

La angulación de la línea media interincisiva

Concepto de asimetría facial armónica (AFA) (Parte II)

Carlos Saavedra Marbán

Protésico Dental

c/ Lago Constanza 87 local dcha.
28017 Madrid

e-mail: csaavedramarban@gmail.com

Ramón García-Adámez Soto

Odontólogo

c/ Camino de los Vinateros n.º 70 1.º B
28030 Madrid

e-mail: rgarciaadamez@gmail.com

David García Baeza

Odontólogo

c/ Alfredo Marquerie 14. Centro Mirasierra II
28034 Madrid

e-mail: dgbaeza@gmail.com

Presentamos a una paciente de 26 años de edad que acudió a consulta con requerimientos estéticos para mejorar su sonrisa (figs. 1 y 2). Lo más característico era el cambio de coloración en ambos incisivos centrales superiores y la



Figura 1. Paciente en postura de reposo.



Figura 2. Sonrisa de la paciente.



Figura 3. Composición de la cara de la paciente con espejos de ambas mitades. Obsérvese la gran diferencia entre ellas.

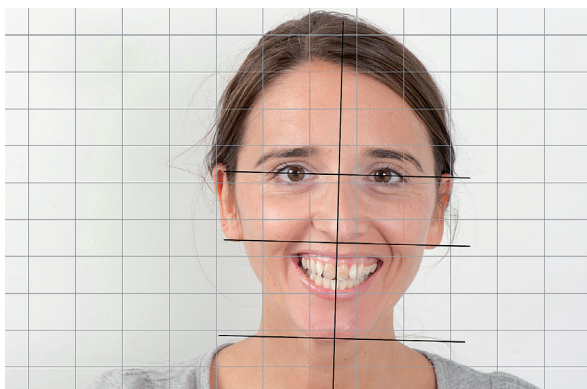


Figura 4. Tercios faciales a partir de posición postural de la paciente.



Figura 5. Línea media facial.



Figura 6. Desfragmentación de la línea media facial en función de los tercios.

malposición moderada tanto de los dientes de la arcada superior como de la inferior.

En su anamnesis, la paciente no refirió ningún problema de salud, y no había recibido ningún tratamiento dental

estético hasta el momento. Tras la primera visita, se procedió a realizar una evaluación completa estética siguiendo la lista de control propuesta por Fradeani, se tomaron unas impresiones de alginato de ambas arcadas dentales, estudio fotográfico facial e intrabucal y estudio radiográfico.

Paso 1. Análisis estético y funcional

La lista de control completada y el análisis de pruebas complementarias dio como resultado las siguientes anotaciones:

- Asimetría facial marcada (fig. 3).
- Divergencia marcada entre la línea media facial, línea media bipupilar y angulación de la línea media dentaria de más de 5 grados. Presencia de una asimetría facial armónica (AFA) positiva (figs. 4 a 6).



Figuras 7 y 8. Situación previa de la paciente.



Figura 9. Radiografía del sector anterosuperior.

- Sonrisa gingival.
- Pruebas de vitalidad positiva en ambos incisivos centrales superiores aunque ligeramente atenuada con relación a los dientes vecinos (figs. 7 y 8).
- Reabsorción radicular marcada de ambos incisivos centrales y laterales superiores así como de los incisivos inferiores (fig. 9). En el resto de la boca no presentaba reabsorciones de ningún tipo. La paciente no presentaba movilidad en esas piezas, refirió, al preguntarle, no haber llevado anteriormente ningún dispositivo ortodóncico ni haber sufrido ningún tipo de traumatismo durante la infancia o adolescencia. No se pudo verificar en el diagnóstico la causa de reabsorción radicular y el cambio de coloración de las mismas.

La primera opción a barajar fue la ortodoncia como medio más fácil y menos invasivo. Sin embargo, debido al riesgo por las reabsorciones tan acusadas de los incisivos superiores e inferiores se descartó y se prefirió barajar la mejor técnica menos invasiva con el menor riesgo.

Paso 2. Encerado diagnóstico y *mock-up*

Tras un análisis digital de la paciente y sus modelos (figs. 10 a 12) se confeccionó una férula de vacío de 0,5 mm rígida (Erkodent®) (fig. 13). En pacientes con AFA positivo esto nos ayuda a verificar directamente en el paciente la angulación de la línea media interincisiva marcadas previamente en el ordenador, a fin de certificar directamente esa angulación de forma dinámica en el propio paciente. También nos ayudará a mantener esa línea y otros puntos de referencia que queramos marcar en el control de modelos en el laboratorio, transfiriéndolos exactamente en ellos (fig. 14).

