

PRINCIPIOS DE ESTÉTICA

EN

IMPLANTOLOGÍA

Y

REHABILITACIÓN



Dr. Jorge Brizuela

odontólogo

www.jorgebrizuela.com

Hoy en día, todo el mundo quiere ser “bello”. En la sociedad contemporánea, altamente competitiva, una apariencia armónica en muchas ocasiones significa la diferencia entre el éxito y el fracaso, tanto personal como profesional. Debido al hecho de que la boca está localizada en uno de los puntos focales de la cara, la sonrisa es uno de los principales aspectos involucrados en el concepto de una apariencia armónica.

En la Odontología, la estética representa una preocupación constante, tanto por parte del paciente como del Odontólogo. Cualquier alteración en la apariencia estética puede provocar implicaciones psicológicas que pueden ir desde una simple mueca, para esconder el defecto, hasta la más grande introversión. Se dice que “LOS OJOS SON EL ESPEJO DEL ALMA Y LA SONRISA DEL CORAZÓN” y también podemos asegurar sin temor a equivocarnos que “LA SONRISA ES NUESTRA MEJOR TARJETA DE VISITA”.

Es muy importante tener en cuenta que el paciente que acude a la consulta demandando un tratamiento estético es un “paciente” pero no es un enfermo, y es muy importante conocer lo que le preocupa y disgusta de su sonrisa, así como también es muy importante percibir el “NIVEL DE EXIGENCIA” que tiene el paciente.

La Odontología actual no se limita exclusivamente a la prevención y eliminación de la enfermedad. La práctica actual de la Odontología estética incluye también procedimientos electivos destinados a mejorar el estado de salud a la vez que se resuelve el problema estético. Este tipo de tratamientos estéticos están siendo cada vez más aceptados por nuestros

pacientes porque implican menos destrucción dentaria, y de esa manera resolvemos a la vez el problema de salud y el problema estético.

El paciente desea un aspecto físico lo mas estético posible, nuestra capacidad para comunicar y mostrar visualmente los resultados potenciales de los procedimientos estéticos es esencial, ya que en la mayoría de los casos estos tratamientos resultan más caros que otros. Someterse a un procedimiento de Odontología estética a menudo implica un gasto quizá no previsto por el paciente, éste podía ser consciente de su problema estético pero a la vez ignorar su posible solución. Casi todos los pacientes presentan aspectos estéticos que pueden mejorarse. (Foto N° 1)



Foto N° 1

El paciente presenta un problema de calcificación en el esmalte, el cual no representa ningún problema de salud para él y nunca se planteó darle solución, pues creía que sería necesario un tratamiento muy radical para resolverlo (una funda), sin embargo por medio de “Microabrasión”, un tratamiento muy sencillo y conservador, es posible resolver el problema. (Foto N° 2)



Foto N° 2

Un problema similar, en este caso la mancha es de color marrón y está situada en el canino superior derecho, el tratamiento es el mismo: Microabrasión. (Fotos N° 3 y N° 4)

La Microabrasión se realiza mezclando piedra pómez en polvo y ácido hidroclicórico al 18%.

Es muy importante colocar siempre dique de goma para evitar el contacto del ácido con los tejidos blandos.



Foto N° 3



Foto N° 4

ANALISIS DE LA SONRISA

Durante la exploración clínica es fundamental tener muy en cuenta los siguientes aspectos:

1º - Asimetría Facial.

Debemos tener siempre en cuenta que un lado de la cara debería parecer como si se reflejase en un espejo con respecto al otro, por lo tanto debemos observar cualquier asimetría que pudiera tener relación con la estética dental (labios, carrillos, etc.).

2º - Línea Media.

Existen dos, la Línea Media Facial y la Línea Media Dental, ésta última además puede ser Línea Media Dental Superior y Línea Media Dental Inferior.

Idealmente, la Línea Media Facial debe coincidir con la Línea Media Dental tanto Superior como Inferior. En caso de que no coincidan y estemos realizando un tratamiento estético rehabilitador, es fundamental que si no podemos conseguir que las Líneas coincidan, es imprescindible para un buen resultado estético que por lo menos las Líneas sean paralelas entre sí. (Foto Nº 5)



Foto N° 5

3º - Plano Incisal.

Debemos siempre comprobar que el Plano Incisal sea el correcto, el Plano de Camper nos puede ayudar a comprobar si es el correcto, o en su defecto, que diente o dientes tendremos que corregir.

4º - Posición de los Centrales y Edad Incisal.

Los incisivos centrales son los que van a determinar toda la rehabilitación estética que vayamos a realizar sin olvidar la Línea Media Facial.

