Imitación de la encía con composite. Cirugía mucogingival no quirúrgica

Antón-Radigales,
Manuel

Gingival reproduction with composite resins. Non-surgical mucogingival surgery

Antón-Radigales, Manuel

Médico estomatólogo.
Práctica privada en Madrid

Resumen: Las recesiones gingivales representan un problema estético que puede desagradar al paciente, y la reposición de encía por medio de composites que sean capaces de imitar su color supone una alternativa a la cirugía mucogingival. Se exponen aquí las distintas posibilidades de tratamiento y la técnica general para su aplicación.

Palabras clave: Recesión gingival, Restauraciones color encía.

Abstract: Gingival recession is an aesthetical problem that can become an inconvenience for the patient. As an alternative to mucogingival surgery, the gingival tissue can be replaced with composite resins that imitate the colour of the gingiva. We will now consider the different treatment options as well as the generic methods used in their placement.

Key words: Gingival recession, Gingiva-coloured restoratives.

Correspondencia

Manuel de Antón-Radigales y Valls
Rodríguez San Pedro, 8 2º
28015 Madrid

BIBLID [1138-123X (2005)10:2; mayo-junio 241-368]

Antón-Radigales M. Imitación de la encía con composite. Cirugía mucogingival no quirúrgica. RCOE 2005;10(3):309-321.

Introducción

Si la odontología es la ciencia que persigue la restitución de la capacidad funcional de los dientes que puedan haberla perdido, la estética persigue la belleza. La odontología estética, que considera la aludida belleza como una función más, pretende potenciar la finalidad decorativa de la sonrisa cuando objetivamente, o a juicio de su propietario, no da la talla. Para lograr este objetivo acostumbra a ser necesario modificar la posición, color, forma o tamaño de los dientes.

El tamaño tiene tres dimensiones: longitud, anchura y espesor y, para que el atractivo no desmerezca, estas dimensiones deben ser proporcionadas entre sí y armónicas con los otros dientes y con la posición de los labios en la sonrisa¹.

Vamos a ocuparnos aquí de la longitud. La longitud visible de un diente viene determinada por la distancia que existe entre el margen gingival y el borde incisal. Si todos los dientes son muy largos, o muy cortos, al menos hay una armonía general, un cierto equilibrio; lo malo es cuando el nivel de encía o de borde incisal de uno (o varios) de ellos es sensiblemente distinto del resto. En suma, un diente puede ser demasiado corto por su extremo incisal o por el gingival. En el primer caso se puede extruir mediante ortodoncia o, si la oclusión lo permite, se puede alargar con composite, con una carilla de porcelana o con una corona. Cuando, por el contrario, el defecto de longitud se aprecia en la zona de cuello porque la encía cubre demasiada porción de diente, se hace necesario, si el paciente se deja, eliminar la encía excesiva y,

eventualmente, el hueso sobre el que reposa.

Por otra parte, si es demasiado largo por incisal, puede intruírse por ortodoncia, o eliminar lo sobrante a golpe de turbina, método que Goldstein, con su lírica prosa, ha bautizado como recontorneado estético².

En cambio, si la longitud desmesurada se debe a que una encía insuficiente deja al descubierto demasiado diente hay que añadir encía, ya sea mediante un colgajo o con un injerto libre. Pero esto supone cirugía, y no todo el mundo contempla con estoicismo la posibilidad de que sus mucosas sean pasto del bisturí. Si el paciente, ante esa perspectiva, opta por una resistencia numantina habrá que pensar en otra línea de acción. Y, si no se nos permite cubrir físicamente con encía el trozo de diente que está de más, un posible recurso consiste en crear un efecto óptico —un trampa— modificando el color del excedente dentario para que no sea visible.

Es bien conocido que los colores claros atraen la atención, en tanto que los oscuros tienden a pasar desapercibidos. Cuando una novia —blanca y radiante, como exige el guión— se encamina hacia el altar del brazo de su padrino, ataviado con un terno gris marengo, todo el mundo ve a la novia y nadie repara en el padrino. Las mamás solícitas recomiendan a sus hijas gorditas que vistan de negro, porque el negro adelgaza. Las cámaras fotográficas fueron negras desde sus principios para potenciar su discreción, procurando que el circunstancial modelo no se diera cuenta de que era retratado. Y, en el cine, cuando se desea que parezca que a un actor le falta un diente, en vez de arrancárse-

lo se le pinta —piadosamente— de negro, y así parece que no está.

En una sonrisa lo que capta la atención son los dientes, porque son blancos; y, para un observador casual, todo lo que no sea blanco no es diente y carece de interés. Así, bastará con dar un color oscuro a la fracción de diente que queremos que no se vea para que resulte imperceptible. Pero la selección del tinte a emplear no puede ser arbitraria. Hemos de usar un color que uno espere encontrar ahí, lo que descalifica, por ejemplo, a tonos como el negro antracita, el azul eléctrico o el verde pistacho, cuya presencia en la sonrisa sería insólita, y produciría un efecto excéntrico y verbenero.

