

**Dra. Mara Rodríguez Escudero**

Licenciada en Odontología
Especialista en Odontología Estética por la UCM
Práctica privada. Estética Dental

Dr. Roberto C. Aza García

Licenciado en Odontología
Práctica privada. Endodoncia

Dr. Francisco M. Rodríguez Escudero

Médico-Odontólogo
Magister en Periodoncia por la UCM
Profesor de Periodoncia en la UEM
Codirector del Máster Oficial de Periodoncia Avanzada de la UEM
Práctica privada. Periodoncia e Implantes

Incisivos laterales conoides en un paciente joven: ¿agresividad o suavidad?

PALABRAS CLAVE

Diente conoide, carillas de composite, estética dental, paciente joven.

RESUMEN

En este artículo explicamos los principios básicos estéticos para dientes del sector anterior. Con ello y de la manera más conservadora, proponemos la resolución de casos de incisivos laterales conoides en pacientes jóvenes de la manera menos agresiva posible, dejando abiertas todas las posibilidades rehabilitadoras posteriores posibles.

INTRODUCCIÓN

Con más frecuencia, se nos presentan en la consulta casos de

pacientes que demandan mayor estética dental a edades más tempranas. Por eso y frente al bombardeo recibido por parte de los medios de comunicación, de sus familiares y amigos, los profesionales debemos estar preparados para dar un “toque de cordura”, orientar y tratar a este nuevo perfil de paciente ya que si no se les “lleva” por el buen camino, acabarán con barbaridades como desvitalizaciones dentales para colocar unas coronas metal-porcelana sin dar más opciones a esos dientes que sólo llevan erupcionados en boca unos pocos años y que no tienen más problema que la mala integración estética y en algunos casos como el que se presenta, también mala función.

Por tanto, debemos estar dispuestos a ofrecer otras técnicas mucho más conservadoras que permitan a esos dientes seguir adelante y cuando la estética o la función fracasen, el paciente pueda

Figura 1





Figura 2

mantener abierto el mismo abanico de oportunidades como si el diente no hubiera sido tratado.

TRATAMIENTO

Presentamos a Jaime, paciente de 15 años en pleno furor adolescente con todo lo que ello conlleva, incluida la promesa de sus padres de que una vez acabado el tratamiento ortodóncico de tres años, resolverían la estética de sus incisivos laterales conoides (Figuras 1, 2 y 3)-

Tras escuchar sus demandas estéticas, le proponemos la única



Figura 3

opción para nosotros válida en estos casos, que es cerrar diastemas y convertir los dientes conoides en otros con una anatomía "normal" sin necesidad de endodoncias ni tallados agresivos, aunque en estos casos no suelen ser necesarios ya que el espacio para la corona metal-porcelana ya está hecho. Por tanto, lo resolveremos con carillas de composite en 1.2 y 2.2 y terminaremos de cerrar los diastemas con obturaciones en 2.1, 2.3 y 1.1 (Figuras 4, 5 y 6); así con una preparación dental mínima, conseguiremos armonizar el tamaño dentario, estabilizar la oclusión y al cerrar los diastemas, evitar la migración dental tras la ortodoncia (1-9).

Caso Clínico



Figura 4

En la primera cita tras presentar nuestro plan de tratamiento, vamos a tomar una impresión para hacer el encerado y obtener una llave de silicona que cortaremos a nivel incisal para posicionarla en la cara palatina de los dientes a restaurar y construir a partir de ahí.

En nuestro caso, Jaime carecía de papilas entre 1.2-1.1 y 2.1-2.2 (Figuras 1, 2 y 3). Debido a esa falta de contacto interdental, al restaurarlo modificando los contornos interproximales de los dientes adyacentes, conseguimos la formación “progresiva” de papila (Figuras 4, 5 y 6). Ésta era predecible gracias a los estudios de Tarnow (10), en los que si tenemos una distancia de 5 mm o menos desde el punto de contacto a la cresta ósea, conseguiremos rellenarlo de encía, a costa de ensanchar los dientes. También podíamos haber dejado pequeños diastemas para que el tamaño dental hubiera sido menor y más simétrico a ambos lados de la línea media. Pero no hubiéramos conseguido la estética gingival deseada (11-15).

A esto hemos de añadir que el 2.1 inicialmente era más cuadrado por la posición del reborde gingival y se ha mantenido esa desproporción, en unos años si la encía no ha migrado a la posición definitiva correcta, nos plantearíamos el alargamiento coronario con una gingivectomía. En este caso, el fin es lograr una estética adecuada siendo lo menos intervencionistas posible.

