

Restauración directa como apoyo a las demás especialidades

Composites

Luis M^a Ilzarbe Ripoll



tech

CONTENIDO

-
- 1. Objetivos.**
 - 2. Introducción.**
 - 3. Resinas compuestas en dientes anteriores.**
 - 4. Técnicas para compensación de proporciones y espacios.**

Técnicas conservadoras o no restauradoras.

Técnicas aditivas/restauradoras.

Técnicas no conservadoras.

- 5. Odontología estética como apoyo a las demás especialidades.**

Cosmética como complemento de la ortodoncia.

Cosmética como complemento en tratamientos periodontales.

Cosmética como complemento en tratamientos rehabilitadores.

- 6. Bibliografía.**

OBJETIVOS

- Definir la importancia del abordaje multidisciplinario en la odontología contemporánea.
- Presentar las resinas compuestas como un material complementario para el óptimo tratamiento poco agresivo coadyuvante a otras especialidades.
- Definir las técnicas estéticas utilizadas en cuanto al abordaje multidisciplinario.
- Ejemplificar algunas situaciones en las que el uso de composites pueda ayudar a otras especialidades.

INTRODUCCIÓN

La odontología cosmética o estética se ha convertido, últimamente, en un término respetado en la odontología moderna. En el pasado, la importancia de lo referente a la estética quedaba en un segundo plano a favor de otros términos tales como la función, la biología y la estructura. Hoy en día y sin obviar aquellos principios de la odontología clásica, si un plan de tratamiento no empieza con una clara visión del impacto estético que los tratamientos van a provocar, independientemente del resultado, los trabajos pueden aparecer como desastrosos. (Figura 1)

En una odontología como la actual donde la interdisciplinariedad es una premisa básica y necesaria, cualquier plan de tratamiento debería comenzar con unos realistas y bien definidos objetivos estéticos. Empezando con la estética y tomando en consideración el impacto en la función, la estructura y la biología, el clínico puede emplear a su favor las distintas disciplinas de la odontología para proveer al paciente del nivel más alto de cuidado dental para cada paciente resolviendo satisfactoriamente cada situación particular. Esta sería la manera óptima de trabajar, quedando englobada en un término un tanto difuso como puede ser la odontología estética multidisciplinaria, donde cobra vital importancia la colaboración entre ortodoncistas, prosthodontistas, cirujanos orales, periodoncistas y el odontólogo restaurador (*endodoncia o estética*). (Figura 2)

La reproducción de las características de la morfología de la dentición natural siempre ha sido un objetivo de las técnicas usando materiales restauradores, bien sea mediante el uso de composites o cerámicas, pero es en el momento que aparece la preocupación por la mayor preservación de la estructura dentaria sana, cuando los composites cobran protagonismo.

Tras la introducción del acondicionamiento ácido del esmalte dentario con ácido fosfórico llevada a cabo por Buonocore en 1955, y el posterior desarrollo de las resinas compuestas con Bowen en 1963, apareció la posibilidad de ofrecer soluciones restauradoras extremadamente conservadoras. Muchas veces, esa búsqueda de la armonía en la rehabilitación de sonrisas tuvo como precio, hasta entonces, la aplicación de técnicas complejas y una pérdida considerable de estructura dentaria.

Esto es cuestionado hoy en día por los clínicos, conscientes de la necesidad de aplicar técnicas de mínima intervención, ya que muchas de aquellas técnicas suponían una “morbilidad dental asociada”. Desde aquellos comienzos, la búsqueda constante de una estética natural acompañada de una evolución continua de las técnicas adhesivas y las distintas formulaciones poliméricas y cerámicas, han provisto al clínico de una excelente oportunidad de alcanzar resultados funcionales y estéticos a largo plazo, al proveer la industria odontológica de materiales optimizados en sus características mecánicas y ópticas.

Existen muchas alternativas en cada planteamiento clínico respecto a los problemas relacionados con la forma, posición, alineación, proporción, simetría, color y textura de los dientes del frente anterior. Hoy en día, hay que manejarse en una triada de elección: Adhesivos/resinas compuestas/cerámicas. Esta elección de cada indicación debe tomarse por cada profesional ante cada situación clínica y particularidad, con base en sus conocimientos científicos, habilidades, experiencia e intuición, pues en efecto, el límite entre las indicaciones para resinas compuestas y cerámica es difuso. (Figura 3, 4 y 5)



Figura 1.