En bellas artes se denominan colores cálidos a los que se utilizan para pintar el fuego: rojo, anaranjado y amarillo, y colores fríos a los que sirven para pintar el agua: verde, azul y violeta. Bueno, pues la zona peridentaria es el reino de los colores cálidos. Cualquier color cuya saturación dominante se sitúe entre el amarillo y el rojo, incluso extendiéndose discretamente hacia el violeta, es aceptable; cualquier otro no lo es. Y supongo que este puede ser el momento de ilustrar al lector sobre qué es eso de la saturación dominante. Claro que es muy probable que el lector ya esté informado al respecto, en cuyo caso, si desea saltarse los próximos párrafos, cuenta con mi incondicional bendición.

Hay tres colores básicos, que se llaman *primarios* porque no se pueden obtener por mezcla de otros; son el amarillo, el rojo magenta y el azul cián. Mezclando estos tres colores entre sí se pueden conseguir todos

Figura 1. Los tres colores primarios (rojo magenta, amarillo y azul cian) mezclados dos a dos dan los colores secundarios (anaranjado, verde y violeta), y si se mezclan los tres a partes iguales obtenemos el gris.

los demás. Así, mezclándolos dos a dos, logramos los tres colores secundarios: anaranjado (amarillo + rojo), verde (amarillo + azul) y violeta (rojo + azul). Los colores primarios y los secundarios constituyen los seis colores del arco iris: rojo, anaranjado, amarillo, verde, azul y violeta. Es posible que el lector tenga entendido que los colores del arco iris no son seis, sino siete. En efecto, desde tiempo inmemorial se había concedido el número siete, lleno de connotaciones mágicas, a la inexplicable imagen de arco iris. Cuando Isaac Newton, en 1666, consiguió crear un arco iris artificial haciendo pasar la luz a través de un prisma, y demostrando, de paso, que la luz blanca está constituida por luces de colores, conservó el número siete, en parte por tradición y principalmente por analogía con las notas musicales. Pero como el número siete es primo, la teoría del color, más adelante, redujo su número a seis, cifra más manejable al ser divisible por dos y por tres. En realidad, siendo el

Figura 2: Cuanto más saturado es un color más intenso aparece. Al mezclar los tres colores primarios a partes iguales para obtener gris, si la saturación es baja tendremos un gris claro, y si es alta, oscuro.

espectro una gama continua de colores, sin transición entre uno y otro, se puede dividir por donde se quiera y obtener seis, siete, trece o diez mil. Eso va en gustos, pero la división en seis —tres primarios y tres secundarios— se ha revelado como bastante práctica y es la que al final se ha impuesto mayoritariamente.

Si se mezclan los tres colores primarios a partes iguales se obtiene el gris (fig. 1), y si se mezclan en proporciones diferentes se logran todos los demás colores.

Se llama saturación (en inglés, *chroma*) a la cantidad absoluta de color; en lenguaje coloquial se hablaría de intensidad. Cuanto mayor sea la cantidad de pigmento presente en una pintura más intenso será el color obtenido; o sea, mayor será la satura-

ción, que se expresa en tantos por ciento. Cuando mezclamos a partes iguales (es decir, con idéntica saturación) los tres colores primarios para obtener gris, si los colores están poco saturados lograremos un gris claro; si, por el contrario, la saturación es alta, el gris resultante será oscuro, pudiendo llegar al negro si la saturación es máxima. El color negro, pues, tiene una saturación del 100% de cada uno de los tres colores primarios, y el blanco un 0% de todos ellos (fig. 2). Y si los tres colores primarios se mezclan en proporciones desiguales se obtienen los colores conocidos como tierras, es decir, los marrones, los ocre.... Por supuesto, si la proporción de los tres colores es distinta, forzosamente de alguno habrá más que de los otros, y eso hará que la tierra conseguida tien-

Figura 3: Si la mezcla de los tres colores primarios se hace con saturaciones diferentes se obtendrán tonos distintos del gris. Entonces el color más saturado determinará la tendencia cromática. Eso se llama saturación dominante.

da al amarillo, al rojizo, al verde... En todo caso, mezclando los tres colores primarios se sacan todos los colores que podemos ver.

