



# Imitación de Dientes Naturales con prótesis



**Dr. Christian R. Groves**  
Odontólogo U.B.A.

Recibido de Odontólogo en la facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires en el año 2001.

Desde entonces se dedica al estudio de la Oclusión y la Rehabilitación Oral Implanto asistida.

Luego de haber realizado numerosos Posgrados en la materia, se volvió a la docencia en el área, brindando conferencias a nivel nacional e internacional.

Actualmente, divide su tiempo profesional entre la docencia y la atención de pacientes particulares, otorgando en cada tratamiento una visión interdisciplinaria de la odontología.

Ante cualquier consulta, atenderá a sus colegas telefónicamente al 4247-8926 (Consultorio de Lanús Oeste) o vía E-mail a drgroves.arg@gmail.com.

Muchas veces en nuestra práctica clínica diaria, nos vemos frente a la necesidad de realizar una SOLA corona

en la boca de un paciente que presenta en sus dientes naturales, el deterioro lógico del paso del tiempo que ha ido CARACTERIZANDO a sus piezas dentarias ocasionándoles grietas, fisuras, facetas, manchas proximales, oclusales, retracciones gingivales, exposiciones radiculares, pérdida del espesor del esmalte, fracturas, oscurecimiento, etc.

Otro gran inconveniente a la hora de devolver una sola pieza dentaria en este tipo de pacientes, es conocer cómo lograr no alterar la oclusión del mismo. De esta manera surgen espontáneamente, las dudas sobre en qué posición realizar esta corona.

¿Realizo la corona en oclusión en relación céntrica? ¿La realizo en oclusión habitual? ¿Tengo que utilizar un articulador totalmente ajustable?

¿Tengo que utilizar un articulador semi ajustable o un oclusor? ¿Hace falta usar algún tipo de articulador por una sola corona?

La realidad indica que, conociendo las reglas de la oclusión y la alineación dentaria individual y de conjunto, no es necesario utilizar ningún tipo de articulador.

Es más, tampoco sería necesario la impresión de un maxilar antagonista. Aunque, a decir verdad, la explicación de dicho procedimiento sería motivo de un artículo aparte.

Pero lo más interesante, surge de la necesidad de imitar las características naturales de los dientes de un paciente, que ha sufrido el paso del tiempo, y a quien quizás no le importe la realización de un blanqueamiento previo a la restauración protética, dado que no le importa el mandato social actual en cuanto a lo que "estética" se refiere hoy por hoy, o que quizás considera innecesario abonar el costo de los mismos, por considerarlo un tratamiento COSMÉTICO, y no un tratamiento que mejore las condiciones de su salud bucal. Sin mencionar, la necesidad de mantenimientos para evitar la recidiva del color.

De esta manera es necesario entender como el paso del tiempo altera la anatomía dentaria, sin que esto quizás, se traduzca en una condición netamente patológica.

Resulta útil, entonces, tratar de generar un PROTOCOLO de imitación dentaria, que nos permita lograr obtener similares CARACTERIZACIONES a las presentes en las piezas dentarias naturales que no hayan recibido tratamiento odontológico.

### **PROTOCOLO DE IMITACIÓN DENTARIA:**

Consta de los 3 siguientes pasos:

- 1) Determinación del biotipo dentario.
- 2) Análisis de las características propias de la pieza dentaria.
- 3) Análisis de las características adquiridas por el paso del tiempo.

## **1) ESTUDIO DE LA ANATOMÍA DENTARIA**

Es bien sabido que existen tres tipos de forma dentaria, la triangular, la cuadrada y la ovoide.

Cada una de ellas posee características propias y comunes, que hacen imperativo su conocimiento para intentar lograr nuestro objetivo.

### **FORMA DENTARIA CUADRADA:**

Bordes rectos con los lóbulos y las líneas de transición angulares acentuadas y paralelas.

### **FORMA DENTARIA OVOIDE:**

Bordes redondeados con líneas de transición angulares suaves (sin lóbulos) que convergen en incisal y cervical (Forma de "barril").

### **FORMA DENTARIA TRIANGULAR**

Silueta recta con las líneas de transición angulares marcadas y lóbulos convergentes hacia cervical (inclinación característica del borde distal).

Todas las piezas dentarias están sujetas a las reglas generales de las proporciones anatómicas individuales y de conjunto.

Todas poseen 3 lóbulos de desarrollo dentario (El lóbulo mesial, medio ó central y el distal).