Figura 2.



Figura 3. Problemas de color y anatomía.



Figura 4. Problemas de proporciones.



Figura 5. Problemas de volumen.

En este tema, se desarrollará cómo los composites pueden ayudar a otras especialidades en la consecución de los objetivos estéticos, para que esa búsqueda de una perfecta sonrisa no siempre vaya asociada a procedimientos más complejos como rehabilitaciones con carillas y coronas cerámicas, pues quizás estas opciones, sin duda más invasivas, puedan tener impacto negativo sobre el mantenimiento a largo plazo de las propiedades biomecánicas del diente y en el costo global del tratamiento.

RESINAS COMPUESTAS EN DIENTES ANTERIORES

El recontorneo estético mediante el uso de resinas compuestas sobre la dentición es la más sencilla de las técnicas restauradoras en cuanto a que es la opción más conservadora. En la mayoría de los casos, no requiere ningún tipo de reducción dentaria o tallado, exigiendo únicamente el acondicionamiento de los tejidos de soporte, con un grabado ácido total al esmalte que provee una adhesión que le proporciona resistencia y retención.

Estos procedimientos mínimamente invasivos necesitarán la remoción del esmalte superficial aprismático previo al acondicionamiento ácido, pues, de lo contrario, la adhesión será insuficiente para una correcta evolución. No ser cuidadoso en este procedimiento, que deberá llevarse a cabo con fresas diamantadas, discos abrasivos o mediante chorreo con partículas de óxido de aluminio, resultará en fallos de adhesión, gaps y problemas a medio y largo plazo, los cuales son característicos de las restauraciones con composites.

Este recontorneo aparecerá como una alternativa a considerar cuando no existan problemas severos de color o en aquellos casos que sean tratados dientes cuya posición inicial y final no exija desgastes. El perfil que garantizará el éxito terapéutico será en pacientes jóvenes y en adultos cuando el volumen, la extensión y la cantidad necesaria de restauración es limitado. Si se respetan las limitaciones, es crítica la adecuada selección del caso y tomar conciencia de la sensibilidad intrínseca de la técnica, pero sin duda, las restauraciones directas con composite, en determinadas situaciones permitirá proporcionar o devolver la armonía de la sonrisa de una manera excepcional.

Además, una ventaja que debe considerarse es el costo de estos procedimientos, relativamente más bajos al no requerir la intervención de un proveedor externo, en la mayoría de los casos, la del técnico dental y que suelen ser realizados en una sola intervención clínica.

La resistencia y estabilidad del color en el tiempo de estas resinas empleadas, indudablemente es inferior a las cerámicas, pero en muchos casos y siendo cuidadoso en la elección de la indicación, podrá ser satisfactoria, siendo crítica la manera en que estas son realizadas, adaptadas y pulidas. Es tremadamente difícil calcular un tiempo de vida media por el carácter multifactorial que implica cada situación.

Existen muchas decisiones que intervienen en el éxito a largo plazo y que deben ser consideradas: (Figura 6)

- La correcta preparación del sustrato.
- La correcta técnica adhesiva.
- La adecuada elección del material restaurador.
- La correcta aplicación del material, su adaptación y pulido.
- El adecuado mantenimiento por parte del paciente.

Algunas dificultades existentes en la restauración de dientes anteriores se deben a la adecuada elección del material. Existen grandes variedades de resinas compuestas en el mercado, así como posibilidades técnicas. La adecuada elección del material restaurador determinará gran parte del éxito mecánico y óptico, resultando en predictibilidad en función y estética en consecuencia. Es importante entender la anatomía dentaria para así ser capaces de elegir para cada capa de las restauraciones, el adecuado material que deberá suplir en la medida de lo posible las propiedades mecánicas y ópticas del tejido al que pretende sustituir.

Es por ello por lo que es difícil protocolizar todas las situaciones. La dificultad de la restauración con composites radica en ser capaces de tener una óptima adaptabilidad a cada situación, eligiendo el material restaurador más adecuado en un sentido mecánico o funcional, y, en otro sentido estético, entendiendo bien las propiedades del color, no siendo exclusivamente determinantes las clásicas propiedades de matiz, croma o valor, apareciendo términos de transparencia, translucidez y opacidad.