En las artes gráficas (y en las impresoras para ordenador, que son la descendencia doméstica de las industriales) se emplean sólo tres tintas, de los tres colores primarios, para imprimir en color, y con ellas se consiguen todos los matices necesarios. Bueno, la verdad es que llevan una tinta más, la negra. El negro se puede obtener mezclando las otras tres, pero resulta más práctico, y más económico, aportarla de forma independiente. Esta técnica de impresión a cuatro tintas se conoce como cuatricromía. Los habituados a los ordenadores estarán más familiarizados con la denominación anglófona **CMYK**. **C** significa *Cyan* (=azul cian), **M** quiere decir *Magenta* (=rojo magenta), **Y** es la inicial de *Yellow* (=amarillo) y **K** es el negro

(tendría que ser una B, porque negro, en inglés, se dice *Black*, pero se representa por una K para evitar confusiones con el azul que se llama *Blue*).

Si la mezcla es desigual, el color más saturado de los tres determinará la tendencia cromática. Si el color más saturado es el rojo, el resultante será rojizo, si es el azul, azulado, y si son dos, rojo y azul, por ejemplo, obtendremos un tono que tiende al violeta. Esto es la saturación dominante (fig. 3).

Los colores primarios puros sólo existen cuando se fabrican a propósito, para bellas artes o artes gráficas. Lo que vemos todos los días a nuestro alrededor son siempre mezclas, y lo que percibimos son sus saturaciones dominantes. Claro que si una mezcla (digamos, el color de un clavel) contiene rojo saturado al 100%, y azul y amarillo sólo al 1%, tendrá toda la apariencia de un rojo puro, pero no por eso deja de ser una mezcla.

Decíamos, pues, que la saturación dominante en la zona peridentaria es amarilla, naranja o roja, porque en esa zona está la encía, que es esencialmente roja, con ocasionales matices anaranjados o violáceos. Pero también en esa área pueden ser visibles las raíces de los dientes, de color marrón claro con dominantes amarilla o anaranjada. Esos son los colores que podremos utilizar ahí sin que causen sobresaltos. Y, a la hora de cubrir una porción de diente que queremos ocultar a la vista, cualquier tono de esa gama sirve, porque la finalidad es que pase desapercibido, y un color que no se va a ver, da igual cuál sea. Ya hemos dicho que para el observador profano el diente acaba donde acaba lo blanco, y el resto, mientras sea más oscuro, se ignora (fig. 4). De manera que podremos elegir entre imitar el color de la raíz del diente, dejando en blanco sólo la fracción que corresponda a la corona clínica, o imitar el color de la encía circundante. Cada una de estas dos posibilidades tiene, como todo, sus ventajas y sus inconvenientes.

Enmascaramiento con color de raíz

Ventajas

La principal ventaja de este procedimiento es que no tenemos que reproducir el color de ninguna estructura adyacente, así que nos lo podemos inventar. Su segunda virtud es que se puede hacer con los materiales que habitualmente existen en cualquier consulta.

Figura 4: Puente de fibra de vidrio^{3,4} en el que se cubrió un defecto de encía con color raíz (izquierda). Cuando se retiró el puente y se colocó una corona sobre el implante el técnico de laboratorio utilizó color encía para el mismo fin. Las dos soluciones son equivalentes. Ninguna de las dos se nota a vista de profano.

Inconvenientes

El primer problema es convencer al paciente de que eso no se ve. Porque el paciente sí se lo ve, cuando se mira intencionadamente en el espejo de aumento del cuarto de baño, con todas las luces encendidas y separándose el labio con las dos manos. Hay que hacerle comprender que así no le va a mirar nadie, salvo nosotros, y eso con fines estrictamente profesionales. A distancia social (entre los ochenta centímetros o el metro de separación) un observador casual no va a notar un color ligeramente diferente en la zona de encía, principalmente porque, en su ignorancia de las cosas, no sabe dónde buscarlo.

Técnica

El cambio de color del exceso de diente lo vamos a conseguir con composite. Composite que habrá de ser colocado con arreglo a las estrictas normas de la adhesión y, con frecuencia, adhesión a la raíz del diente, la cual, según los libros de anatomía, está cubierta por cemento radicular. Y

ahí viene la duda: ¿cómo adherir al cemento? La respuesta es: de ninguna manera. El cemento, desde un punto de vista embriológico, es una parte del diente, pero se nutre del parodonto. Cuando hueso y encía se retraen y dejan el cemento radicular al descubierto éste, falto de trofismo, se necrosa y se pierde. En la superficie de una raíz desnuda, por tanto, no hay cemento sino dentina, y como tal hay que tratarla. (Supongo al lector informado de todo lo referente a la adhesión a dentina, pero si no lo está, y aunque lo esté, le recomiendo fervorosamente la atenta lectura de la monografía «Los fastidiosos enigmas de la adhesión dentinaria (nuevas reflexiones)», de Eduardo Padrós y cols, publicado en la revista Ideas y Trabajos Odontoestomatológicos. Es, en mi humilde opinión, lo mejor —y además, lo más ameno— que se ha escrito sobre adhesión en toda la historia de la odontología^{5**}.