Tras este proceso se procedió a realizar un encerado diagnóstico (figs. 15 a 17) y un *mock-up* directo en boca ayudados de una llave de silicona transparente (Elite de Zhermack®) con composite fluido (Evoceram flow Bleach L de Ivoclar-Vivadent®) (fig. 18).

La paciente se decantó tras el *mock-up* directo en boca finalmente por realizar un blanqueamiento ambulatorio durante tres semanas en toda la boca y selec-



Figuras 10 y 11. Posición dentaria vista desde detrás.



Figura 13. Férula de vacío con la línea media marcada en rotulador negro.



Figura 14. Paciente con férula de vacío en boca.

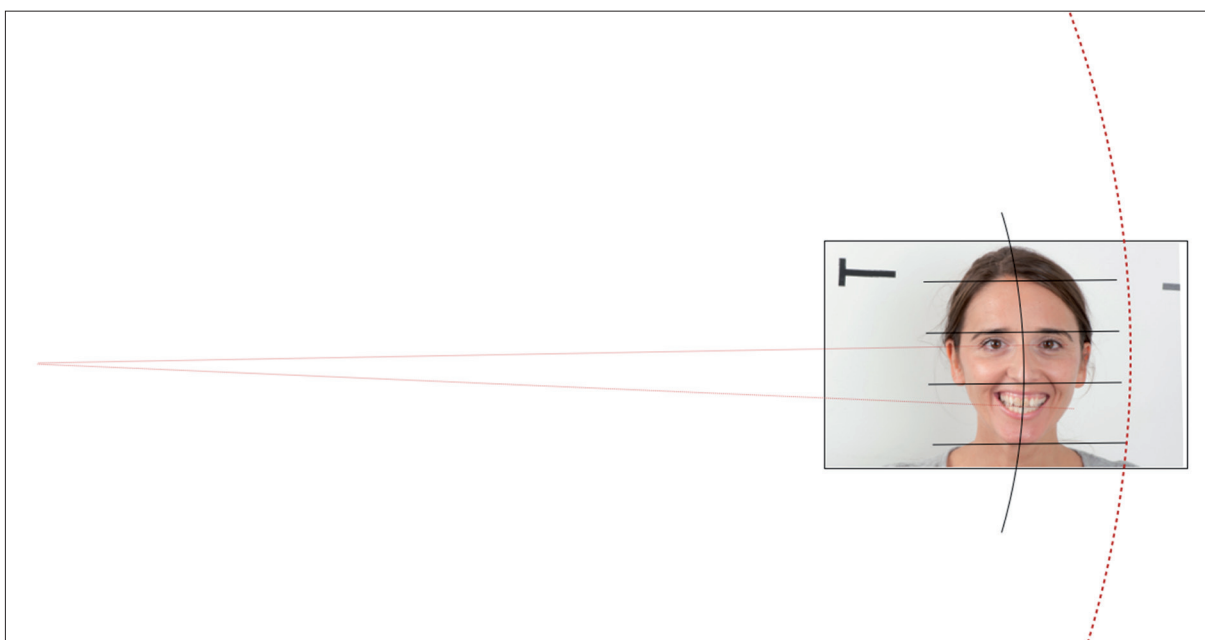


Figura 12. Curva de asimetría. Paciente AFA positiva.



Figuras 15 a 17. Encerado diagnóstico aditivo del caso.

tivamente en el 11 y 21 durante algunas semanas más hasta ver el potencial de blanqueamiento de los dientes decolorados y realizar carillas de cerámica en los cuatro incisivos superiores con una reducción de estructura lo menos invasiva posible. En el sector anteroinferior decidió no realizar ningún tipo de tratamiento por el momento a excepción del blanqueamiento ambulatorio.

Paso 3. Blanqueamiento ambulatorio y preparación dentaria

La paciente, finalmente, llevó el blanqueamiento durante seis semanas (Opalescence al 10 % Ultradent®), tres en todos los dientes y otras tres solo en 11 y 21. Se apreció una notable mejoría de color en ambos dientes bajando tres tonos de color pero no se consiguió igualar con los vecinos (figs. 19 a 20).