TÉCNICAS PARA COMPENSACIÓN DE PROPORCIONES Y ESPACIOS

La mayor parte de las deficiencias funcionales, anatómicas o estéticas se pueden enfocar mediante tratamientos con técnicas conservadoras como el composite a mano alzada, o bien con técnicas más invasivas como las técnicas indirectas mediante cerámicas. Esta decisión se tiene que tomar, no solo basándose en condicionantes técnicos o acerca del material de elección, sino, sobre todo, debería considerarse el estado biomecánico del diente implicado. Esto significa que la edad del paciente, la severidad de la pérdida de tejido dentario y el tamaño de la restauración deberían guiar al clínico hacia la mejor elección terapéutica. Además de todo esto, las consideraciones económicas se deberían tener en cuenta, sobre todo cuando se traten a pacientes jóvenes cuyo pronóstico debería ser considerado a largo plazo. El mantenimiento y recambio de las cerámicas indirectas conllevará un incremento notable en lo referente a lo económico, teniendo en cuenta, además, que no necesariamente mediante el uso de cerámicas se ofrecerá un resultado estético superior si se tiene la capacidad elegir meticulosamente los materiales y manifestar una habilidad de percepción y manipulación mediante el uso de técnicas más conservadoras.

Una aproximación para determinar la estrategia terapéutica por seguir podría ser la preconizada por Didier Dietschi: (Tabla 1)



Figura 6. Factores críticos de los composites anteriores.

Estado dentario	Deficiencias	Edad característica	Opciones de tratamiento
Diente virgen	Discoloración.	Infancia/adolescente/adulto joven.	Blanqueamiento y microabrasión.
	Anormalidad de forma y función.		
	Diastema.		Composite directo.
Desgaste ligero	Erosión.	Adulto joven/adulto maduro.	
	Abrasión (desgaste incisal).		Composite directo/
	Abfracción.		Cerámica indirecta parcial.
	Displasia/hipoplasia.		
	Lesión de caries.		
	Restauración fallida.		
Desgaste severo	Erosión.	Adulto maduro/anciano.	
	Abrasión (desgaste incisal).		Cerámica indirecta parcial/
	Abfracción.		Corona de recubrimiento total.
	Displasia/hipoplasia.		
	Lesión de caries.		
	Restauración fallida.		

Tabla 1.

La interacción de las distintas especialidades permitirá solucionar problemas concretos, heredados o adquiridos en distintas situaciones: (Figura 7)

- Dimensión coronal alterada (grande o pequeña).
- Diámetro radicular alterado (grande o pequeño), consecuencia de malposiciones.
- Textura alterada.
- Diferencias de color.
- Alteraciones del contorno gingival.
- **Deficiencias congénitas:**
 - Discoloraciones.
 - Hipoplasias.
 - Formas o dimensiones inusuales.
 - Diastemas.

- **Deficiencias estéticas adquiridas:**

- Discoloraciones (dientes traumatizados o desvitalizados).
- Diastemas.
- Abrasión, abfracción y lesiones erosivas.
- Caries.
- Deficiencias funcionales.

Las técnicas de odontología estética que podrían complementar a estas otras especialidades solucionando alguno de los problemas descritos, se dividen en conservadoras (no aditivas o aditivas) y menos conservadoras. (Tabla 2)

TÉCNICAS CONSERVADORAS O NO RESTAURADORAS

- **Recontorneo de esmalte (ameloplastia):** En aquellas situaciones donde, mediante el uso de instrumentos abrasivos se deberán redefinir las áreas de contacto mesiales o distales para mejorar el cierre de espacios o permitir una nueva restauración más coherente con la nueva situación prostodóntica, también puede utilizarse, en ocasiones, para nivelar el borde incisal, las transiciones o determinadas cúspides, sobre todo en caninos. (Figura 8)



Figura 7.

Odontología estética	
Alineamiento/posición.	<ul style="list-style-type: none"> • Ortodoncia
Disarmonía gingival.	<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía mucogingival. • Ortodoncia Ex/In.
Forma. Color/sustrato.	<ul style="list-style-type: none"> • Odontología restauradora.
Tamaño Función/PF.	<ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitación.

Tabla 2.