El composite a utilizar deberá ser de micropartícula, y ello por dos motivos: el primero es que en la zona del

cuello, y especialmente en dientes monorradiculares, la deformación por flexión es notable, y hace falta un composite muy elástico para soportar esos esfuerzos sin desprenderse. Por otra parte, puesto que va a quedar junto a —e incluso por debajo de— la encía libre, es indispensable que pueda pulirse adecuadamente y no pierda jamás ese pulido, ya que de lo contrario retendría placa y la gingivitis estaría asegurada. Como ya tuve ocasión de explicar en un artículo anterior⁶.

En cuanto al color, conviene que sea decididamente más oscuro que la corona del diente y un poco más claro que la encía. El tono no es crítico, mientras sea marrón claro con dominante amarilla o naranja. Entiendo que la dominante naranja o rojiza es un poco más favorable, porque tiende a confundirse más fácilmente con el paisaje gingival. En la guía Vita, los colores que se orientan hacia el anaranjado son los A, de manera que un composite A3'5 o A4 puede ser una juiciosa elección, si el diente es claro. Por más que, con frecuencia, la rece-

sión gingival que nos obliga a trabajar se encuentra en un paciente de edad avanzada, con coronas dentarias muy cargadas de color y, en ese caso, el A4 puede no ser lo suficientemente oscuro. Renamel Microfill® (Cosmedent) es el único composite de micropartícula que amplía su gama hasta A5 y A6, y nos puede sacar del apuro. Si no disponemos de estos colores, siempre queda el recurso oscurecer un poco la zona con un maquillaje marrón o rojizo antes de cubrir con el composites de micropartícula. Si, por el contrario, la raíz es demasiado oscura, como sucede a veces en dientes desvitalizados, se puede atenuar su color con una delgada capa de opacificador, y sobre éste se coloca el composite.

Enmascaramiento con color de encía

Ventajas

El paciente suele aceptar mejor que intentemos reproducir la encía que le falta, en vez de ponerle un color que no se parece ni a la encía ni a la corona del diente. Las dos soluciones son ópticamente equivalentes, pero el mundo está bastante bien dotado de escépticos, y como los pacientes propenden por naturaleza a formar parte del contingente de población que no se lo cree, resulta más fácil que admitan el color de la encía antes que el de la raíz.

Inconvenientes

Hay que conseguir que el color se parezca a la encía, y eso no es que sea difícil, es que es imposible. La mucosa

está vascularizada, y enrojece o palidece en función de la temperatura, el esfuerzo o el estado anímico, pero el composite, no. Aun cuando consigamos —que no es tan sencillo— un mimetismo magnífico, en cuanto cambie la tasa de adrenalina circulante en las arterias del paciente se va a estropear la identidad de color. Lo peor es que, a diferencia de cuando imitamos el color de la raíz, el paciente tiene con qué comparar, porque la encía está al lado, y se puede notar la diferencia. Por supuesto que esa diferencia sólo la va a notar él; si a distancia social resulta inapreciable una raíz pintada de marrón, con mayor motivo será invisible si se pinta de rosa. Hay que esforzarse en hacerte comprender que la identidad de color, amén de inalcanzable, es perfectamente prescindible, ya que una moderada discrepancia deviene insignificante. Sólo si el paciente comprende este extremo y se compromete a condescender con el resultado podremos atrevernos a afrontar el reto sin correr el riesgo de perder su estima.

Materiales

Durante muchos años sólo hubo composites capaces de imitar el color del diente. Si queríamos imitar la encía había que hacerlo recurriendo a los maquillajes, y eso es lo que hacíamos, con desigual fortuna. Sin embargo, hace unos años se empezó a remediar la situación, y ahora se pueden encontrar en España tres materiales color encía para uso en clínica: dos de ellos son composites y el otro un compómero.

Gingafill® (Cosmedent): fue el primero en llegar al mercado. Es un com-

posite de micropartícula, que se maneja, adhiere y pule exactamente igual que cualquier otro composite de micropartícula, con la única diferencia de que en lugar de blanco es rosa. Se presenta en cinco colores: rosa claro, rosa medio, rosa oscuro, naranja y azul.

La existencia de un azul se justifica para neutralizar la marcada tendencia al anaranjado que muestran los rosas oscuro y medio, pero la alta viscosidad del material dificulta su extensión en capa fina, y la probabilidad de obtener algo amoratado, más semejante a una berenjena que a una encía, es alta. Personalmente estimo que las posibilidades de éxito aumentan si el azul se aporta en forma de maquillaje, que es líquido y se aplica a pincel, y admite una dosificación más cautelosa. Los tonos azul y naranja son, pues, de utilidad dudosa, así que probablemente lo más sensato sea empezar comprando sólo los tres rosas.

