



Rehabilitación estética mediante una planificación del tiempo y una elección de materiales adaptadas a las necesidades

Michel Magne, Inge Magne y Mamaly Reshad

La situación de partida en el caso presentado de una paciente mostraba proporciones faciales asimétricas y dientes de aspecto envejecido³ (fig. 1). Las medidas restauradoras adoptadas hasta la fecha no habían tenido en cuenta la influencia de la estética dental sobre la apariencia global del rostro⁷. Era evidente que determinadas características de la dentición acentuaban la asimetría facial y en consecuencia requerían corrección. El estrechamiento unilateral de la arcada dentaria en el lado izquierdo⁶ contribuía a la apariencia antiestética, así como la línea media divergente² y el plano de oclusión igualmente divergente. También generaban tensión visual los dientes decolorados, así como las proporciones dentales y las relaciones entre los dientes subóptimas⁴. Se sugirió que el color dental debía armonizar en la mayor medida posible con las escleras, esto es, la parte blanca del ojo. A ello se añadía el requisito de una visibilidad de los dientes anteriores acorde a la edad.

Las figuras 2a y 2b muestran la situación de partida de la arcada dentaria anterior antes y después de la extracción del incisivo central no conservable. Puede apreciarse clara-

[Resumen]

El artículo presenta el caso de una paciente con proporciones faciales asimétricas y dientes de aspecto envejecido. Las medidas restauradoras adoptadas hasta la fecha no habían tenido en cuenta la influencia de la estética dental sobre la apariencia global del rostro, lo cual acentuaba aún más la asimetría facial. Mediante una planificación adaptada a las necesidades se pretende subsanar la desarmonía y alcanzar una sonrisa armoniosa con unos dientes atractivos y bien integrados en el rostro y con una visibilidad de los dientes anteriores acorde a la edad.

Palabras clave

Estética. Asimetría facial. Planificación adaptada a las necesidades. Elección de materiales. Modelo de alveolos. Prótesis implantosoportada. Carillas.

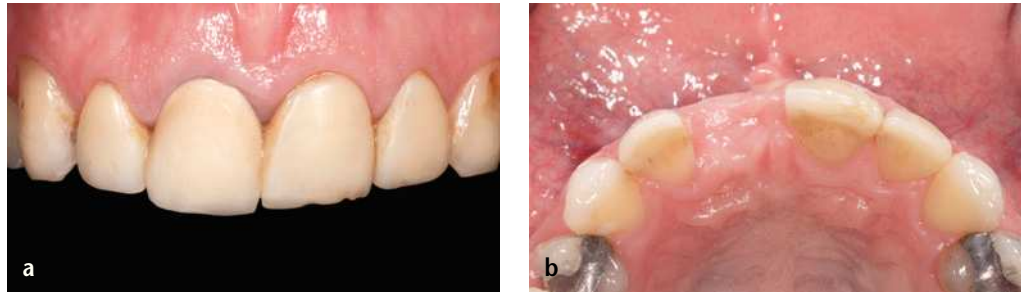
(Quintessenz Zahntech. 2010;36(6):802-6)

Introducción



Fig. 1. La situación de partida en la fotografía del rostro.

Fig. 2. **a** La situación de partida intraoral de la arcada dentaria anterior superior. Los incisivos han sido tratados con obturaciones deficientes de gran superficie. **b** La arcada dentaria anterior superior tras la extracción del incisivo central derecho: reabsorción ósea mínima tras la extracción.



Figs. 3 (arriba) y 4. El encerado diagnóstico (modelado en cera). Figs. 3a y 4a. Situación de partida. Figs. 3b y 4b. El modelo de yeso encerado.



Fig. 5 (página opuesta). Las carillas cerámicas definitivas y la corona de implante provisional para el incisivo central derecho (imagen al trasluz).

mente que estos dientes eran antiestéticos en cuanto a forma y color. Tras la extracción atraumática se observó una reabsorción ósea mínima (fig. 2b). Las figuras 3 y 4 muestran los modelos de yeso (Fujirock white, GC Germany, Múnich, Alemania) antes y después del modelado en cera. Los modelos de yeso encerados posibilitan la visualización del resultado deseado del tratamiento en comparación directa con la situación de partida. El incremento de volumen conseguido de los dientes fue suficiente.

Se examinó bajo distintas fuentes de luz la prótesis dental definitiva (figs. 5 a 6c). La prudencia aconseja comprobar el ajuste de la prótesis dental definitiva sobre dos modelos separados (figs. 6a y 6b). El modelo de alveolos posibilita una evaluación estética de la restauración teniendo en cuenta el tejido blando, mientras que el modelo de colado macizo permite el control de los contactos interdientales⁵. Utilizando muñones de masa de recubrimiento (Orbit Vest, GC) se confeccionaron carillas cerámicas (Creation CC, Amann Girrbach, Pforzheim, Alemania) y se colocaron en la región del incisivo central derecho superior junto con una corona provisional (New Outline, anaxdent, Stuttgart, Alemania) sobre un implante autorroscante (Implantium, Dentium, Cypress, California, EE. UU.) (fig. 7). El hecho de que la corona de implante provisional y las carillas cerámicas se colocaran el mismo día resultó ventajoso en varios aspectos. Los dientes



Fig. 6a a 6c. Las carillas cerámicas definitivas y la corona de implante provisional (a) sobre el modelo de colado macizo no serrado y (b) sobre el modelo de alveolos; c la restauración al trasluz.

naturales necesitan algo de tiempo para la rehidratación. Del mismo modo, también la adaptación del tejido blando periimplantar (junto con la posición del margen gingival) en la corona de implante requiere cierto tiempo bajo observación.

