Carmen Anding, OÄ Dr. med. dent.

Tras la cirugía ortognática de una fisura labiopalatina y el cierre mediante ortodoncia de un espacio por agenesia de las piezas 11 y 22, la paciente acudió a la consulta con el deseo de mejorar la simetría de sus dientes. Una vez analizada la estética dentogingival se planificó el tratamiento y se determinaron los pasos a seguir. Se blanquearon todos los dientes por deseo expreso de la paciente, además de los caninos, que debían convertirse en incisivos laterales. Dos semanas después de finalizar un tratamiento de blanqueamiento en casa se procedió a la reconstrucción del diente 21 y a la transformación del diente 12 en el diente 11 y de los caninos en incisivos laterales. A los primeros premolares se les confirió un aspecto de caninos en vestibular. Con ayuda de una técnica especial de matriz se realizaron las restauraciones con un método de aplicación por capas de un composite estético compuesto por masas de dentina, esmalte y efecto. La aplicación de un método de tratamiento mínimamente invasivo y atraumático permitió conseguir un resultado estético muy satisfactorio para la paciente.

(Quintessenz. 2006;57(4):363-8)

Situación inicial

Tras recibir cirugía ortognática y tratamiento ortodóntico de una fisura labiopalatina izquierda, la paciente de 16 años de edad acudió a la Policlínica de Odontología Conservadora con el deseo de mejorar la estética de sus dientes anteriores.

Con el cierre mediante cirugía plástica de la fisura labial se obtuvo un resultado satisfactorio desde el punto de vista estético. La agenesia de las piezas 11 y 22 hacía ostensible la falta de simetría de la forma, del tamaño, de la posición y del color dentarios incluso antes de la exploración extraoral de la paciente (fig. 1). Si se observaba con detenimiento la región de los incisivos centrales, se constataba que la pieza 12 había sido desplazada a la posición del diente ausente 11 mediante ortodoncia. Con medidas ortodónticas se creó un espacio en mesial y otro en distal del diente 12 a fin de poder convertir la pieza 12 en el diente 11. Los caninos se encuentran en la región de los incisivos laterales resaltando, a causa de la comparación con la forma dominante e «incorrecta» de los incisivos centrales, un color dentario más oscuro y el perfil asimétrico de la encía. Por su parte, los primeros premolares ofrecen en la posición de los caninos un aspecto más fino (fig. 2).

El objetivo consiste en aplicar técnicas de restauración directa mínimamente invasivas para mejorar la asimetría causada por la disposición irregular de las piezas existentes (figs. 1 y 2).

Plan de tratamiento

Para mejorar la estética del sector anterior con técnicas mínimamente invasivas se propuso a la paciente blanquear separadamente los caninos, más oscuros que las piezas 12 y 21. De esa forma, no se apreciarían diferencias de color con los incisivos centrales, una vez conver-

Correspondencia: Policlínica de Odontología Conservadora y Periodoncia (Director: Prof. Dr. B. Klaiber). Clínica y Policlínicas Odontológicas y de medicina oral y maxilofacial de la Bayerischen Julius-Maximilians-Universität Würzburg. Pleicherwall 2. 97070 Würzburg. Alemania.

Correo electrónico: c.anding@gmx.de



Figura 1. Paciente tras cirugía ortognática y tratamiento ortodóncico de una fisura labiopalatina con agenesia de las piezas 11 y 22.



Figura 2. Aspecto dentogingival asimétrico^{2,5} tras el cierre de un espacio por agenesia de los dientes 11 y 22 mediante ortodoncia.

tidos los caninos en incisivos laterales (fig. 2). Para que la unión adhesiva se produzca con garantías, dado que justo después del blanqueamiento queda mermada debido al oxígeno residual en el tejido duro dentario¹, y en espera del resultado final del color tras el oscurecimiento inicial, se decide esperar de 2 a 4 semanas antes de realizar las restauraciones⁶. Dada la edad de la paciente, la ausencia de caries y obturaciones y la retracción previsible de la encía, el objetivo era prescindir de una preparación traumática^{2,5} de los dientes para la colocación de carillas. Así pues, se le recomendó a la paciente mejorar la estética empleando exclusivamente una técnica adhesiva directa con un composite estético⁴.

Para garantizar la dominación estética necesaria de los incisivos centrales, en primer lugar se debía restaurar con composite la pieza 21 teniendo en cuenta la guía anterior canina. Así mismo fue necesario transformar plásticamente la pieza 12 en una pieza 11 para que su aspecto se correspondiera con el del diente homólogo 21. Los caninos blanqueados se transformaron en incisivos laterales mediante restauraciones de composite y a los primeros premolares se les dio en vestibular la forma de caninos con un recubrimiento de composite, teniendo en cuenta la función en todo momento. La llamativa discrepancia gingival^{2,5} vestibular de los incisivos debía analizarse de nuevo tras realizar las restauraciones con composite para sopesar la necesidad de realizar a posteriori una intervención quirúrgica periodontal de aumento en la pieza 23 (fig. 2).