Se procedió al tallado mínimamente invasivo de las carillas cerámicas ayudándonos de un frente de silicona. Los incisivos centrales fueron asperezados mínimamente y marcados sus márgenes con bisels en las zonas interproximales sin llegar a puntos de contacto (figs. 21 a 24). Los incisivos laterales fueron preparados hasta conseguir



Figura 18. Mock-up realizado con composite fluido y llave transparente.



Figuras 19 y 20. Resultado tras blanqueamiento con peróxido de carbamida ambulatorio.



Figura 21. Sondaje periodontal a hueso.

un espacio óptimo (fig. 25). Las preparaciones se finalizaron yuxtaposicionales.

Se tomaron impresiones con poliéter y se confeccionaron directamente los provisionales con composite fluido grabando previamente las piezas con una gota de ácido ortofosfórico en el centro (figs. 26 y 27).



Figura 22. Lígera gingivectomía para igualar márgenes de los incisivos centrales.



Figura 23. Llave de silicona realizada a partir del encerado colocada en boca.



Figura 24. Tallado mínimamente invasivo.



Figura 25. Control de espacios final con llave de silicona.



Figura 26. Colocación de ácido ortofosfórico para asegurar adhesión ligera de los provisionales.



Figura 27. Restauraciones provisionales de composite.



Figura 28. Modelo alveolar del caso.



Figura 29. Modelo con muñones refractarios.

Paso 4. Fase de laboratorio

En estética dental, mínimos detalles marcan al diferencia entre el éxito o el fracaso en integración de nuestras restauraciones, tanto en forma como en color. Trabajos, como el que se muestra a continuación, reúnen dos dificultades para las que se necesita un profundo control del material: sustratos distintos y espesores diferentes. El conocimiento de la técnica es indispensable para conseguir un resultado estético óptimo.

Una de las ventajas de protocolizar el trabajo estético de la manera descrita es que a partir del modelo previo y encerado aceptado por la paciente se procede a copiar las características estéticas del caso (forma, tamaño y proporción) en cerámica, conociendo de antemano el grosor y la anatomía final de las restauraciones.

Para el proceso, en primer lugar se realizó el modelo de trabajo con muñones desmontables tipo alveolar (escayola Fuji Rock GC®) (fig. 28) y se duplicaron los muñones con silicona (Duosil H, Shera®) dureza 17 y material



Figura 30. Distintas fases de colocación de cerámica feldespática.



Figura 31. Carillas finalizadas.



Figuras 32 a 34. Carillas presentadas en boca. Obsérvese el grosor mínimo que presentan.

refractario de muñones Nori-Vest (Kuraray Noritake Dental Inc.®) (fig. 29).

A la hora de sellar los muñones de revestimiento se utilizó un Conector-Paste (Ducera Lay System, Degudent®).

Tras este proceso, y para el recubrimiento estético, utilizamos una técnica de multicapa con cerámica (Creation CC®). Esta cerámica tiene un efecto de naturalidad y una potencialidad en detalles estéticos tan elevada que la hace



Figuras 35 a 37. Carillas cementadas.



Figura 38. Vista oclusal de la diferencia de grosor, antes de colocar carillas, y después.



Figura 39. Sonrisa de la paciente tras colocación de carillas cerámicas.



Figura 40. Diferencia facial. Antes y después, manteniendo los parámetros faciales.

una de las más aconsejables para la realización de este tipo de trabajos de alta exigencia estética (fig. 30).

Controlando perfectamente con llaves de silicona parciales conseguimos un resultado estético muy agradable y muy cercano a la situación previa (fig. 31).

Paso 5. Cementado y finalizado

El cementado del caso se realizó con el sistema Variolink Veneer +3 en incisivos centrales y 0 en incisivos laterales. Las láminas se grabaron con ácido fluorhídrico durante un minuto (Fluorhídrico Acid, Ultradent®) (figs. 32 a 38).

Dos semanas más tarde la paciente acudió a revisión.

Se aprecia una integración estética bucal y facial del caso y una armonía de las restauraciones en el entorno facial de la paciente (figs. 39 y 40).

Conclusiones

Esta técnica aquí descrita nos facilita en ciertos pacientes asimétricos el tener un control más exhaustivo de un parámetro tan delicado como es la angulación de la línea media. Al mismo tiempo, la férula de vacío es una herramienta más que aportar al técnico de laboratorio para guiarle en casos de requerimiento estético alto y una forma fácil y económica de transmitirle este dato.