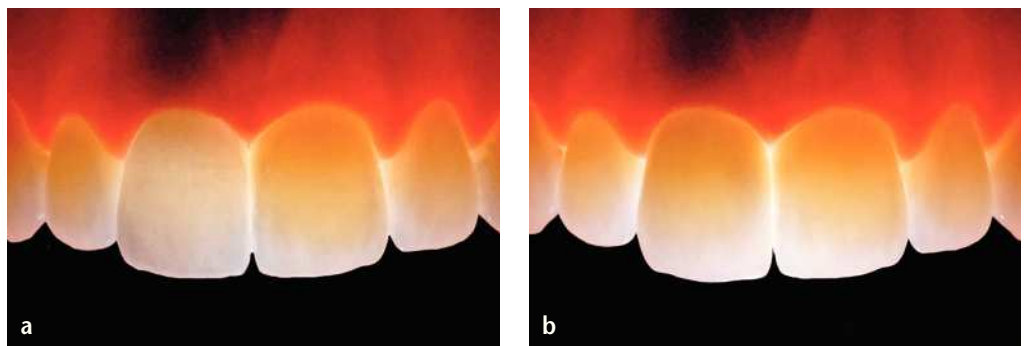
La figura 8a muestra el tejido blando moldeado en la zona del implante. Su pilar de dióxido de zirconio fue individualizado con cerámica (Creation ZI, Amann Girrbach) para armonizarlo con el color básico de los dientes adyacentes (fig. 8b).



Fig. 7. Las carillas cerámicas definitivas y la corona de implante provisional in situ.



Fig. 8. **a** El tejido blando moldeado en la región del implante. **b** La supraestructura de dióxido de zirconio individual (pilar) sobre el implante.



Figuras 9a y 9b. Imagen al contraluz de la reposición **(a)** provisional y **(b)** definitiva sobre el implante (incisivo central derecho).

Por medio del trasluz se obtiene información sobre las propiedades ópticas de los distintos materiales de la prótesis dental (figs. 9a y 9b). La figura 9a muestra que la corona de implante provisional presenta un elevado grado de translucidez en comparación con la carilla cerámica adyacente. La figura 9b ilustra las ventajas ópticas de una supraestructura de implante translúcida para la corona definitiva y de un material cerámico idéntico para la carilla cerámica definitiva. El implante metálico provocó de forma claramente visible una sombra en el hueso. En esta situación era necesario un material translúcido para la supraestructura del implante (pilar), a fin de influir de la manera deseada en el comportamiento de la luz. La sonrisa definitiva de la paciente muestra ahora unos dientes atractivos con el volumen deseado, las proporciones correctas, el color adecuado, translucidez y en relación correcta con el labio inferior¹ (fig. 10). Gracias a la planifica-



Fig. 10. La vista lateral muestra una relación dientes-labios muy favorable.



Fig. 11. La restauración definitiva in situ el día de la colocación del pilar y de la corona de cerámica sin metal. La corona estratificada sobre muñones de masa de recubrimiento se fijó adhesivamente al pilar estratificado individualmente. Se aplicó dique de goma y se colocó un gancho para que la acción adhesiva no se viera afectada por la humedad. La encía está traumatizada.



Fig. 12. El resultado definitivo del tratamiento.

ción adaptada a las necesidades fue posible alcanzar las metas estéticas del tratamiento (figs. 11 y 12).

Los autores desean expresar su especial agradecimiento al Dr. Hessam Nowzari por la realización de la implantación.

1. Dawson PE. Determining the determinants of occlusion. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1983;3:8-21.
2. Kokich VO jr, Kiyak HA, Shapiro PA. Comparing the perception of dentists and lay people to altered dental esthetics. *J Esthet Dent* 1999;11:311-324.
3. Lammie GA, Posselt U. Progressive changes in the dentition of adults. *J Periodontol* 1965;36:443-454.
4. Lombardi RE. The principles of visual perception and their clinical application to denture esthetics. *J Prosthet Dent* 1973;29:358-382.
5. Magne M, Bazos P, Magne P. The alveolar model. *Quintessence Dent Technol* 2009;32:39-46.
6. Martin AJ, Buschang PH, Boley JC, Taylor RW, McKinney TW. The impact of buccal corridors on smile attractiveness. *Eur J Orthod* 2007;29:530-537.
7. Rufenacht CR. *Fundamentals of Esthetics*. Chicago: Quintessence, 1990.

Michel Magne, M.D.T., B.S., Inge Magne, C.D.T., B.S.
901 Michel Magne LA.
4052 Del Rey Avenue, Marina del Rey, CA 90292, EE. UU.
Correo electrónico: info@901-la.com

Mamaly Reshad, D.D.S., M.Sc.
Assistant Clinical Professor.
Fixed and Operative Dentistry.
Division of Primary Oral Health Care.
Herman Ostrow School of Dentistry.
University of Southern California, Los Ángeles, CA, EE. UU.

[Agradecimientos](#)

[Bibliografía](#)

[Correspondencia](#)