Por regla general, el lóbulo mesial, siempre se halla más hacia vestibular que el distal. El lóbulo central es el más prominente hacia vestibular.

El canino es el primer diente que no nos "muestra" el lóbulo distal, cuando lo miramos de frente, ya que este comienza a ser tapado por el lóbulo medio.

A su vez, las piezas dentarias superiores, son generalmente de mayor tamaño que las inferiores, cuando hablamos de los mismos grupos dentarios (Incisivos, caninos, premolares y molares).

Otra regla general, habla de que las cúspides fundamentales poseen el 60% del ancho Vestíbulo/palatino-lingual; En cambio, las cúspides no fundamentales, abarcan el 40% restante, a excepción del primer premolar superior.

## 2) las piezas dentarias poseen características innatas:

La **opalescencia** es una propiedad óptica del esmalte y se refiere a la capacidad de transmitir una determinada gama de longitud de onda de la luz natural (los tonos rojo-anaranjados) y reflejar otros (los tonos azul-violeta).

El esmalte, en el borde incisal y en la unión amelodentinaria, normalmente exhibe un efecto transparente azulado bajo la luz directa y un tono naranja opalescente bajo luz indirecta.

La **translucidez** es el aspecto resultante de la combinación entre la, opacidad completa (marfil) y la transparencia completa (cristal).

Los dientes, en sus bordes incisales, muestran este fenómeno mientras haya espesor de esmalte (diente joven). Con el paso del tiempo,

el borde incisal se **faceta** perdiendo el espesor de esmalte y el efecto de translucidez, quedando en algunos casos expuesta la dentina.

La **textura superficial** está íntimamente relacionada con el color a través del brillo, en forma directamente proporcional.

Los dientes jóvenes presentan una topografía superficial muy acentuada, por ello reflejan más la luz que les incide y parecen ser más brillantes y más grandes.

La textura se atenúa al envejecer, disminuyendo por desgaste u erosión el espesor de esmalte, con el resultado de una menor reflexión de la luz y un oscurecimiento y aparente achicamiento de los dientes. (Fig.1)



*Figura 1. Nótese la micro textura horizontal y la macro textura vertical; El borde incisal con translucidez y pigmentaciones blanquecinas, todas características de un diente joven.*

De los tres componentes del **color**, el **valor** (también llamado luminosidad o brillo), es el más influyente y está relacionado con la textura superficial. (A mayor textura, mayor brillo)

Seguido del *croma* (saturación o intensidad del color). Valor y *Croma* (brillo y saturación) están inversamente relacionados. Un incremento en el *croma* (ej: Dentina radicular) provoca una disminución del brillo y el hue (tono o matiz, es el color mismo o "nombre" del color. Ej: amarillo, blanco, rojo).

El tercio medio de las coronas es el más brillante, seguido por el tercio gingival y por último el incisal, que absorbe luz siendo el menos brillante.

La fluorescencia es un parámetro complementario, esta hace que el diente se vea más brillante y blanco con la luz del día. Se define como la capacidad de absorber la energía luminosa y reemitirla en una longitud de onda diferente. La dentina parece ser tres veces más fluorescente que el esmalte, esto provoca una "luminiscencia interior", que algunas marcas comerciales de cerámicas dentales intentan reproducir.

*Todos estos conceptos deben llevarse a la práctica clínica, ser tomados en cuenta y comunicados al laboratorio.*

*Debemos tomar en cuenta si hay o no translucidez en el borde incisal, en base a los dientes vecinos y a la edad del paciente.*

*Tenemos que ver también como es la textura superficial y el color de la pieza a imitar, además de realizar una toma de color por sectores.*

*La tendencia actual es tomar el color dentario con tubos de luz de alto índice de refracción de la luz, de manera de no alterar los colores.*

*Se divide al diente en novenos y se toma el color en cada sector. En gingival (poco espesor de esmalte) se considera a este color como el color dentinario.*

*En incisal (poco espesor de dentina) se considera a este como el color del esmalte.*

3) Es necesario detenernos a estudiar si la boca de nuestro paciente presenta facetamientos, presencias de islas dentinarias, pigmentaciones proximales, gingivales, o cualquier otro rasgo que la haga única, como ser una fractura, grieta o pigmentación especial. (Figura 2).