Observar siempre el desgaste incisal que puedan presentar los dientes, recordemos que hoy en día el 90% de los pacientes padece bruxismo por causa del estrés. (Fotos N° 6 y N° 7)



Foto N° 6



Foto N° 7

5º - A la vista (Lo que se ve).

- Posición M (posición de reposo).
- Posición E (máxima sonrisa).

Es importante observar la posición del labio para determinar si el paciente muestra una sonrisa blanca o por el contrario una sonrisa gingival (sonrisa rosa). Este tipo de problemas se resuelven con una sencilla intervención que se llama Alargamiento Coronario.

Sus indicaciones son: coronas clínicas cortas y asimetría entre un lado y otro.

Las contraindicaciones son: raíces cortas, problemas periodontales y mala higiene. (Fotos Nº 8 y Nº 9)



Foto Nº 8



Foto N° 9

- Línea Intercomisuras Inferior.
- Corredor Bucal.

6º - Tamaño.

- Ancho y largo de los Incisivos Centrales.

El incisivo central está considerado el diente de la edad, a mayor tamaño mayor sensación de juventud.

- Asimetrías dentales.
- Relación Central-Lateral-Canino (Ley Áurea).

7º - Macro Estética.

- **Inclinaciones Axiales.**
- **Troneras Incisales.**
- **Conectores.**
- **Dominancia de los Centrales.**
- **Diastemas. (Fotos Nº 10 y Nº 11)**
- **Triángulos negros. (Fotos Nº 10 y Nº 11)**
- **Troneras.**
- **Forma del Arco Facial y de la Arcada.**



Foto Nº 10



Foto N° 11

8º - Micro Estética.

- **Rotaciones.**
- **Contorno de los dientes.**
- **Desgastes, craks y fracturas.**
- **Restauraciones visibles feas.**
- **Color de los dientes.**
- **Hipocalcificaciones.**
- **Manchas y decoloraciones.**
- **Translucidez Incisal. (Foto N° 12)**
- **Anatomía de la superficie.**

- **Textura de la superficie.**



Foto N° 12

9º - Tejidos.

- **Cantidad de encía visible.**
- **Forma de la papila.**
- **Forma de la cresta.**
- **Espacios y recesiones. (Fotos N° 13 y N° 14)**
- **Grosor.**
- **Color, pigmentación.**
- **Encía adherida.**
- **Posición del frenillo.**
- **Simetría.**



Foto Nº 13



Foto Nº 14

Paciente con severas recesiones en los caninos y grandes pérdidas de esmalte como consecuencia de bulimia. El caso fue tratado mediante injertos de colgajos desplazados en la zona de caninos y posteriormente colocación de carillas de porcelana. (Fotos N° 13 y N° 14)

10º - Edad.

- **Ancho y largo de los centrales.**
- **Volumen interlabial y espacio interoclusal.**
- **Siluetas por transparencia.**
- **Color.**
- **Facetas de desgaste.**

11º - Sexo.

- **Proporciones entre centrales y laterales.**
- **Forma de los cuellos.**
- **Forma incisal de los laterales.**

12º - Personalidad.

- **Largo de los caninos.**
- **Proporción divisoria de caninos y laterales.**
- **Diseño de los caninos.**
- **Perfil de los caninos.**

INJERTOS OSEOS

En los inicios de la Implantología se colocaban los implantes en el sitio en donde el cirujano localizaba hueso suficiente para su colocación, sin embargo hoy en día es la estética y el encerado de diagnóstico los que determinan la posición donde el implante debe ir emplazado, independientemente de que haya hueso suficiente o no. Esto provocó que las técnicas de regeneración, incluidos los injertos óseos mejorasen, de tal manera que hoy en día prácticamente es posible colocar los implantes en el sitio deseado. (Fotos Nº 15, Nº 16, Nº 17 y Nº 18)

Tipos de Injerto:

- **Injerto en bloque:** Pueden ser de cresta iliaca, mentón, tuberosidad, zona retromolar, etc.
- **Injerto particulado:** Pueden ser de tibia, cresta o de biomateriales.

El mejor material para realizar un injerto es el hueso autólogo debido a que reúne los siguientes requisitos:

- **Es Osteogénico:** Debido a que contiene una gran cantidad de osteoblastos.
- **Es Osteoinductor:** Con lo cual favorece la formación de nuevas células óseas.
- **Es Osteoconductor:** Favorece la migración de células óseas cercanas hacia otras zonas.



Foto N° 15

Paciente de 19 años que perdió traumáticamente el incisivo central superior izquierdo a los 11 años de edad.

