

# Técnica de Esquemas de Color. Función y Estética con Composite en el Sector Anterior

Se describe y analiza una técnica de inserción de material restaurador por capas, combinando distintos tipos de composite para lograr restauraciones más estéticas.

## Introducción

La utilización de materiales estéticos de inserción directa en el sector anterior, para la restauración de lesiones de moderado a gran tamaño, se ha convertido en una técnica alternativa para los odontólogos y ésta es aceptada plenamente por los pacientes<sup>1</sup>.

Los avances de su uso radican en la economía de tejido dentario, la variedad de materiales de restauración estéticos, los agentes adhesivos de última generación que permiten adhesión predecible y la posibilidad de lograr resultados en una sola sesión sin requerir la ayuda del técnico de laboratorio, lo que permite su uso masivo con topes acoplados a través del tiempo.

Sin embargo, en ciertas ocasiones se convierten en un problema para el odontólogo, ya que los pacientes se han acostumbrado a esperar resultados perfectos.

En muchas situaciones no queda claramente definida la perfección que se busca y los materiales que se utilizarán para lograrlo por lo que el resultado clínico es frustrante, tanto para el profesional como para el paciente.

Parte de esta frustración se debe a la deficiente utilización de los sistemas de matriz y no-fus disponibles, que derivan en el logro de formas inadecuadas, que le restan naturalidad a la reconstrucción al no incluirse en un marco de armonía anatómica con el resto de las piezas del sector anterior<sup>2</sup>.

La segunda razón es la inapropiada textura de la superficie vesicular que impide la reflexión superficial natural de la luz sobre la restauración, generando la sensación de diente artificial.

La última razón se debe al esmalte con que se aborda la obtención del color, que muchas veces se juzga como única posibilidad de fracaso. Esto debe ser comprendido no como un fenómeno superficial sino tridimensional y la capacidad de obtener esos tres dimensiones, el matiz, el valor y la intensidad<sup>3</sup>, derivará en una restauración natural, o sea, parecida a la pieza dentaria cuando se encuentra intacta.

## Desarrollo

Cuando se plantea la reconstrucción de una porción importante de la estructura coronaria, debemos considerar los tejidos donde se insertará la restauración, los materiales dentales disponibles en la actualidad y las técnicas operativas en uso. Es importante diagnosticar la lesión

DAHLG J 2002:01

Ortesis de la función de Pujuguet



Fig. 2. La dentina expuesta de incisivo y dientes vecinos se refleja uniformemente de la luz.

y el tamaño de las estructuras perdidas ya que involucra distintos tejidos dentarios en extensión y profundidad. El esmalte dentario tiene espesores variables de acuerdo a su ubicación, lo que produce distintos grados de translucidez. También debemos considerar que dentro del esmalte puede o no haber distintos espesores de dentina que es la que da la coloración real a la pieza dentaria. La combinación de los tejidos en distintas proporciones produce zonas con mayor saturación de color y menor translucidez, por ejemplo, en el cuerpo de la pieza, o con menor saturación y mayor translucidez en incisal, donde el pasaje de la luz a través del esmalte y su rebote en el fondo oscuro de la cavidad bur-

REV. ASOC. ODONTOL. ARGENT. VOL. 85, No. 2

ABRIL / MAYO 1997 113

## DIVULGACION

Técnica de Esquemas de Color, Función y Estética con Composite en el Sector Anterior

Operativa Dental



Fig. 8. Preparación incisal.



Fig. 9. Preparación para 1.1. distal y 1.2. ángulo mesial.



Fig. 10. Cavidad preparada para la inserción de resina.



Fig. 11. Sistema de matriz y no-fus instalado. Una fina capa de composite define la matriz y marca la relación de contacto y la anatomía proximal.



Fig. 12. Segunda capa, blanca.



Fig. 13. Tercera capa, mateada.

Estas situaciones son muy bien comprendidas por los odontólogos, que al consultar restauraciones totales o parciales de porcelana directa, utilizan la técnica por capas, combinando distintos espesores de opaco, cuerpo e incisal. No ocurre lo mismo con los odontólogos a la hora de realizar restauraciones adhesivas de inserción directa, donde generalmente, se limitan

de a la elección de un único material restaurador, con el agregado ocasional de tintes u opacificadores subsuperficiales.

Los materiales dentales disponibles actualmente en el mercado, en general, permiten su utilización combinándose en distintos lugares de la misma restauración debido a la compatibilidad de unión de la parte orgánica de las distin-

REV. ASOC. ODONTOL. ARGENT. VOL. 85, No. 2

ABRIL / MAYO 1997 115

## DIVULGACION

Operativa Dental

Técnica de Esquemas de Color, Función y Estética con Composite en el Sector Anterior



Fig. 2. Preparación para 2.1. Un dibujo de forma y color sobre una estructura anatómica.



Fig. 3. Cavidad preparada para la inserción del composite.



Fig. 4. Primera capa de blanca (D1) Una capa de composite blanca.



Fig. 5. Segunda capa, proximal (D2) Una capa de composite blanca de compatibilidad.



Fig. 6. Tercera capa, blanca.



Fig. 7. Capa final (D3) composite transparente.

cial, produce la sensación de gris, típica en bordes incisales de dientes jóvenes. En piezas dentarias de personas adultas, en general esta sensación se evita por el desgaste del esmalte debido a la función, lo que se traduce en una disminución del valor.

Resumiendo, parte de la luz proyectada sobre la pieza dentaria se refleja directamente so-

bre la superficie, lo que aumenta la importancia del logro de la textura superficial. Otro porcentaje de esa luz atraviesa total o parcialmente las estructuras dentarias, siendo absorbida por el fondo oscuro de la cavidad bucal, reflejándose en el fondo de la boca, en la dentina o, en otras proporción, en el esmalte del esmalte, por ejemplo en la zona proximal.

114 ABRIL / MAYO 1997

REV. ASOC. ODONTOL. ARGENT. VOL. 85, No. 2

8. Erickson J, Nelson JL, Lindh T, Nihon K, Axelsson K. In-membrane Functional Loading of Branemark single tooth implants. *Oral Maxillofac Surg* 2000;11: 28-35.

7. Brown A, Marcano A, Simon D, Taha AI and Qureshi M. Immediate placement of implants into periodontally infected sites in dogs: A histomorphometric study of bone-implant contact. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 19: 390-395.

6. Lindh T. *Parodontología clínica e implantología odontológica*. Capítulo 17: Aspectos para el tratamiento periodontal.

5. Hirschfeld L, Corcos L, Corcos A and Horvath P. (2000) Bacterial colonization of plastic cement sur-

faces: an *in vitro* and *in vivo* study. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 17: 753-757.

### Agradecimientos

Los autores agradecen a la Dra. Silvia Habirovich por la contribución de la secuencia fotográfica.

### Dirección de autor

Cátedra Clínica Integrada Adultos.

USAL/ROA

Avenida 958, (C1113AAC) Ciudad de Buenos Aires

e-mail: danielriggio@arnet.com.ar