Técnica

La zona del diente que se desea cubrir se prepara con el adhesivo dentinario más oportuno según el criterio del responsable. Después se aplica el composite, combinando los colores para lograr el mejor parecido posible con la encía del paciente. Cada caso es distinto, naturalmente, pero como norma general se puede empezar aplicando una capa de rosa oscuro, y entonces se compara con el color de la encía circundante. Si el tono resulta demasiado anaranjado se matiza con unos toques de maquillaje azul. Si entonces queda excesivamente azulado, bien se elimina el tinte con una fresa y se vuelve a empezar, o bien se corrige con maquillaje rojo. El azul debe extenderse con el pincel muy poco cargado, casi seco,

Figura. 5: Dos recesiones gingivales resueltas con composite color encía. Obsérvese la naturalidad que confieren unos discretos toques de azul.

y nunca en capa uniforme, sino en pinceladas dispersas; hay que tener en cuenta que el color de la encía no es continuo, sino que varía de una zona a otra (figs. 5 y 6).

Probablemente el resultado será demasiado oscuro o, en otras palabras, tendremos un color correcto pero demasiado saturado. Eso se arregla cubriendo con una capa de rosa

claro. Cuanto más gruesa sea la capa, más claro será el tono final, de manera que ajustaremos el color adelgazando la capa hasta que quedemos satisfechos. Dado que el Gingafill tiende a pegarse un poco al instrumento, un pincel plano de pelo de marta de los usados para cerámica, como el G2® de Ivoclar-Vivadent, nos puede ayudar mucho en este paso. También son muy prácticos los modeladores de silicona Optra Sculpt® de la misma marca.

Como el Gingafill no cambia de color al fraguar (todos los composites de micropartícula cuyo catalizador sea la canforquinona, o sea, todos, blanquean durante la polimerización, pero el pigmento rojo enmascara este efecto y hace que en la práctica resulte inapreciable) mientras trabajamos nos podemos ir haciendo una idea bastante precisa de cómo va a quedar⁷. Lo ideal, desde luego, es conseguir el color exactamente idéntico al de la encía del paciente pero, como ya hemos visto que eso no va a ser fácil, puestos a pasarse de algo es mejor pasarse de claro que de oscuro. Un color demasiado rojizo dará a la encía una apariencia sanguinolenta, y un exceso de azul un aspecto inflamado y cadavérico. A la hora de aplicar los maquillajes, la prudencia es la mejor de las virtudes, y esto también se facilita con el instrumento adecuado: un pincel de pelo de marta muy fino, tamaño 4/0 (léase cuatro ceros) es lo ideal. Este pincel no lo tienen los depósitos dentales; se encuentra sin dificultades, y por muy poco dinero, en las tiendas de maquetas y modelismo.

Si se desea dar a la encía falsa un aspecto de «piel de naranja» se puede picar la superficie del composite,

Figura. 6: El color no es crítico. Aunque obtengamos un pobre resultado, tan pasado de azul como se aprecia aquí, no se va a notar. De cualquier manera, es mucho más favorecedor que unos dientes tan desmesuradamente largos como lo que presentaba antes de empezar.

antes de fraguarlo, golpeando suavemente con las puntas de las cerdas de un cepillo de dientes.

Finalmente se fragua —es fotopolimerizable— y se pule, poniendo

especial cuidado en no dejar asperezas, escalones o irregularidades en la zona yuxta y/o subgingival, ya que podrían retener placa y acabar originando una gingivitis.

CompNatur® (VOCO): para evitar las gingivitis VOCO ha apostado por un compómero. A falta de un pulido tan soberbio como el que se puede lograr con un composite de micropartícula, el compómero basa su baja retención de placa en su capacidad para desprender flúor. Se presenta en tres colores fluidos: claro, medio y oscuro, y uno de viscosidad normal, más claro aún, para colocar en la superficie. Los tonos son muy afortunados, con la dosis justa de azul para no necesitar retoques, lo que hace que su manejo sea sencillo: se selecciona el color del fluido que se va a poner de base y se extiende con el pincel sobre la zona del diente que se desea cubrir, previamente tratada con el adhesivo que uno prefiera, se fragua con la luz y se aplica encima el material más viscoso. Se ajusta el espesor de la capa hasta obtener el resultado deseado, se fragua, se pule y listo.

Su principal cualidad es la simplicidad de manejo; no es necesario complicarse la vida con maquillajes, aunque nada impide usarlos si la ocasión lo requiere, ya que la resina de los compómeros es la misma que la de los composites, son compatibles y adhieren entre sí sin reticencias. Su precio, más económico que el del Gingafill, es otro argumento a favor. Y su peor inconveniente es la desconfianza. Que los compómeros desprenden flúor es un hecho, pero existen serias dudas de que lo hagan en cantidad suficiente para resultar eficaz. También sus propiedades mecánicas son inferiores a las de los composites, y hay que tener en cuenta que, como los únicos dientes que los pacientes se cepillan con entusiasmo son los incisivos superiores, la tendencia a la

erosión del material va a ser alta. Si el lector es de los que no se fían de los compómeros, tal vez no sea ésta una elección de su agrado.