Debido al tiempo transcurrido observamos una profunda depresión en la zona vestibular que impide la colocación de un implante, haciendo necesaria la realización de un injerto óseo.

La incisión debe ser amplia y abarcando el periostio, obsérvese que no se hacen incisiones de descarga, por lo tanto será necesario a la hora de reposicionar el colgajo desprender el periostio y desplazarlo coronalmente, intentado evitar lo máximo posible el exceso de tensión en el colgajo a la hora de la sutura.

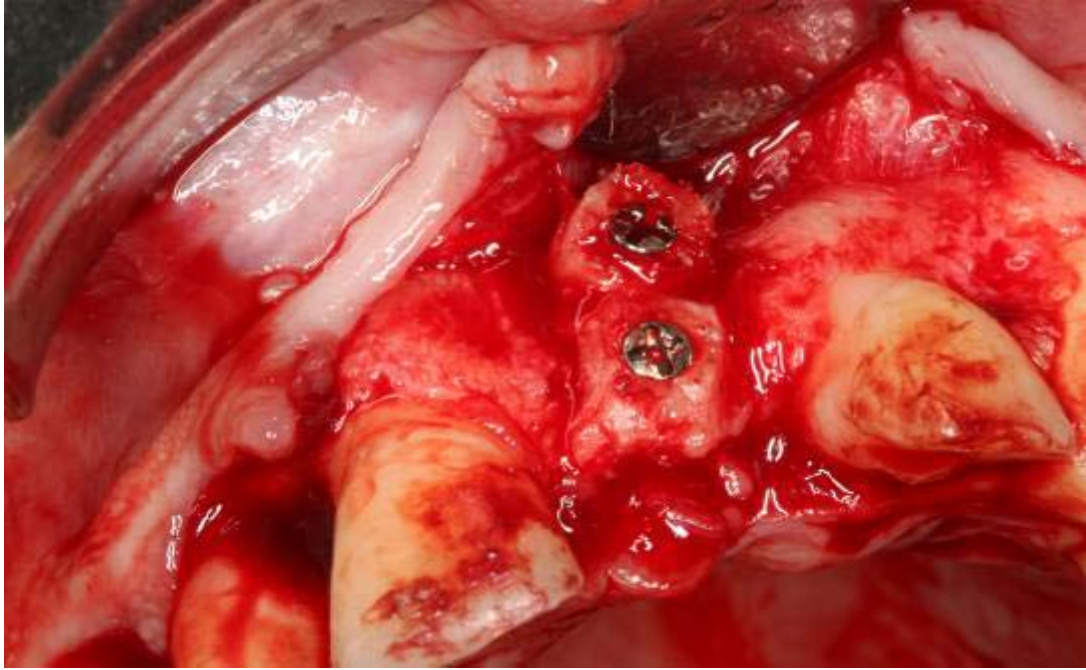


Foto N° 16

De la zona retromolar obtenemos dos bloques de hueso que se fijan con tornillos de titanio. Estos tornillos deberán ser retirados a los 6 meses una vez conseguida la fijación del injerto.