- **Blanqueamiento y microabrasión:** El blanqueamiento vital se viene utilizando de manera rutinaria como una técnica no invasiva, bien como técnica para la modificación del color (*eliminando parcial o totalmente determinadas tinciones extrínsecas*) o bien como una técnica previa a otro procedimiento restaurador. La elección de protocolos de clínica (*mayoritariamente mediante el uso de peróxido de hidrógeno*), protocolos ambulatorios (*peróxido de carbamida*) o mixtos, dependerá de cada situación clínica. El blanqueamiento en dientes desvitalizados es un procedimiento muy útil también en pacientes jóvenes y con poca destrucción tisular. Los blanqueamientos se presentan como una solución no invasiva y económica, si bien el riesgo de recidiva es alto, pudiendo convertirse en un problema al valorar la satisfacción del paciente. La microabrasión es un procedimiento útil en determinadas situaciones con entre discretas y moderadas alteraciones en el esmalte. A pesar de ser una terapia conservadora, siempre exigirá una mínima remoción del esmalte superficial afecto, pero facilita la restauración posterior.
- **Recontorneo gingival:** Los procedimientos realizados sobre los tejidos blandos que promueven la correcta nivelación de los mismos. La determinación del origen del desajuste y su etiopatogenia se debe a problemas óseos o de tejido blando que guiará la terapéutica, pudiendo emplear independientemente de la técnica procedimientos para osteotomía o gingivectomía. (Figura 9)



Figura 8.



Figura 9.

TÉCNICAS ADITIVAS/RESTAURADORAS

- **Composites:** La continua evolución de las propiedades fisicoquímicas de las resinas compuestas y la mejora en sus propiedades ópticas y de mantenimiento permiten obtener excelentes resultados con una aplicación simple con procedimientos de adición de masas, distinguiendo en masas de dentina, masas de esmalte cromático, acromático y masas de caracterización. Las indicaciones para estos casos están bien definidas, aun siendo su límite de aplicación difuso y su predictibilidad a medio y largo plazo controvertida.
- **Cerámicas adhesivas:** Los nuevos materiales y las nuevas técnicas para su elaboración y personalización permiten a los laboratorios de prótesis, en numerosas situaciones clínicas, elaborar restauraciones indirectas parciales que no exigen preparación dentaria.

TÉCNICAS NO CONSERVADORAS

Cerámicas adhesivas con preparación para recubrimiento total o parcial

Cuando la completa reconstrucción de la superficie vestibular o labial, son necesarias las correcciones en la mayor parte de la anatomía del diente, las restauraciones indirectas parciales o totales están indicadas.

Cuando la totalidad de la cara vestibular tiene que ser sustituida por cualquier motivo, las cerámicas actuales presentan una opción de mínima intervención con predictibilidad y estética, presentando la ventaja de la estabilidad de color y unas mejores propiedades físicas. Estas preparaciones parciales se han visto disminuidas con la mejora de los materiales y técnicas de elaboración, las exigencias en espaciado y el consecuente tallado dental para una adecuada preparación.

Cuando el contorno dental o el diámetro radicular divergen demasiado de las demandas estéticas, se pueden estar tratando dientes con un desgaste considerable y pacientes con problemas funcionales, por lo que las coronas de recubrimiento total pueden estar indicadas. El paciente tiene que ser consciente de las implicaciones que esta reducción dentaria genera a largo plazo, pues la incidencia de problemas pulpar y endodónticos es mayor con este tipo de preparaciones.

Está claro que a más joven sea el paciente, a más tejido conserve y menos sea el material necesario o faltante, más se utilizarán los composites por tratarse de una alternativa más conservadora, más económica, suficientemente funcional, estética y más versátil en cuanto al mantenimiento a largo plazo.

Si se tratan dientes aislados, la decisión estará basada en los términos que se describen, pero una situación bien distinta es cuando los tratamientos restauradores aparecen como complemento de otras especialidades.

La pérdida temprana o tardía de cualquier diente permanente va a suponer un reto en cuanto a la distribución de espacios. En función del tiempo que haya pasado desde que el paciente pierde, por cualquier motivo, un diente permanente, se desencadenan una serie de cambios tanto sobre el hueso que lo alojaba y la encía que lo protegía y daba soporte como sobre los dientes adyacente y antagonistas. Muchas veces el espacio que debía ocupar mesiodistalmente y/o vestibulolingualmente se ve invadido. La restauración de ese espacio deberá realizarse en función de la cantidad necesaria mediante distintas técnicas: Ameloplastia, ortodoncia o prótesis rehabilitadora coadyuvante, decisión que será tomada desde el diagnóstico de las condiciones dentales y esqueléticas. La necesidad del mantenimiento a largo plazo de las prótesis y el previsible impacto negativo sobre los tejidos dentarios residuales y la salud periodontal muchas veces declinan la balanza hacia la ortodoncia.