Fases del tratamiento

La paciente expresó su deseo de que se blanquearan no sólo los caninos, más oscuros que los dientes adyacen-

tes, sino todas las piezas. Por ese motivo no se realizó un tratamiento blanqueador en la consulta con un producto concentrado (In-Office-Bleaching), sino que se optó por un blanqueador de baja concentración y una férula personalizada confeccionada en el laboratorio a fin de que la paciente realizara el tratamiento en casa⁶ (Home-Bleaching). Se tomaron impresiones con alginato de maxilar y mandíbula. A partir de los modelos de yeso recortados se confeccionaron sendas férulas con técnica de vacío (Erkoflex-95®, de Erkodent, Pfalzgrafenweiler, Alemania), que se recortaron con unas tijeras y quedaron de 1/4 a 1/2 más cortas que el perfil gingival. Por último se redondearon los márgenes.

Se dieron instrucciones a la paciente para que tras el cepillado rellenara las férulas con Visalys 7,5® (Kettenbach, Eschenburg), con la dosis recomendada por el fabricante, y para que las llevara 60 minutos cada día (en dos sesiones de 30 minutos, dejando un intervalo mínimo de dos horas entre ambas sesiones) durante un total de 12 días. También se le especificó que después de llevar la férula debía limpiar sus dientes con cepillo y pasta a fin de eliminar los restos del producto blanqueador. No se registró hipersensibilidad térmica u osmótica ni durante el blanqueamiento ni después del mismo. Se consiguió mejorar el color dentario⁶ de A3,5 a A2 (figs. 3 y 4). Visalys 7,5® presenta una concentración de H₂O₂ al 7,5%, y no al 3,5% o al 5,5%, como suele ser habitual en el peróxido de carbamida al 10% o al 15%. Esto hace que su aplicación y su efecto blanqueador difieran de los de otros productos blanqueadores para uso en casa del mercado. Dos semanas después del tratamiento blanqueador^{1,6} se procedió nuevamente a determinar el color dentario. A continuación se realizaron las restauraciones de composite.



Figura 3. Color dentario A3,5 antes del blanqueamiento en casa con Visalys 7,5®.



Figura 4. Color dentario A2 tras el tratamiento de blanqueamiento.



Figuras 5a y b. Fijación y contorneado de matrices transparentes muy flexibles con el material para provisionales fotopolimerizable System Onlay® para la creación de caras proximales anatómicamente correctas^{3,4}. Aplicación (a) y modelado (b).

La técnica de aplicación directa por capas de composite^{3,4} permite conseguir una morfología correcta de las caras proximales^{3,4} con ayuda de matrices transparentes, flexibles y de grosor reducido (DEL matrix Strips®, Dental Exports, Londres). La matriz se perfila y se fija^{3,4} con una cuña interproximal en caso de que se conserve el contacto proximal y, en caso de que éste no exista, con el material para provisionales modelable, viscoso, elástico y fotopolimerizable System Onlay® (Ivoclar Vivadent, Schaan, Liechtenstein) (figs. 5a y b).

Con los materiales frecuentemente denominados «composites estéticos» (compuestos por masa de dentina, esmalte y efecto, por ejemplo) se pueden conseguir restauraciones de composite con una apariencia muy natural^{3,4}. En el presente caso los dientes afectados fueron reconstruidos tras el acondicionamiento del esmalte con Ultra-Etch® (Ultradent, South Jordan, EE.UU.) y de la dentina con Optibond FL® (KerrHawe, Orange, EE.UU.) por medio de la técnica de aplicación por capas con el composite Enamel plus HFO® (Miccerium, Avegno, Italia). Una vez aplicada la masa de dentina elegida (Enamel plus



Figura 6. Forma y tamaño desproporcionados² entre los dientes 12 y 21.



Figura 7. Dientes 12 y 21 restaurados con aspecto simétrico.



Figura 8. Diente 13 en el lugar del diente 12, desplazado a su vez a la región del diente 11 mediante ortodoncia.



Figura 9. Conversión del diente 13 en el diente 12 mediante la aplicación directa por capas de composite.



Figura 10. Diente 23 en el lugar del diente 22 no desarrollado.



Figura 11. Transformación del diente 23 en el diente 22 mediante la aplicación directa por capas de composite.



Figura 12. La forma y la posición de los dientes anteriores son asimétricas^{2,5} debido a la agenesia de las piezas 11 y 22.



Figura 13. Los dientes adquieren un aspecto harmónico tras la aplicación directa por capas de composite^{3,4}.



