

## 25

# ESTÉTICA DENTOGINGIVAL EN ZONA EDÉNTULA ANTERIOR, PREPARACIÓN PARA PRÓTESIS FIJA

DR. Mario Lizarraga

La pérdida de los dientes anteriores trae como consecuencia una serie de dificultades en la función estética, mecánica y fonética de los pacientes, así como una morfología de los procesos desdentados muchas veces con atrofia, resultado de las mismas extracciones.

La corrección de un reborde edéntulo dañado sirve para mejorar la estética, resolver la disfunción fonética y para mejorar la habilidad del paciente para la higiene oral.

Existen muchas irregularidades que son tratadas con una prótesis parcial removible debido a que el faldón vestibular las oculta y el dentista está inseguro de las posibilidades reconstructivas. La intervención quirúrgica debe permitir colocar pònticos y coronas de una longitud apropiada que sean armoniosos con la forma del resto de la arcada.

La corrección de rebordes edéntulos se ha realizado frecuentemente después de la cicatrización de extracciones, pero existe la oportunidad de realizar tratamientos simultáneos para corregir los defectos del reborde alveolar y permitirnos adecuar los tejidos para la colocación de una prótesis que cumpla con los principios ya mencionados, con la ayuda de cirugía ósea, injertos, colgajos etc.

El objetivo de este trabajo es ayudarnos a encontrar soluciones en las cuales se requiera de la colocación de una prótesis fija con pònticos estéticos, aunque existen otros tratamientos como los implantes osèintegrados, esta es una alternativa en que no se indiquen los mismos o se dificulte la estética en su colocación.(1)(6)

## ABSTRACT

Dentogingival aesthetics in anterior edentulous area, preparations for fixed prosthetics.

To lose the anterior teeth, brings a series of difficulties because of the anti aesthetic, mechanical, phonetic functions. as well as the morphological changes that usually is bad because of the many extractions done. The correction on the edentulous gums that have been harmed help to better aesthetics, resolve dysfunction ,phonetics, and better the ability for the patient to realize their dental hygiene.

There are many irregularities which are treated with a partial removable prosthetics because the vestibular skirt hides them and the dentist is unsure of the reconstructive possibilities.

The surgical procedure should permit adequate placement of crowns and pontics of correct length that look harmonious and have an adequate shape with the rest of arch in the mouth.

the correction of toothless ridges is done frequently after numerous tooth extractions healing, opportunity exist to realize simultaneous treatments to correct the defects of the ridges and permit us to prepare the tissues for the placement of prosthetics that meets the requirements and principles already mentioned , with the help of bone surgery, grafting and flap.

The objective of this work is to help us to find the solutions where the placement of fixed prosthetics is needed with aesthetics

, even though other treatments exist, like Osseo integrated dental implants, this is an alternative where the same difficulties of aesthetics are not indicated in the placement.(1) (6)

## INTRODUCCIÓN

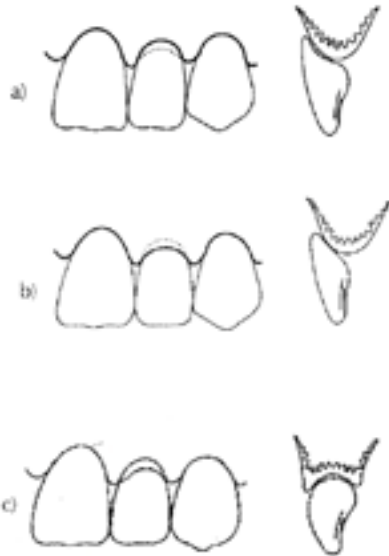
Las restauraciones estéticas dentro de un marco gingival, con una morfología del proceso alveolar adecuada ayudan a conseguir los objetivos deseados, aunque la lista de posibles etiologías de los defectos alveolares son muchas, las principales causas están relacionadas con la enfermedad periodontal avanzada, fracasos endodònticos y traumatismos. La creación de un reborde edéntulo ideal se realiza mejor después de una extracción con un adecuado alveolo, pero después ocurrirá una reabsorción adicional de hueso de soporte. (1)

Si los dientes están ausentes en el momento que el paciente se presenta para su tratamiento, la reconstrucción es posible y generalmente mejorará la prótesis.

Muchos problemas estéticos en relación con los rebordes edéntulos y con el diseño de pònticos pueden ser corregidos mediante reparación superficial con la utilización de tejido injertado.

