

Reconstrucción de las papilas según parámetros predefinidos

Wolfram Bücking, Dr. med. dent.

**El problema: las papilas interdentes han desaparecido y son visibles triángulos negros.
¿Qué podemos hacer?**

Un problema estético de primer orden lo constituye la pérdida de las papilas interdentes, especialmente en la zona anterior del maxilar superior. Cuando, como consecuencia de dicha pérdida, la encía se hace visible al sonreír hasta bien entrado el vestíbulo, ello genera una gran carga psíquica en la gran mayoría de pacientes.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud se define como un estado de bienestar físico y psíquico. Por consiguiente, nuestro esfuerzo como profesionales no ha de limitarse a la restauración de la llamada «estética blanca» mediante coronas, veneers y empastes, sino que debe considerar en igual medida la llamada «estética roja», es decir, la relativa a los tejidos gingivales blandos. Así pues, junto a la restauración meramente funcional, se trata de reconstruir también el aspecto físico mediante una buena estética «roja» y «blanca», restableciendo así el bienestar psíquico de nuestros pacientes.

Pero, ¿podemos reconstruir esas papilas interdentes faltantes, y hacerlo según parámetros predefinidos? ¿Podemos liberar al paciente de esos feos triángulos negros que se ve obligado a padecer? En Estados Unidos se habla incluso de *black triangle disease* (figs. 1 y 2).



Figura 1. Paciente infeliz y con sonrisa afectada debido a los triángulos negros interdentes.



Figura 2. Fotografía de los labios de la paciente.

(*Quintessenz*. 55(5):559-62)

Correspondencia: Wolfram Bücking.
Buchweg 14, 88239 Wangen/Allgäu. Alemania.

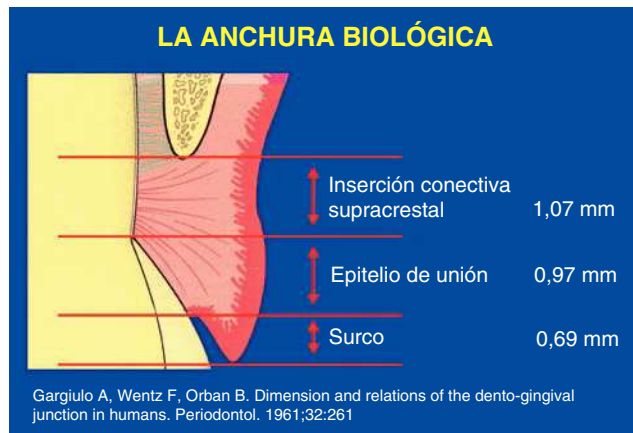


Figura 3. La anchura biológica.



Figura 4. Invasión de la anchura biológica: pese a una higiene bucal óptima se ha originado una gingivitis crónica.

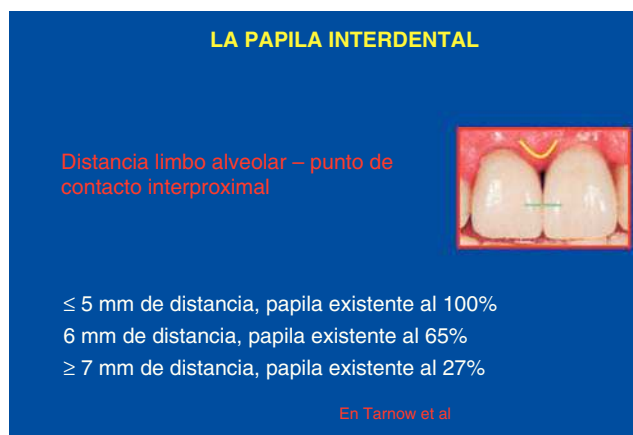


Figura 5. Relación entre papila, punto de contacto y hueso alveolar según Tarnow et al⁴.



Figura 6. Los puntos de contacto interproximales de los dientes anteriores superiores ascienden simétricamente con el consiguiente resultado estético.

La solución comprobada: *sounding*, medición de la anchura biológica interdental

En 1961 apareció la publicación de Gargiulo et al¹ sobre la anchura biológica, que establecía las relaciones topográficas entre surco gingival, epitelio de unión, inserción conectiva supracrestal y hueso alveolar (fig. 3). A partir de estudios posteriores aprendimos también que, pese a una higiene bucal óptima, una retracción de las distancias mínimas deriva necesariamente en gingivitis y periodontitis crónicas (fig. 4). También en los estudios de Tarnow et al⁴ encontramos relaciones bien definidas entre los puntos de contacto interproximales y el hueso alveolar (fig. 5).

Con anterioridad centrábamos nuestra atención en los contactos interproximales tan sólo por motivos estéticos o con el objeto de evitar el impacto alimentario, y en función de ello reconstruíamos los dientes anteriores (figs. 6 y 7). Las distancias definidas por Tarnow et al⁴ entre el punto de contacto y el hueso alveolar nos permiten determinar la superficie de contacto; es decir: el borde superior de la superficie de contacto está definido según criterios estéticos y el borde inferior se define por la distancia respecto al hueso alveolar (fig. 8). Pero, ¿cómo podemos introducir estos parámetros periodontales en nuestro concepto de restauración? ¿Cómo podemos determinar las distancias respecto al hueso alveolar?