Hoy en día, el avance de los sistemas ortodónticos ha resultado en una mayor complicidad a la hora de resolver problemas de función, biología y estética en el paciente adulto. No obstante, en el final del tratamiento es posible que se desenmascaren anomalías anatómicas y estéticas que se deberán subsanar, siendo este tratamiento final necesariamente preventivo y advertido desde el planteamiento inicial.

El objetivo común de cualquier tratamiento ortodóntico es una estética facial y dental adecuada, y una mejora en los condicionantes para una óptima función y masticación. Es incuestionable que, a medida que aumenta la edad de los pacientes, aumenta la incidencia de patología periodontal.

Los principales problemas ortodónticos que se encuentran en el paciente adulto comprometido periodontalmente son la proinclinación de los dientes anteriores maxilares, distribución irregular del espacio interdental, rotaciones, sobreerupciones, migraciones, oclusión traumática y pérdida dental. Sin duda, el tratamiento ortodóntico puede contribuir a mejorar sensiblemente el estado general, estético y funcional de estos pacientes periodontales y es fundamental la cooperación entre especialistas para elegir el mejor abordaje de estos pacientes, individualizando el plan de tratamiento, según las necesidades, objetivos y expectativas de los mismos.

Los movimientos ortodónticos de extrusión, intrusión, enderezamiento, desplazamientos hacia brechas edéntulas y proinclinaciones labiales deberán ser debidamente analizados para la creación de un hábitat más favorable para el diente presente y/o la futura restauración si es precisa e independientemente sea dento o implantesoportada. La interacción entre las distintas especialidades permitirá mejorar, desde un punto de vista estético:

- Proveer al paciente de unas adecuadas curvas oclusales: Spee, Wilson, Morton.
- Mejorar discrepancias óseas dentarias.
- **Mejorar referencias interarcadas anteriores:** Resalte y sobremordida.
- Restaurar la dimensión vertical.
- Recuperar espacios invadidos consecuencia de la pérdida dentaria.
- Nivelación de márgenes gingivales.
- Devolver la proporción adecuada a la dentición presente.
- Restaurar adecuadamente las distintas guías de oclusión.
- Evitar los black triangles consecuencia de la pérdida de papila.
- Mejorar la sonrisa gingival.

ODONTOLOGÍA ESTÉTICA COMO APOYO A LAS DEMÁS ESPECIALIDADES

Para satisfacer las actuales demandas de preservación de estructura dentaria, función y estética, las distintas especiales de la odontología deben trabajar conjuntamente y definir los objetivos del tratamiento a corto, medio y largo plazo. Los pacientes hoy en día exigen multidisciplinariedad, y es aquí, en la conjunción de todas las especialidades, donde cada una de ellas puede aportar su conocimiento, materiales y técnicas en beneficio del paciente.

COSMÉTICA COMO COMPLEMENTO DE LA ORTODONCIA

El ortodoncista debe planificar, previo al tratamiento con ortodoncia, las futuras necesidades estéticas que presentará el caso. Cualquier maloclusión por tratar, quizás habrá producido desgastes sobre determinados dientes que en el momento de finalizar el tratamiento y situar determinados dientes en las situaciones idóneas se traducirán en defectos anatómicos a ser subsanados. Por eso, en ocasiones, es el odontólogo restaurador el que deberá guiar al ortodoncista en determinados movimientos que luego optimizarán la restauración completa del diente. (Figura 10)

El tratamiento ortodóntico en caso de implicaciones estéticas de espacio dental y nivelación gingival deberá ser guiado por criterios de proporción dentaria, donde, independientemente del desgaste que presente cada diente, es habitual que el ancho dentario permanezca inalterado, lo que da una idea inequívoca de la altura que deberá presentar cada diente particular. Para ello, resulta útil realizar protocolos de comunicación de diseño de sonrisa para facilitar la interacción multidisciplinar y plantear unos objetivos comunes en cada una de las especialidades.