Figura 14. Marcada asimetría de los dientes anteriores^{2,5} debido a la agenesia de las piezas 11 y 22.



Figura 15. Aspecto dentario discreto y natural^{2,5} tras el tratamiento con composite^{3,4}.

HFO UD 3,5/3/2[®]) se fueron aplicando masas de efecto (Enamel plus HFO OBN[®]) en función de las necesidades y, finalmente, se recubrió el núcleo de dentina con masa de esmalte^{3,4} (Enamel plus HFO GE1[®]). Durante la fase de modelación deberían respetarse en la medida de lo posible la dimensión y las características formales^{2,5} (líneas ángulo y curvaturas) del diente a restaurar, a fin de limitar al máximo las tareas de acabado. El contorneado del diente se realizó principalmente con limas oscilantes (Belvel-shape[®], Proxoshape[®], Intensiv, Grancia, Suiza) en un cabezal PrepControl^{3,4} (KaVo, Biberach, Alemania). Al pulido inicial con pulidores de silicona (Browny[®], Greeny[®], Edenta, Au, Suiza) le siguió el pulido final con Occlubrush[®] (KerrHawe), un cepillo de pulido con carburo de silicio incorporado (ver figs. 7, 9, 11, 13 y 15).

Resultado del tratamiento

Gracias a los espacios dejados intencionadamente en las caras mesial y distal de la pieza 12 por medio de ortodoncia fue posible, mediante la restauración de composite, igualar la forma y el color del diente homólogo 21, que ya se había restaurado anteriormente (figs. 6 y 7).

La transformación de los caninos en incisivos laterales no revistió complicación alguna y se consiguió que su aspecto no ensombreciera los incisivos centrales. Dado que la forma inicial de los caninos era favorable, no fue preciso realizar una preparación del esmalte (como reducir los bordes incisales o aplanar las caras vestibulares), de modo que se pudo conservar la guía inicial en mediotrusión y laterotrusión sobre los bordes

incisales de esmalte naturales no acortados de los caninos una vez transformados (figs. 8 a 11).

Con el recubrimiento vestibular final de los primeros premolares, de menor tamaño que los incisivos transformados, se consiguió imponer la presencia de los «nuevos caninos» frente a los caninos auténticos remodelados. Para evitar la sobrecarga funcional de las restauraciones, en la creación de los contactos oclusales se buscó una guía incisivocanina homogénea (figs. 9 y 11).

Tras valorar la forma y la posición final de los dientes anteriores se constata que su apariencia es muy estética y natural² (figs. 12 a 15). El perfil gingival^{2,5} de los caninos transformados no es perfectamente simétrico, pero para la paciente esto no supone ningún problema y no se aprecia ni con los labios relajados o ni al sonreír. Por esa razón no se realizó una intervención quirúrgica periodontal invasiva (figs. 12 y 13).

Conclusión

La aplicación de las técnicas de restauración directa disponibles hoy en día^{3,4} hizo posible restaurar los dientes sin caries ni obturaciones de la joven paciente de una forma totalmente atraumática. La forma y la posición irregular de los dientes anteriores se pudo corregir con

técnicas de adición y en función de las necesidades, sin necesidad de realizar ninguna preparación. Así mismo se prescindió de una preparación para la colocación de carillas, lo que a su vez evitó una irritación del complejo pulpodentinario y la existencia de unos límites de la preparación visibles. Los «composites estéticos» modernos se caracterizan por unas propiedades de pulido y una excelente resistencia superficial y del color^{3,4}. En muy pocos casos se precisa «retocar» el brillo superficial con un cepillo de pulido en el marco de la revisión del resultado.

Bibliografía

1. Cavalli V, Reis AF, Giannini M, Ambrosano GM. The effect of elapsed time following bleaching on enamel bond strength of resin composite. *Oper Dent.* 2001;26:597-601.
2. Gürel G. Keramikveneers als Wissenschaft und Kunst. Berlin: Quintessenz, 2004.
3. Hugo B. Optimale Approximalkontakte. *Ästhet Zahnmed.* 2001;3: 142-148.
4. Hugo B, Stassidakis A, Hotz P. Ästhetische Behandlungsmethoden. Bildatlas zur effektiven Patienteninformation in der Zahnarztpraxis, Teil 3, Kap. 4. Balingen: Spitta, 1995.
5. Magne P, Belser U. Adhäsiv befestigte Keramikrestorationen. Biometrische Sanierungen im Frontzahnbereich. Berlin: Quintessenz, 2002.
6. Niederman R, Tanraphol MC, Slinin P, Hayes C, Conway S. Effectiveness of dentist-prescribed, home-applied tooth whitening. A meta analysis. *J Contemp Dent Pract.* 2000;1:20-36.