*Figura 2. Paciente de 65 años, en donde se imitaron las características con una corona en 1.5. Notar que el 1.4 (pieza dentaria natural), presenta facetamientos, grietas de esmalte, retracciones gingivales, exposición radicular, pigmentaciones radiculares, gingivales y proximales, que fueron imitadas en la resolución protética del 1.5.*

Toda esta información debemos volcarla en nuestro provisorio, el cual es la última instancia clínica, antes de darle a nuestro laboratorio los espesores necesarios para obtenerla imitación requerida, con los materiales a que estemos acostumbrados a rehabilitar a nuestros pacientes. (Figura 3)



*FIGURA 3. Paciente de 30 años que desea realizar coronas en el 1.1 y 2.1. Se trata de una boca con leves retracciones gingivales, presencia de raíces expuestas producidas por las filtraciones de las coronas previas y suaves pigmentaciones proximales y cervicales.*

Dependiendo de si nuestra corona sea confeccionada en metal/porcelana o en sistemas cerámicos puros, variaran los espesores de desgaste, pero NO la filosofía de generar en nuestro provisorio la misma anatomía y caracterizaciones que aspiremos a obtener en nuestra corona definitiva.

Siendo de esta forma, la única diferencia entre corona provisorio y definitiva, el tipo de material restaurador. (Figura 4).



*Figura 4. Provisorio realizado con la técnica del dado.*



*Figura 4. Restauración definitiva metalocerámica con adaptación de cerámica pura por vestibular.*

Una forma de trabajar es realizando una impresión de maxilar total, en donde se halla la pieza dentaria tal cual como la recibimos.

Tomamos una impresión total de antagonista, y enviamos al laboratorio para realizar un encerado de tratamiento en la pieza a restaurar.

De este encerado podremos obtener guías de tallado (para corroborar nuestro espesor de tallado hacia las caras libres y oclusales, con el uso de una sonda milimetrada), y una llave de reproducción para realizar el provisorio con la forma deseada.

La comunicación con el laboratorio es fundamental, y la fotografía facilita la interpretación de los objetivos a alcanzar.

El uso de coronas provisorias de acrílico de termocurado, nos brinda la posibilidad clínica de estabilizar los tejidos blandos, acompañados de una estética similar a la que podremos obtener en cerámica, durante un periodo de tiempo que consideremos necesario. (Figura 5).



*Figura 5. Corona provisoria de termocurado en paciente joven, utilizada para lograr una estética superior a los provisorios realizados en el consultorio con la técnica del dado. Nótese la presencia trilobular, el área translúcida del borde incisal, la copia del borde incisal irregular del 1.1 en el provisorio y la presencia dentinaria trilobular subyacente al esmalte y de pigmentaciones incisales, proximales y gingivales.*

En los casos de rehabilitación oral compleja, se trata de copiar las características propias del paso del tiempo en las piezas en las cuales no realizaremos tratamiento alguno, y que no lo hayan tenido jamás.

Estas nos servirán de guía, junto con la edad del paciente, para crear la imitación de cómo se verían sus propias piezas dentarias, si nunca hubiesen recibido tratamiento. (Fig. 6)



Figura 6. Paciente de 75 años, en donde se realizó una rehabilitación total de maxilar superior. Se tomaron las caracterizaciones en base al paso del tiempo en su maxilar inferior, que no fue tratado con prótesis, sirviendo de guía para realizar el bizcochado y posterior glase de las cerámicas.

Es por todo lo expresado en este artículo, que creo necesario y muy práctico, tener un protocolo que nos permita a todos obtener el mismo resultado.

La utilización de un pormenorizado y secuencial análisis por pasos, hace que el entendimiento por parte del odontólogo y el técnico de laboratorio sea más profesional a la hora de encarar una imitación dentaria con prótesis fija.

Vuelvo a recalcar la importancia de la comunicación fotográfica con el laboratorio, de cada una de las pruebas clínicas.

Tal es así, que no hay mejor toma de color que la que se haga en el laboratorio, ó bien, de la que se obtenga al colocar un provisorio de termocurado durante un período de tiempo en la boca de nuestro paciente.

Esta última elección de tratamiento hace que el paciente tenga más confianza en el resultado que obtendremos al finalizar el tratamiento.

## BIBLIOGRAFIA

- Restauraciones de porcelana adherida en los dientes anteriores. Método biomimético. Pascal Magne-Urs Belser. Quintessence books
- Oclusión y diagnostico en rehabilitación oral. Alonso-Albertini-Bechelli. Ed. Médica Panamericana.
- Rehabilitación estética en prostodoncia fija. Volumen 1. Análisis estético. Un acercamiento sistemático al tratamiento protésico. Fradeani, Mauro. Quintessence books.