El ortodoncista debe estar coordinado con el restaurador a la hora de elegir una óptima distribución de espacios y si estos debieran dejarse en mesial, distal o en ambos lados en caso de que exista un déficit mesiodistal. Esto en cuanto a la horizontalidad de distribución de espacios. Muchas de estas decisiones se toman en función del biotipo gingival y del diámetro radicular. (Figura 11)

La nivelación gingival mediante movimientos de torque radicular, extrusión e intrusión muchas veces es determinante a la hora de elegir la técnica para corregir estos desajustes de tejido blando. El provocar un movimiento más rápido o lento llevará consigo consecuencias en la creación de hueso, por lo que, dependiendo de lo que se quiera conseguir, favorecerá el ortodoncista una determinada situación. En ocasiones, sobre dientes, determinará la necesidad de realizar procedimientos de alargamiento coronario mediante gingivectomía exclusivamente o deberá ser acompañados de osteotomía, técnica con una morbilidad mayor.

Además, si el ortodoncista es conocedor de donde se ubicarán los ejes incisales de la futura rehabilitación, podrá facilitar la palatinización o lingualización que provocará que las necesidades de reducción dentaria y preparación del sustrato para la nueva restauración sean menos agresivas. (Figura 12)

COSMÉTICA COMO COMPLEMENTO EN TRATAMIENTOS PERIODONTALES

En ocasiones, tras la desinflamación consecuencia del tratamiento periodontal, aparecen unos espacios poco estéticos en el aspecto interproximal. Estos se deben a la pérdida de hueso interdental en la cresta alveolar. Esta situación puede ser salvada si el paciente se somete, tras la desinflamación y estabilización de los tejidos, a un tratamiento de ortodoncia que podrán reducir estos espacios mediante movimientos ortodónticos apoyados o no de stripping o reducción interproximal (*una forma de ameloplastia*) que, además, muchas veces se tendrán que ver complementados con tratamientos de cosmética mediante adición de composite. (Figura 13)



Figura 11.

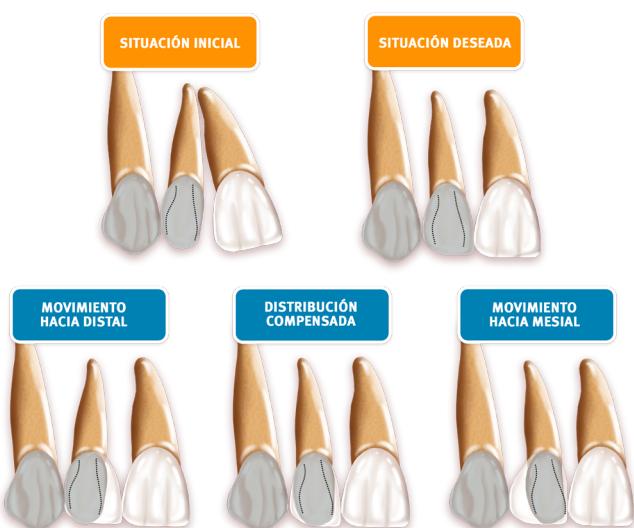


Figura 10.

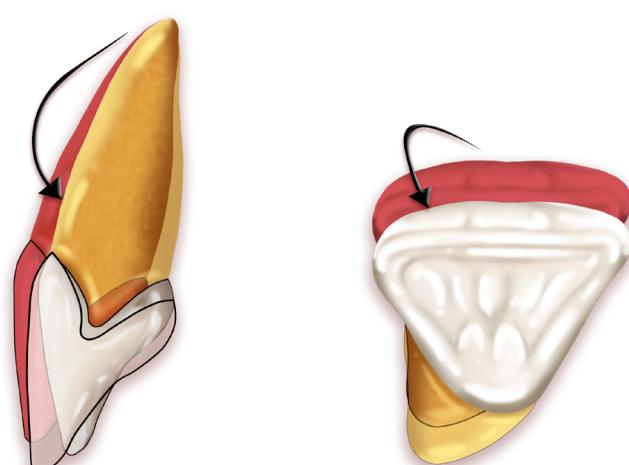


Figura 12.