Concavidades crónicas donde se perdieron dientes y la cortical vestibular ha desaparecido o ha sido destruida por una extracción traumática o enfermedad periodontal son difíciles de corregir, entonces será necesario recurrir a injertos de tejidos blandos, rege-

neración ósea guiada u osteoplastia para reconstruir la forma necesaria para obtener un resultado estético e higiénico. Cuando la rehabilitación se realice con prótesis fija la selección del pòntico toma un papel importante, los pònticos de diseño ovoide, de traslape de proceso y de traslape modificado producen un efecto estético y por ello se utilizan predominantemente en el arco superior. (3) figura 1



La técnica de pòntico ovoide fue descrito por Dewey y Zugsmith en 1933, pero solo recientemente se considera una alternativa clínica para estética adecuada, sus estudios se limitaron al sitio de una sola extracción y posteriormente fue modificado por otros autores para ser utilizada en ausencia de más piezas dentales.(3)

Es importante tomar en cuenta que para un pòntico ovoide se ocupara una superficie adecuada para el pòntico en sentido vestíbulo lingual, que por lo general se modifica por medios quirúrgicos una evaluación mucogingival cuidadosa del reborde alveolar, crestas interproximales de dientes vecinos, ausencia de cresta en espacios con mayor pérdida de dientes, altura del proceso y tejido con respecto a dientes pilares no da una idea del plan de tratamiento para cada caso en particular.(4)

Sin embargo ha existido cierta controversia con respecto al estado de salud y estabilidad del tejido subyacente al pòntico ovoide, ya que es posible que el tejido muestre signos clínicos de inflamación, edema, así como

cambios histológicos y morfológicos. Zitsmann y col. realizaron un estudio histomètrico y morfomètrico del tejido que esta debajo del pòntico ovoide, comprobando que un contacto sobre la mucosa bien ajustado pero sin demasiada presión y con un aseó regular con hilo dental superfloss mantiene el tejido blando sano y estable con algunas diferencias histológicas como el menor grosor de queratina en el epitelio (9). Otros autores demostraron en estudios de dos años la estabilidad del reborde en zonas donde se realizo aumento con tejido conectivo, (5) en este trabajo se demuestra la estabilidad de 4 a 5 años con osteoplastia del reborde alveolar y con injerto libre de tejido queratinizado, mas técnica quirúrgica de alargamiento de corona y otros como injerto libre y técnica regeneración ósea inducida.

Estética dentogingival

- Los dos objetivos principales de la estética dental son:
- a) crear dientes de proporciones correctas tanto en si mismo con respecto a otros.
- b) crear una disposición dentaria bella en armonía con las encías, los labios y la cara del paciente. (2)

En tejidos sanos, el tejido gingival armoniza rodeando al diente totalmente de bucal a lingual llenando perfectamente el espacio interdental. El punto mas apical del tejido gingival en la zona vestibular es el cenit gingival, que se encuentra distal al eje longitudinal de incisivos centrales y caninos superiores. (10) figura 2

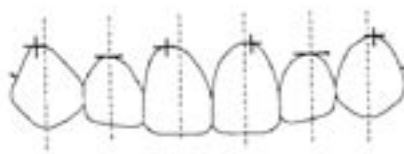


figura 2

El margen del tejido gingival puede verse en un nivel paralelo sobre ambos incisivos centrales.

La misma simetría, paralelismo y alineación horizontal del tejido gingival es aparente sobre incisivos laterales y caninos pero en diferentes niveles, el incisivo lateral más abajo que el central y los caninos. (7)



figura 3

El mantenimiento de estos tejidos nos sirve para elaborar una prótesis adecuada, además es importante conocer las estructuras periodontales desde el punto de vista histológico, las medidas biológicas que nos proporciona la biología periodontal es un deber conocerla para un diagnóstico correcto, la distancia que existe de la cresta ósea al margen gingival(grosor fisiológico) nos dicta de acuerdo a las crestas de dientes vecinos en un espacio desdentado el tipo de cirugía de acuerdo a cada problema a que nos enfrentemos.

Limites biológicos

Grosor biológico: consta de inserción de fibras de tejido conectivo e inserción epitelial.

Adherencia de tejido conectivo 1.07 mm

Adherencia epitelial

Grosor fisiológico: .97 mm

Garguilo 1961

Margen de la cresta ósea hasta la línea de la encía marginal distancia promedio 3 mm, aunque existen variantes según el dr. kois de acuerdo a la cresta ósea que varia también la profundidad de surco gingival.