DISCUSIÓN

Los dientes pueden presentar formas anómalas que hacen que se produzca una maloclusión por falta de contacto dentario normal. Estos dientes hipoplásicos son la anomalía de forma más frecuente, está causada por el debilitamiento funcional del órgano dental, lo que genera un diente pequeño, es decir, un diente conoide (Figuras 2 y 3). Aparecen más frecuentemente en el grupo de incisivos y dentro de ellos, prevalecen los incisivos laterales superiores de manera uni o bilateral y dientes supernumerarios. Tanto la corona como la raíz tienen forma conoide por lo que el diente en conjunto, asemeja la forma de dos conos unidos por sus bases, siendo más largo el radicular (16).

Por este pequeño tamaño dental, se generan unos espacios interdentes, antiestéticos que dificultan la higiene, conocidos como diastemas (Figuras 1, 2 y 3). Éstos en dentición temporal y mixta son fisiológicos, son los encargados de mantener espacio suficiente para albergar los dientes definitivos, más grandes tanto en sentido mesio-distal como inciso-cervical, por tanto, en esta fase son normales y desaparecen espontáneamente. Si no es así, como en este caso, trataremos los espacios para eliminarlos o al menos disminuirlos al máximo.

Valoraremos la cantidad de diente que enseña con el labio en



Figura 5



Figura 6

Caso Clínico



Figura 7

reposo, durante el habla y en sonrisa. A la hora de abordar un plan de tratamiento estético tendremos que tener en cuenta cinco puntos fundamentales: posición dental, niveles gingivales, forma, color y contorno dental. El punto de partida siempre serán los incisivos centrales superiores, deben ser simétricos en forma, color y márgenes gingivales y desde luego, predominar en la sonrisa (17). Como ya hemos comentado, los incisivos laterales superiores son los dientes que mayor número de variaciones presentan y permiten tanto de forma, posición, diámetro mesiodistal de la corona clínica como de márgenes gingivales; suelen ser dientes similares a los centrales pero en pequeño con los ángulos más redondeados.

Aunque las dimensiones ideales de los incisivos centrales y laterales superiores no pueden deducirse de forma científica, independientemente de las múltiples teorías al respecto, como la forma de la cara (cuadrada, triangular, ovoide), promedios estadísticos, proporción áurea, tamaño de los incisivos inferiores respecto a los superiores..., el hecho de que existan tantas posibilidades indica que ninguna es realmente definitiva para determinar el tamaño y forma dental ideal. A todo esto hay que añadirle los criterios subjetivos que la estética lleva asociados, pero en general podemos adoptar como propiedades estéticamente agradables la relación anchura-altura de la corona clínica de los incisivos centrales superiores del 75-80% y de los laterales del 76-79% (11-14, 18).

Por tanto, observaremos las troneras incisales antes y después de la reconstrucción, normalmente deberían tener forma de triángulo isósceles de base incisal teniendo como límite cervical, el punto de contacto; la base y la altura de las troneras irá aumentando a medida que vamos alejándonos de la línea media; las troneras gingivales se rellenarán con la papila gingival y van desde el punto de contacto hasta cervical; también tienen forma triangular (12, 15, 19).

Para armonizar una sonrisa, tan importante es la estética dental como la gingival, por eso siempre debemos predecir la repercusión de nuestro tratamiento en la salud y arquitectura gingival; por ello tenemos que saber que la morfología interdental depende de la cresta ósea subyacente y de los dientes adyacentes. Una papila sana alcanzará desde casi la mitad del recorrido hasta el borde incisal (5, 10, 20-23); por tanto debemos atender a los puntos o áreas de contacto interdental (serán áreas o puntos dependiendo entre otras de la forma dental) donde además de las normas básicas en las que la zona conectora ideal entre incisivos centrales superiores y laterales es el 40% de la altura de los primeros, se corresponde aproximadamente entre el tercio medio e incisal de ambos dientes y entre Incisivos laterales superiores y caninos es el 30% de la altura de los primeros según la "regla 50-40-30".

Otro factor fundamental para intentar conseguir la naturalidad en nuestras reconstrucciones, es el uso de composites híbridos de nanopartícula como es el caso de Filtek Supreme® de 3M. Nos permite gran versatilidad en el manejo, selección de color, capa-

Caso Clínico

cidad de pulido gracias a la homogeneidad de su superficie, dureza y resistencia a la fractura por la fuerte unión existente entre las partículas nanométricas, lo que aporta las propiedades ópticas necesarias para simular un diente natural e integrarse de manera perfecta.