La adición de composites en el espacio interproximal generado se realizará sin necesidad de destrucción de tejido dentario. Deberá evitarse en la medida de lo posible la creación de una superficie retentiva debido al sobrecontorno que va a generarse, por lo que aquellas zonas próximas a la encía deberán quedar perfectamente ajustadas. Estos rellenos, además de tener un efecto estético, pueden ser beneficios al lograr disminuir el acúmulo de comida durante la masticación.

En ocasiones, al quedar cemento radicular expuesto, consecuencia de la patología periodontal, las restauraciones se adherirán allí, por lo que la técnica deberá ser especialmente cuidadosa y se debe elegir bien la indicación al ser conoocedores que la adhesión a cemento radicular dista mucho de las propiedades que se obtienen en esmalte.

Las superficies interproximales deben quedar perfectamente pulidas, las restauraciones deben facilitar la higiene, nunca impedirla, de lo contrario no se tendría en cuenta el principal fin del tratamiento periodontal que es proveer a los tejidos que rodean el diente de un entorno más favorable en cuanto a función e higiene.

Sobra decir que, el efecto de añadir composite en estos espacios negros se traducirá en un cambio de las proporciones dentarias, resultando unos dientes más alargados o rectangulares. (Figura 14)

COSMÉTICA COMO COMPLEMENTO EN TRATAMIENTOS REHABILITADORES

La prótesis es la especialidad de la odontología que rehabilita los dientes o la ausencia de los mismos, devolviendo a estos la función y forma necesarias para la realización de las principales funciones del aparato estomatognático de habla, deglución y masticación. En la odontología contemporánea cobra especial importancia la estética, por ser esta demandada por los pacientes. Es importante dar a la rehabilitación un aspecto natural que, además, preserve el máximo de estructura dentaria y promueva la salud de los tejidos a su alrededor. (Figura 15)



Figura 13.



Figura 14.

En el caso particular de la prótesis fija sobre dientes, las prótesis fijas deberán respetar a los tejidos circundantes evitando sobre o infracontorneos. Es por ello por lo que en situaciones donde se tenga que dar cobertura y proteger el espacio interproximal adyacente, muchas veces el diente a mesial o distal del diente que se va a rehabilitar deberá ser reconformado con composite que facilite la consecución de objetivos de la futura prótesis en cuanto a mantenimiento periodontal.

En el momento en que la especialidad de la prótesis aparece para sustituir un diente ausente, será crítico el tiempo transcurrido desde la exodoncia o avulsión. En ese tiempo y en función de la biología y la oclusión que perdura, los dientes adyacentes al espacio y antagonistas pueden sufrir migraciones horizontales o verticales respectivamente, invadiendo el espacio de la futura restauración. Si no es restaurado el espacio que ocupaba el diente, existirá un déficit de forma, tamaño y función en oclusión que ocasionará problemas en un futuro. Por ejemplo, un molar mesializado dejará un espacio interproximal aumentado que dificultará la higiene en el momento de restaurar la pieza ausente. (Figura 16)

Cuando se va a sustituir un diente anterior mediante prótesis fija implantesoportada, es importante que el odontólogo restaurador facilite al implantólogo una maqueta de la posición final protostodóntica deseada, pues ello determinará la profundidad de la osteotomía y/o de las necesidades volumétricas de tejido blando y duro para rehabilitar la zona desdentada. En función de la futura prótesis se determinará si, además de ello, para suplir carencias interproximales en los adyacentes, es interesante plantear un complemento restaurador sobre ellos. (Figura 17)



Figura 14.