Cresta ósea /margen gingival:

Cresta normal 85 % facial = 3 mm

Cresta alta 2 % facial + 3 mm

Cresta baja 13 % facial - 3 mm

Esto nos sirve para poder decidir la altura de la cresta ósea de acuerdo a los dientes vecinos.

Clasificación de las deformidades del proceso.

Dimensión del defecto.

- clase I. perdida labio lingual de tejido con altura normal del proceso.
- clase II. perdida apicocoronar de tejido con anchura normal de proceso.
- clase III. perdida de proceso combinada en ambas dimensiones vestíbulo-lingual y apicocoronar.

Modificación por Allen y cols.

- clase a: defecto apico-coronal.
- clase b: defecto vestibulo-lingual.
- clase c: defecto combinado tanto apico-coronal como vestibulo-lingual.

De acuerdo a la gravedad del defecto:

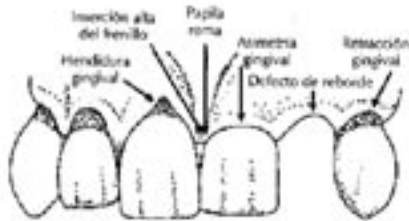
- leve: menos de 3mm
- moderada: 3 a 6 mm
- grave: mayor de 6 mm.
- clase III o c 55.8%
- clase I o b 32.8%
- clase II o a 2.9% (8)

Procedimientos clínicos para elaboración del pontico ovoide.

Para conseguir correctamente la ondulada apariencia del tejido blando es importante preservar o formar el sitio del pontico previo a la toma de la impresión definitiva.

Antes de cualquier tratamiento protésico se debe de tomar en cuenta los siguientes aspectos periodontales:

- Anchura biológica
- Salud gingival de dientes adyacentes a la zona edéntula.
- Encía queratinizada adherida adecuada.
- Exposición gingival excesiva.
- Frenillo prominente.
- Retracciones gingivales localizadas.
- Asimetrías gingivales.
- Defectos del reborde alveolar desdentado.(2)

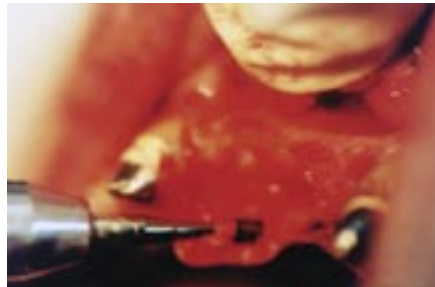


Una técnica es preservación del lecho gingival, para este propósito es necesario elaborar un provisional que ayude a preservar la arquitectura gingival, colocado inmediatamente después de la extracción, mientras sana y se estabiliza el tejido, esto cuando la cresta ósea vestibular y lingual mantiene su altura con respecto a sus dientes vecinos.

La técnica que proponemos es cuando existe una discrepancia en altura gingival de acuerdo una zona desdentada en que existen 2 piezas perdidas y en que es importante crear espacio interproximal para

formar papilas donde no existen después de la extracción de dientes y que se perdió la arquitectura gingival en el espacio desdentado, para eso nos servimos de la altura de las crestas óseas de los dientes vecinos, así como del grosor fisiológico en el espacio desdentado, con técnica de alargamiento de corona y la formación en hueso mediante osteoplastia en zona desdentada para crear el nicho óseo y esperar la cicatrización de los tejidos blandos adyacentes al hueso y a las piezas vecinas en que se hizo la cirugía de alargamiento de corona de acuerdo a los parámetros establecidos en altura ósea y morfología gingival. Además de técnicas de injerto libre para aumento de grosor en zona vestibular, así como cirugía de regeneración ósea para regresar morfología gingival y altura ósea para la colocación de prótesis definitiva y lograr una estética aceptable.