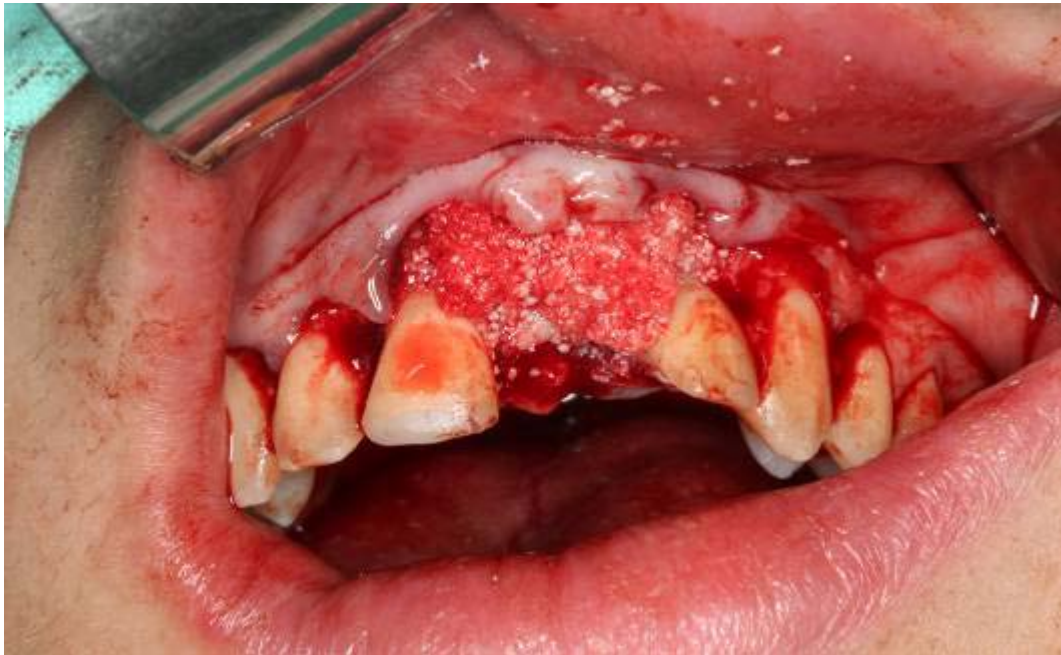


Foto N° 17

Se recubre el injerto en bloque y el resto de la depresión con un Biomaterial osteoinductor (Bi-Oss) posteriormente se coloca una membrana y se sutura el colgajo.

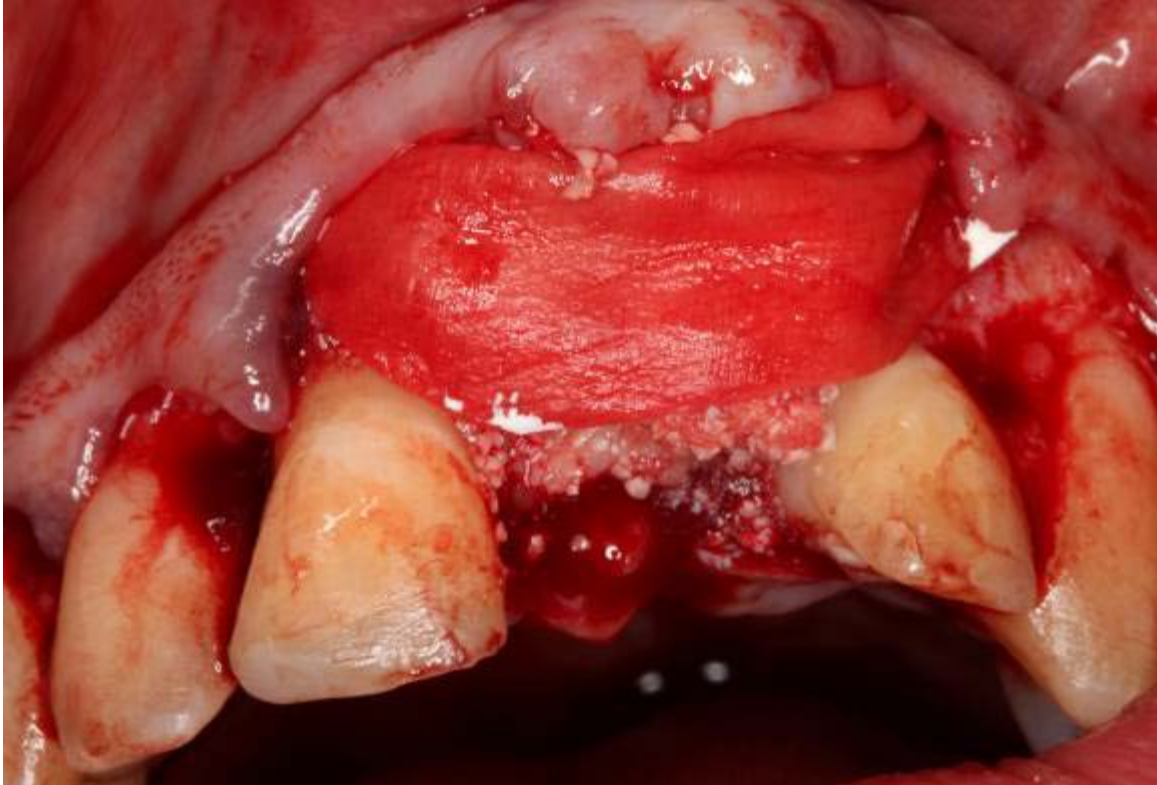


Foto N° 18

Debemos tener en cuenta que siempre que sea necesario realizar cirugía pre-protésica, ésta debe llevarse a cabo, y posteriormente dejar transcurrir un mínimo de seis semanas antes de la toma de impresiones definitiva, para que los tejidos blandos hayan terminado su correcta y definitiva cicatrización.

De manera que podemos afirmar que cuando realizamos cirugía pre-protésica estamos realizando “un traje a medida” a nuestro paciente.