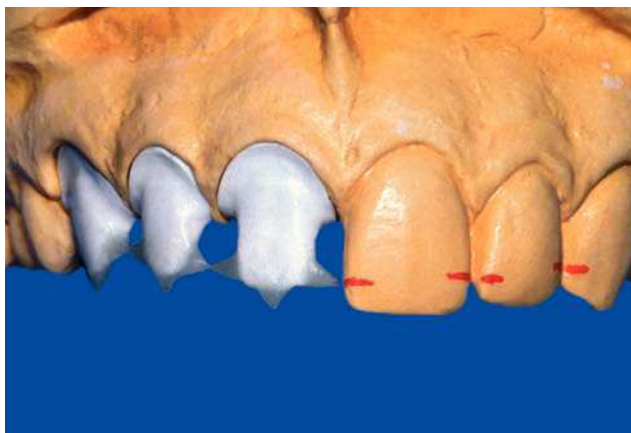


Figura 7. Concepto de crecimiento de los dientes anteriores superiores según Bücking³; determinación de los puntos de contacto con cuñas interproximales.



Figura 8. Relación entre contactos interproximales y hueso alveolar según Tarnow et al⁴.



Figura 9. Medición de la papila: borde inferior de la superficie de contacto (izquierda) y *sounding the osseus crest*, o sondaje del hueso alveolar (derecha).

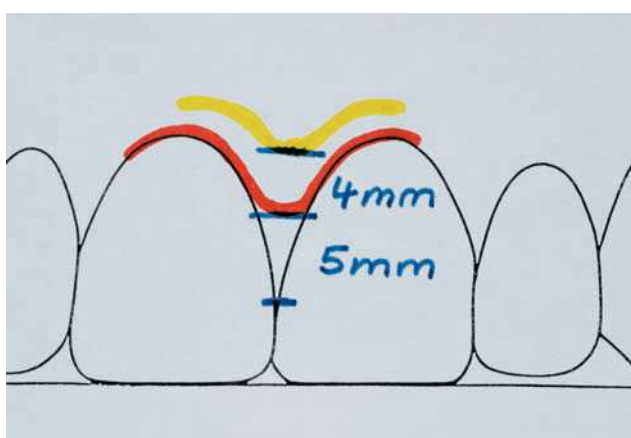


Figura 10. Anotación en un formulario.



Figura 11. A un paciente le fue restaurada la zona anterior del maxilar superior. En la fotografía tomada una semana después de la intervención se aprecian todavía triángulos negros.



Figura 12. El mismo paciente al cabo de 3 meses: las papilas interdentales se regeneran, y se espera una regeneración completa.



Figura 13. La paciente que aparece al principio, ahora con una sonrisa feliz tras la restauración.



Figura 14. Fotografía de la zona anterior de la mandíbula superior restaurada. Las papilas se han regenerado casi por completo.

Kois² se encargó de hacerlo en sus estudios sobre el complejo dentogingival, que abordan la interrelación entre todas las estructuras implicadas. Kois introdujo su concepto «sounding to the osseus crest» (sondar el hueso alveolar) en la odontología restauradora.

Apoyándonos en dicho concepto, se aplica anestesia local y se introduce una sonda milimetrada hasta el borde superior del hueso alveolar (fig. 9) para luego trasladar los valores obtenidos a un formulario (fig. 10). Dichos valores sirven de base para la reconstrucción, ya sea mediante técnica indirecta con composite efectuada por el dentista, ya sea mediante adherencia (*stripping*) y lateralización efectuados por el ortopeda, o bien mediante tratamiento indirecto con veneers o coronas en colaboración con el protésico dental (figs. 11 y 12). Gracias a estas relaciones precisas del sistema dentogingival contamos ya con la clave para una reconstrucción eficaz y definida a priori de las papilas interdentales (fig. 13).

Una reconstrucción basada en estos criterios fue efectuada a la paciente que aparece en las fotos con un buen resultado final (fig. 14).

Lista de materiales

1. Sonda milimetrada UNC-15 (fab. Hu-Friedy, Leimen).
2. Formulario para anchura biológica.

Agradecimientos

Mi agradecimiento más sincero a mi amigo y colega el Dr. Markus Schlee, de Forchheim, quien en colaboración con su protésico Stefan Schunke nos demostró cómo aplicar eficazmente el concepto de *sounding*.

Llamada

El autor espera recibir opiniones acerca de lo tratado en este artículo, información sobre los resultados de su aplicación así como propuestas de mejora, y también desearía que le fueran comunicados nuevos trucos y consejos de la consulta y para la consulta. Es posible ponerse en contacto con él mediante fax (0 75 22/91 22 78) o e-mail (w.buecking@t-online.de).

Bibliografía

1. Gargiulo AW, Wentz FM, Orban B. Dimensions and relations of the dentogingival junction in humans. J Periodontol. 1961;32: 261-7.
2. Kois JC. Altering gingival levels: The restorative connection. Part I: Biologic variables. J Esthet Dent. 1994;6:3-9.
3. Kubein-Meesenburg D, Nägerl H, Bücking W. Die Biomechanik der Okklusion. In: Suckert, R.: Okklusionskonzepte. 2. Aufl. Verlag Neuer Merkur, München. 1999; S. 231-78.
4. Tarnow DP, Magner AW, Fletcher P. The effect of the distance from the contact point to the crest of bone on the presence or absence of the interproximal dental papilla. J Periodontol. 1992;63:995-1004.