Caso clínico 1

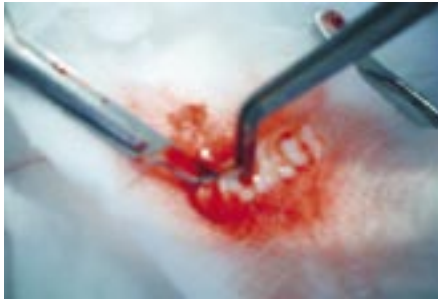


Caso clínico 2

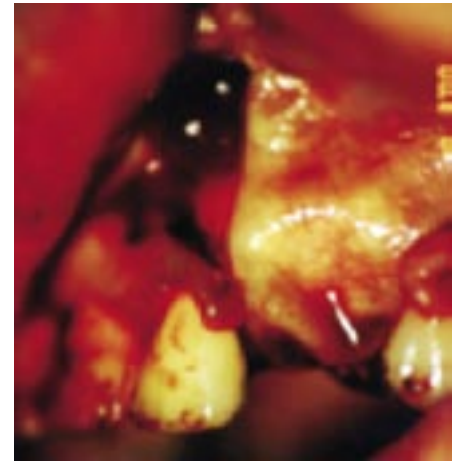
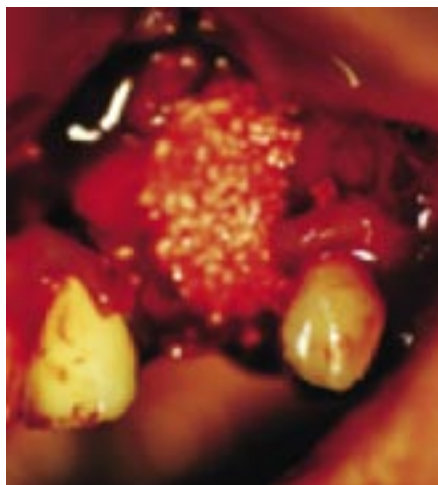
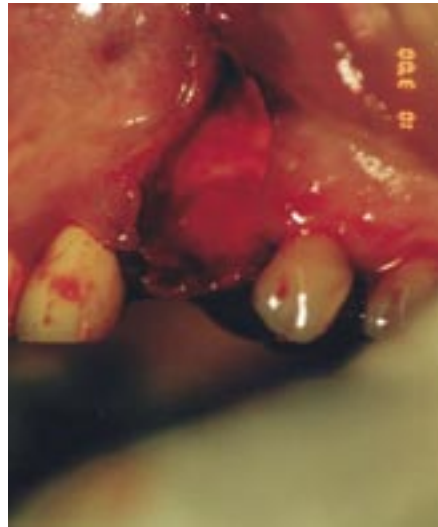


Caso clínico 3





Caso clínico 4



## CONCLUSIÓN

De acuerdo a la técnica quirúrgica escogida, es muy importante saber evaluar los tejidos y su posición con respecto a los dientes vecinos, en estos tiempos la estética que se busca para poder copiar una boca natural en segmento anterior es muy importante, los ponticos ovoides en espacio desdentado creados con la técnica de osteoplastia nos brinda la posibilidad de mantener las estructuras de una forma natural y fisiológica, manteniendo una higiene que nos permite colocar una prótesis estética, las técnicas pueden variar de acuerdo a la destrucción del reborde alveolar, por eso es importante conocer los grados de destrucción, así como los límites biológicos que nos permitan dar predictibilidad a nuestros tratamientos, la otra es que el odon-

tólogo tiene la capacidad para sugerir los tratamientos que nos permitan colocar una prótesis que cumpla con todos los requisitos y la más importante que se mantenga la salud periodontal.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Crispin BJ. Técnica de mantenimiento de tejidos blandos: resultados óptimos sin cirugía plástica periodontal. *Compend Contin Ed Dent* 2000; 21(5) 442-447
2. Chiche GJ, Pinault A. Capítulos 7 y 9. Prótesis fija estética en dientes anteriores. Ed Masson. 2000
3. Dylina TJ. Contour determination for ovate pontics. *J Prosthetic Dentistry* 1999; 82(2): 136-142
4. Johnson GK, Leary JM. Diseño de ponticos y aumento localizado de proceso al diseñar prótesis parciales fijas. *Clin Odont Nort Am* 1992: 607-622.
5. Langer B, Calanga L. The subepithelial connective tissue graft. *J Prosthetic Dent* 1980; 44(4): 363-367.
6. Myron Nevins, James T Mellonig. *Terapia Periodontal. Enfoques Clínicos y Evidencia de Éxito*. Ed Quintessence S.L. 2002. Capítulo 22; 329-338.
7. Rufenacht CR. *Fundamentals of Esthetic*. Chicago: Ed Quintessence, 1990: 121-127.
8. Seibert JS. Reconstruction of deformed, partially edentulous ridges, using full thickness onlay grafts. Part I. Technique and wound healing. *Compend Contin Educ Dent* 1983;4: 437.
9. Zitsmann UN, Marinello CP, Berglundh T. The ovate pontic design: A histologic observation in humans. *J Prosthetic Dent* 2002; 88(4): 375-380.