

CONTACTOS Y CONTORNOS EN LAS RESTAURACIONES

Prof. Rudemar Blanco

Colaboraron en la ilustración: Mario D'Angelo y Pablo Rosini

I) Problema:

En el laboratorio y la clínica odontológica es muy frecuente cometer diversos errores en la reconstrucción de las piezas dentarias. Entre ellos los contactos y contornos de los dientes naturales, cuando se restaura su morfología por pérdida debido a caries, indicación protética, u otras causas.

II) Objetivo:

Destacar en forma sintética algunos aspectos que por simples no dejan de ser muy importantes para la armonía del sistema estomatognático cuando se reconstruyen los contactos y contornos de los dientes.



Fig. 1

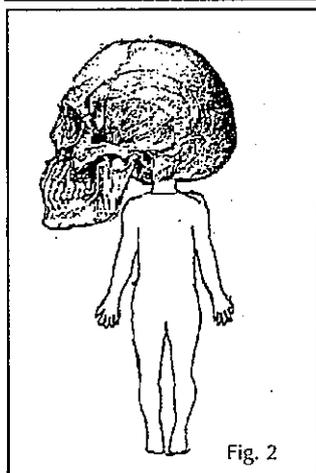


Fig. 2

Figs. 1 y 2.- Sistema estomatognático unidad anatómica y funcional que integra el sistema Biosicosocial hombre.

III) Contactos y contornos en la reconstrucción dentaria:

El sistema estomatognático es una unidad anatómica y funcional que integra a su vez una unidad Biosicosocial mayor (el hombre). (Figs. 1 y 2)

Es frecuente observar como las alteraciones morfológicas dentarias incorporadas mediante la realización de prótesis fija u operatoria originan alteraciones locales con repercusión en la salud del sistema estomatognático. Esos problemas se expresan como disfunciones y agresiones de los tejidos paradenciales entre otras.

Nos vamos a referir a las zonas de contacto interdentario y morfología proximal, lingual y

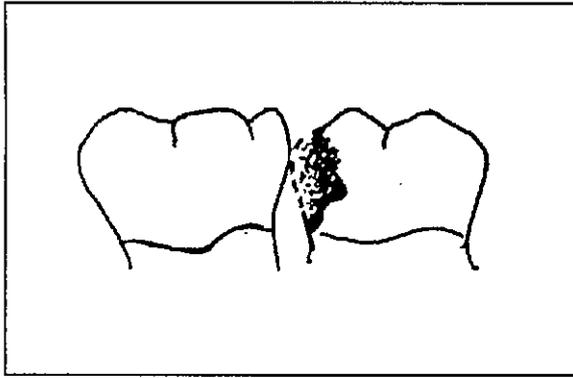


Fig. 3.- Diente con caries perdida del contacto.

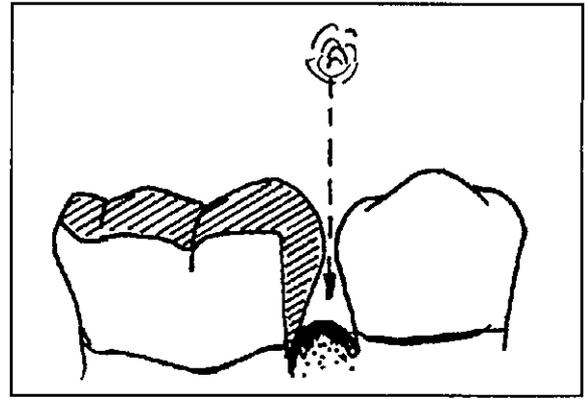


Fig. 4.- Contacto mal reconstruido supone trauma permanente sobre la papila.

vestibular de las reconstrucciones, así como a la necesidad de seguir básicamente la reproducción natural e individualizada de los tejidos dentarios perdidos, como procedimiento ineludible para prevenir trastornos locales y a distancia.

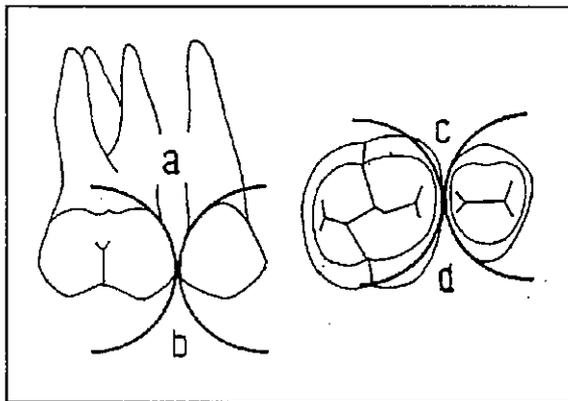
Todos los dientes poseen una serie de curvas, que desde el punto de vista funcional confieren eficacia masticatoria, estímulo y protección a los tejidos paradenciales. Estas superficies dentarias diseñadas por la naturaleza al cabo de millones de años, son tan precisos y necesarias que su modificación, configuración por patología o restauración compromete la salud de los tejidos vecinos al alterarse su función. (Figs. 3 y 4)