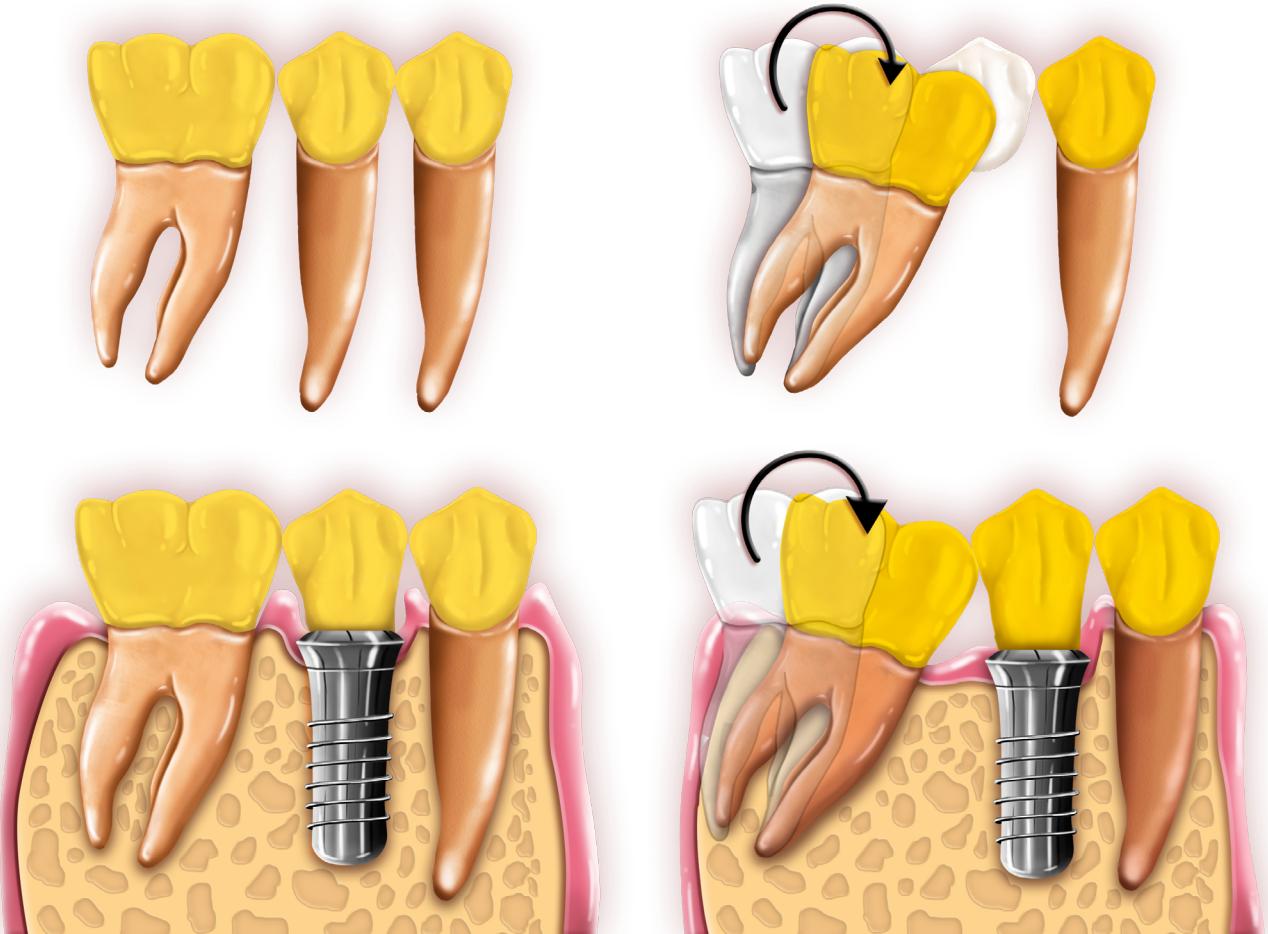


Figura 15.



Figura 17.

BIBLIOGRAFÍA

1. GKANTIDIS, N.; CHRISTOU, P.; TOPOUZELIS, N. The orthodontic-periodontic interrelationship in integrated treatment challenges: a systematic review. *Journal of oral rehabilitation*, 2010, vol. 37, no 5, p. 377-390.
2. DIETSCHI, Didier. Optimizing smile composition and esthetics with resin composites and other conservative esthetic procedures. *European Journal of Esthetic Dentistry*, 2008, vol. 3, no 1.
3. MAGNE, Pascal; DOUGLAS, William H. Rationalization of esthetic restorative dentistry based on biomimetics. *Journal of Esthetic and Restorative Dentistry*, 1999, vol. 11, no 1, p. 5-15.
4. SPEAR, Frank M.; KOKICH, Vincent G. A multidisciplinary approach to esthetic dentistry. *Dental Clinics of North America*, 2007, vol. 51, no 2, p. 487-505.
5. MAGNE, Pascal; MAGNE, MICHEL; BELSER, URS. Natural and restorative oral esthetics Part II: Esthetic treatment modalities. *Journal of Esthetic and Restorative Dentistry*, 1993, vol. 5, no 6, p. 239-246.