GC Gradia Gum (GC): es un composite de micropartícula fotopolimerizable destinado al laboratorio, que se puede utilizar en clínica como cualquier otro composite. Es bien sabido que los técnicos de laboratorio están mejor formados y son mucho más hábiles manejando colores que nosotros, lo que hace que sean también más exigentes; no es de extrañar, por tanto, que este material ofrezca una impresionante gama de dieciocho colores, a saber:

- Gum Opaque: fluido, tres tonos opacos: rosa claro, medio y oscuro.
- Gum opaque modifier: fluido, rojo, para matizar los anteriores.
- Gum Body: pasta de viscosidad normal, cinco tonos, incluido un azul traslúcido.
- Gum Modifier: fluido, siete tonos, entre ellos un azul, un violeta y un color hueso.
- Translucent: fluido, transparente.
- Gum Fiber: con microfibras rojas y azules para imitar los capilares de la mucosa.

Se aplican con pincel, salvo el Body, que por su mayor viscosidad se maneja con espátula. Los colores se pueden usar puros, por capas, o mezclarlos entre sí para obtener tonos intermedios.

No hay duda de que es el sistema más completo, aunque quizá algo excesivo para nuestras necesidades. Probablemente nuestra torpeza no nos permitirá sacarle todo el partido posible, como sí haría un buen técnico de laboratorio, y además lo normal

es que no tengamos que imitar grandes masas de encía, que es lo que pasa a diario en prótesis. Pero no es necesario hacerse de entrada con toda la paleta; podemos empezar con tres o cuatro tonos y luego ir ampliando con reposiciones sueltas según nuestras necesidades. Las jeringas son más económicas que las de Gingafill, pero contienen menos material, con lo que la cosa viene a quedar en empate técnico. Su mayor inconveniente es, pues, su complejidad, y el hecho de que si se quiere disponer del sistema completo hay que enfrentarse a un desembolso muy sensible.

En busca de la papila perdida

A veces lo que falta no es la encía del cuello, sino la papila, y resulta tentador reemplazarla con estos materiales. Lo que pasa es que el composite se pega al diente, no a la mucosa. Estamos hablando pues de una papila «dentosoportada», y si está adherida a los dos dientes contiguos no habrá manera de pasar la seda, con el consiguiente detrimento de la higiene y amenaza de gingivitis. Para resolver este problema hay varias posibilidades:

A) Si la porción de papila que falta es pequeña, se puede adherir a un solo diente, dejando junto al otro el espacio justo para que pueda pasar la seda. La mejor manera, creo, de resolver esto es cubriendo el diente al cual no queremos adherir con cinta de teflón antes del grabado. La cinta se mantiene en posición hasta terminar la reconstrucción y, al retirarla, deja una finísima rendija por donde se puede

pasar la seda, haciéndola resbalar sobre la cara proximal del diente no adherido, para luego deslizarla entre el composite y la encía. La ventaja es que, junto al diente, la rendija resulta invisible.

B) Si el defecto es mayor, la adhesión a un solo lado puede ser insuficiente porque un tirón de la seda podría desprender la restauración. Para acortar el brazo de palanca se puede partir la papila —la que hagamos nosotros, claro— en dos, adhiriendo cada mitad al diente de su lado y dejando la rendija en medio. Para ello se reconstruyen a mano las dos mitades sin que lleguen a unirse en el centro. Una vez fraguadas se sitúa entre ellas una matriz de mylar y se termina de cerrar el hueco manteniendo la matriz en posición. Retirada la matriz, la seda podrá pasar por el centro de la papila hasta la encía. Aquí sí se puede ver la hendidura si la línea de visión coincide exactamente con ella, pero resulta inapreciable a poco que varíe el ángulo. En todo caso, si la rendija nos ha salido lo bastante fina, se ve poco o nada (fig. 7).

C) Finalmente, si se trata de cubrir un defecto óseo de grandes dimensiones no hay más remedio que anclarlo por sus dos extremos. Entonces se diseña como un pónico, dejando por lingual un buen espacio entre composite y la encía para que puedan entrar por ahí las cerdas del cepillo y/o una seda enhebrada.