CONCLUSIONES

Podemos concluir que el resultado no sólo salta a la vista, además estamos manteniendo las futuras opciones de tratamiento de un paciente joven, resolviendo sus demandas estético-funcionales actuales a un coste dental mínimo y a un precio muy razonable (Figura 7).

Siempre hemos de individualizar cada situación para conseguir la mayor armonía tanto en la estética dental, obteniendo formas y colores dentales adecuados, como en la gingival rellenando las troneras gingivales, cuando sea posible.

CORRESPONDENCIA

Me encanta mi dentista S.L.P.
Plaza de Ángel Carbajo, n.º 6, 2.º F-G
28020 Madrid
Tf 915709915
mararodriguez@meencantamidentista.com

BIBLIOGRAFÍA

1. **Fasanaro TS.** Closing anterior diastemas with cosmetic bonding. *J Am Dent Assoc.* 1986 Oct; 113 (4): 592-5.
2. **Dietshi D.** Layering concepts in anterior composite restorations. *J Adhesive Dent.* 2001; 3: 71-80.
3. **Croll TP, Bond J.** Resin-based composite coronal augmentation of diminutive lateral incisors: an update. *Compend Contin Educ Dent.* 2006 Oct; 27 (10): 546-550.
4. **Croll TP, Cavanaugh RR.** Augmentation of incisor width with bonded composite resin: another look. *Quintessence Int* 1990 Aug 21(8): 637-641.
5. **Chee WW, Daftary F.** Esthetic dentistry: applications of the fundamentals. *CDA J.* 1998; 16 (2): 65-69.
6. **Chen DT, Rosenberg SW et cols.** Custom-matrix technique for composite resin restoration of diastemas. *J Prosthet Dent* 1985 Jan; 53 (1): 6-9.
7. **Heymann HO, Hershey HG.** Use of composite resin for restorative and orthodontic correction of anterior interdental spacing. *J Prosthet Dent.* 1985 Jun; 53 (6): 766-771.
8. **Milnar FJ.** Closing anterior interdental spaces and enhancing tooth form using a small-particle hybrid composite. *Compend Contin Educ Dent.* 2006 Feb; 27 (2): 121-5.
9. **Milnar FJ.** Mastering minimal intervention and discretionary aesthetic procedures when placing direct composites. *PPAD.* 2005, Jul; 17 (6): 428-432.
10. **Tarnow, DP, Magner AW et cols.** 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. Periodontal* 1992, 63: 995-996.
11. **Mallat Desplats E.** Fundamentos de la estética bucal en el grupo anterior. Barcelona. Ed. Quintessence. 2001.
12. **Rufenacht C.R.** Fundamentals of Esthetics. Chicago, Quintessence Publishing Co. Inc. Chapter 4: Structural Esthetic Rules 1990
13. **Chiche GJ, Pinault A.** Esthetic of anterior fixed prosthodontics. Chicago Quintessence. 1994.
14. **Touati B.** Odontología estética y restauraciones cerámicas. Ed. Masson. 1999.
15. **Magne, P, Galluci GO, Belser U:** Anatomic crown width/length ratios of uncrown and worn maxillary teeth in white subject. *J. Prosthet Dent* May 2003. 89, 5: 453-461.
16. **Rábago-Vega, José de, Tello Rodríguez, Ana Isabel.** Carillas de porcelana como solución estética en dientes anteriores: informe de doce casos. *RCOE [online].* 2005, vol 10, no.3, pp 273-282.
17. **Spear, F.** The maxillary central incisal edge: a key to Esthetic and functional treatment planning. *Compendium* June 1999 Vol 20, No 6.
18. **Edwin I. Levin, BCHD.** Dental Esthetics and the golden proportion. *J.P.D.* Sept 1978, Vol. 40, nº 3 pp. 244-252.
19. **Baratieri L.N.** Estética: restauraciones adhesivas en dientes anteriores fracturados. *Quintessence* 1998, pp. 35-53.
20. **Blatz, MB, Hürzeler MB.** Reconstrucción de papilas interproximales perdidas. Presentación de planteamientos quirúrgicos y no quirúrgicos. *Revista Internacional de Odontología Restauradora y Periodoncia.* Vol. 3, nº 4, 1999, pp. 389-400.
21. **Bader HI.** Soft-tissue considerations in esthetic dentistry. *Compendium.* 1991; 12: 534, 536-538, 540-542.
22. **Serio FG, Strassler HE.** Periodontal and other soft tissue considerations in Esthetic dentistry. *J. Esthet Dent* 1989; 1 (6): 177-188.
23. **Kurth JR, Kokich V.** Open gingival embrasures after orthodontic treatment in adults: Prevalence and Etiology. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics.* Vol 120, nº 2: 116-123.