Cubriendo cuellos de coronas

Si alguno de los dientes anteriores está coronado, puede ser que la rece-

Figura 7: Una papila hendida permite pasar la seda (B). La hendidura es poco visible cuando la línea de visión coincide exactamente con ella (C), e imperceptible cuando no coincide (D).

sión de la encía (natural, por el paso de los años, o inducida por un defecto de adaptación cervical de la prótesis) deje al descubierto el margen metálico. Si éste es de oro no tiene muy mal pasar, pero si el metal es de los grises confiere al diente un aspecto que suele ser mal aceptado por el paciente. Si la corona es, además, de baja calidad lo más razonable es cambiarla por otra más larga que llegue al nuevo nivel de encía, pero si la hizo uno mismo dos años antes, o si está tan bien hecha que uno duda de poder quedar a la altura con la nueva, la cosa merece cierta reflexión. Y ya no digamos si la condenada corona

forma parte de un puente de seis piezas. Una posible alternativa para recuperar la estética sin eliminar la corona es cubrir el metal con composite para que no se vea, pero cubrir con composite color diente un metal negro sin que se transparente no es fácil, porque para enmascararlo eficazmente puede hacer falta un espesor de material considerable, lo que nos dejaría un relieve tan antiestético como antihigiénico en la zona del cuello. Por otro lado tampoco es sencillo acertar con el color de la porcelana de la corona, y aunque se consiga, dado que las propiedades ópticas de composite y cerámica son distintas, es

casi seguro que se va a acabar notando el parche.

Por eso parece más favorable utilizar composite color encía. Los pigmentos rojos que contiene lo hacen más opaco, y la necesidad de acertar con el color no es tan crítica.

El problema con el que nos vamos a enfrentar aquí va a ser de espacio (fig. 8A). Para que un diente aparezca visiblemente más largo que los demás la recesión gingival tiene que ser importante, pero para que se vea el metal de una corona basta con que sea de unas décimas de milímetro. Como no podemos permitirnos cubrir una porción de porcelana con nuestra

Figura 8: Cuando la recesión deja al descubierto el margen de una corona (A) el Expasyl (B) puede proporcionarnos el espacio suficiente (C) para trabajar sobre la raíz sin tocar la encía (D). Después cubrimos la raíz visible y el margen metálico con opaquer (E) y terminamos con composite color encía (F).

encia falsa, porque el diente quedaría demasiado corto, lo lógico es adherir el composite a la raíz y extendernos sobre la corona sólo lo justo para

ocultar el metal. Y la raíz, con frecuencia, apenas es visible entre el borde de la encía libre y el margen de la corona. Trabajar ahí para preparar

con fresa la porción radicular donde queramos realizar la adhesión es un calvario, porque por poco que roce- mos el borde gingival con la fresa va a

Figura 9: Una alternativa al Expasyl son los retractores mecánicos de encía: Cekrya (izquierda) y LM7500 (derecha).

sangrar, y con la encía sangrando no hay manera de poner un composite. Poner un hilo retractor para ampliar el espacio de trabajo es lo primero que a uno se le ocurre, pero no es una buena idea, porque si se retira antes de poner el material la encía sangrará igual, y estaremos en las mismas, mientras que si se deja hasta el final, una vez colocado y fraguado el composite no habrá forma humana de quitar el hilo. Eliminar la encía libre con bisturí eléctrico parece un poco exagerado. Es cierto que luego la vamos a reponer, pero es como desnudar a un santo para vestir a otro.

El Expasyl® (Pierre Rolland) es un retractor sin hilo. Se trata de un barro de caolín con cloruro de aluminio que retrae la encía de manera especialmente eficaz, y cuando se quita (a chorro de agua) no hay sangrado (figs. 8B y 8C). Lo malo es que es muy caro y la jeringa con que se inyecta está pésimamente diseñada. Aún peor es que, una vez abierto el carpule en

que viene presentado, el barro se seca en su interior en cuestión de horas, con lo que cada carpule, que se supone debería servir para varias aplicaciones, sólo vale para la primera, porque a la siguiente el material está seco y no sale. Una lástima.

Finalmente, se puede apartar la encía, empujándola con el instrumento adecuado. El Protector Gingival Cekrya® (Maillefer) consiste en un mango en cuyo extremo se alojan unas matrices metálicas curvadas que resultan muy prácticas para el menester. La curva de la matriz se puede modificar con alicates o simplemente con los dedos, para adecuarla al perfil de la encía. El Gingival Retractor LM7500® (LM Instruments) es parecido, salvo que las puntas son de metacrilato transparente. Como el metacrilato no es flexible y su curvatura no se puede variar, se ofrecen puntas de tres formas diferentes (fig. 9). Ambos obligan a utilizar una mano extra (la izquierda, si uno no es zurdo) para mantenerlos en su lugar

mientras se trabaja con la otra, pero su eficacia compensa esta pequeña incomodidad.

El Cekrya es más adaptable, pero si fresamos con él en posición (que es, precisamente, lo que se pretende) y se toca con la fresa la matriz metálica, el polvillo resultante, que tiñe la fresa y se extiende por la cavidad dejándola gris, puede complicarnos la vida. Con el metacrilato del LM7500 eso no ocurre, y podemos trabajar más tranquilos. En ambos casos habrá que tirar la punta, destruida por los fresazos, pero como vienen muchas de repuesto nos lo podemos permitir. Suele suceder que el diente coronado tenga hecha una endodoncia y su raíz sea casi igual de oscura que el metal. Si así ocurre será necesario cubrir el fragmento de raíz visible con un opaquer. Si se dispone de los opacos de Gradiac GUM, estupendo; si no, se hará necesario recurrir a opacificadores blancos, que resultan igualmente efectivos. El Maskig Agent U® de 3M Espe o el Creative Color Opaquer Pink® de Cosmedent aplicados con el pincel de 4/0 acostumbran a dar resultados muy gratificantes. Con el mismo opaquer se cubre también el margen metálico de la corona (figs. 8E y 8F).

Sobre el opaquer se coloca el material color encía tal como ya se ha explicado. El sobrecontorno en el cuello, inevitable con tantas capas, no debe preocuparnos, ya que el margen gingival debe hacer relieve sobre la superficie del diente; no obstante tampoco hay inconveniente en rebajar con una fresa la parte de la raíz que vayamos a cubrir, hasta una profundidad de medio milímetro, para ofrecernos un espacio extra, si nos parece necesario (fig. 8D).

Retoque de prótesis removibles

No deja de ser una función secundaria y episódica de estos materiales, pero el hecho es que también sirven para modificar el color o el perfil de encía de una prótesis de resina sin necesidad de recurrir al laboratorio. Está claro que lo ideal para este menester será el Gradia GUM, que está pensado precisamente para eso, pero lo otros también pueden servir.

Las resinas usadas en prótesis suelen ser acrílicos sin carga o composites de micropartícula lo bastante similares a los nuestros como para no plantear problemas de adhesión. Sólo si la pró-

tesis no está recién hecha y el acrílico lleva fraguado más de ocho o diez días puede ser conveniente utilizar un activador como el Ecusit Repair® (DMG) para ofrecer mejores esperanzas de longevidad. Si en vez de ocho o diez días son ocho o diez años es igual, también adhiere.

Conclusiones

Creo que estaremos todos de acuerdo en que lo que más se parece a la encía es la propia encía, así que la manera más juiciosa de resolver su ausencia es mediante cirugía mucogingival, pero a veces esta solución no es aplicable. Al paciente puede desa-

nimarle el hecho quirúrgico, o el presupuesto, y a nosotros la posibilidad de fracaso o nuestra limitada capacidad para llevar a cabo el tratamiento. No siempre se tiene a mano un periodoncista experimentado dispuesto a sacarnos las castañas del fuego.

La alternativa de imitar la encía con composite puede ser considerada como una chapuza, pero en todo caso es una chapuza sencilla, económica, inmediata y, desde luego, eficaz. Los pacientes suelen quedar satisfechos con el resultado y, sobre todo, encantados con la simplicidad del tratamiento.

La posibilidad, cualquiera que sea su valor, está ahí, y creo que merece ser tenida en cuenta.

Bibliografía recomendada

*Para profundizar en la lectura de este tema, el/los autor/es considera/an interesantes los artículos que aparecen señalados del siguiente modo: *de interés **de especial interés.*

1. Rufenacht CR. **Principios de Integración Estética**. Barcelona: Ed. Quintessence, S. L., 2001.
2. Goldstein RE. **Odontología Estética**. Barcelona: stm Editores S. A. 2002:231-54.
3. Antón-Radigales M. **Confección directa en boca de puentes adheridos soportados con fibra de vidrio**. Rev Act Estomatol Esp 1993;423:35-45.
4. Antón-Radigales M. **Puentes de fibra de vidrio de confección directa: diez años después**. RCOE 2001;6(2):197-208.
- 5**. Padrós Fradera E, Padrós Serrat JL, Manero Planella JM. **Los fastidiosos enigmas de la adhesión dentinaria (nuevas reflexiones)**. Ideas y Trabajos Odontoestomatológicos 2001;8-37. La biblia de la adhesión a dentina. De lectura obligada para cualquiera que aspire a saber todo lo que se puede saber sobre el tema.
6. Antón-Radigales M. **Clasificación de composites basada en criterios clínicos** I. Comportamiento óptico. RCOE 1997;2(6)461-70.
7. van Wijlen P. A **Modified Technique for Direct, Fibre-Reinforced, Resin-Bonded Bridges**: Clinical Case Reports. J Can Dent Assoc 2000;66:367-71. El único artículo que he podido encontrar que nombra los composites color encía. Por lo demás, la técnica que propone para hacer puentes inmediatos es la misma que publiqué en 1993^{3,4}, aunque no se me cite en la biblio-