Cada diente presenta una morfología propia que es el resultado de un largo proceso de evolución adaptativa al sistema estomatognático huma-

no y el medio, cuyo fin es hacerlo armónico y eficiente al sistema biológico en el cual funciona. Esta morfología presenta variaciones de diente a diente y de individuo a individuo, presentando entonces peculiaridades propias de cada persona objeto de tratamiento.

La pérdida de una parte dentaria por trauma, caries o necesidades operatorias protéticas debe reconstruirse de tal forma que no suponga efectos negativos sobre la salud.

En un arco dentario completo los dientes están en contacto entre sí sujetados en su posición por la estructura ósea y los tejidos paradenciales, siendo el contacto un punto, una línea o una superficie de acuerdo con la edad del diente y la zona considerada. En todos los casos la fricción produce un leve desgaste haciendo de los puntos



Figs. 5 y 6.- Puntos de contacto y convexidades proximales correctas, a, b, c, d zonas que no se deben invadirse.

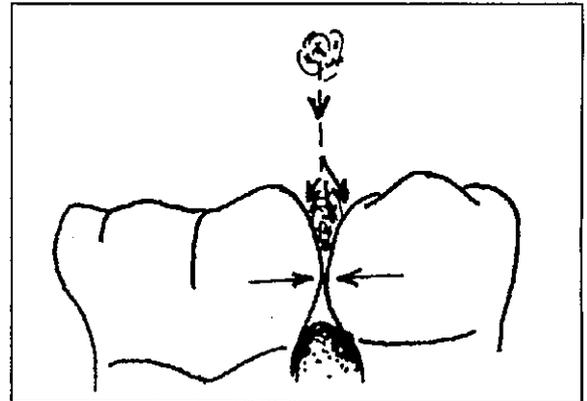


Fig. 7.- Contacto bajo e inadecuado provoca trauma en la papila interdientaria.

y líneas superficies de contacto. Los mismos se sitúan en el tercio incisal y vestibulo-medio en los anteriores y en el tercio ocluso medio y vestibulo-medio en los posteriores. (Figs. 5 y 6)

Los errores de reconstrucción frecuentes consisten en la ubicación incorrecta del punto, línea o superficie de contacto, y diseño de la morfología proximal y lingual no sólo por falta sino también por exceso. (Figs. 7 y 8)

La convexidad cervical vestibular de todos los dientes anteriores, la linguo-palatina de los premolares y molares, el cingulum en los dientes anteriores, deben reproducirse sistemáticamente para proteger los márgenes gingivales. (Fig. 9) Las reconstrucciones descriptas deberán reproducir no solo los caracteres generales descriptos sino también considerar mediante la observación de los dientes homólogos las peculiaridades del diente en cada caso.

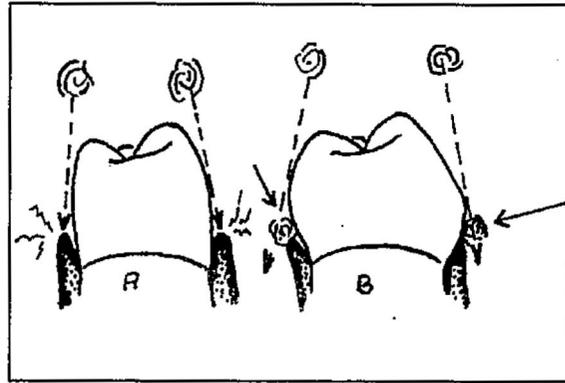


Fig. 8.- A) Pérdida de convexidad V y L y trauma gingival. B) Aumento de convexidad.

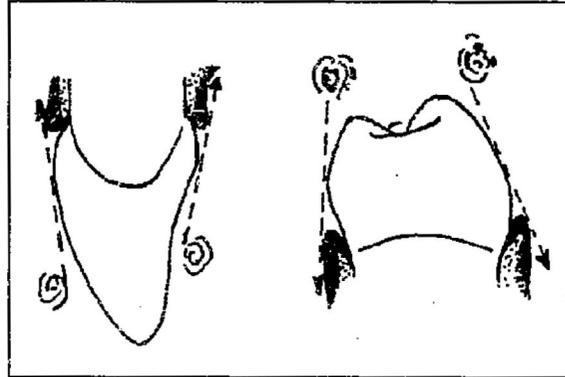


Fig. 9.- Convexidades correctas vestibular y lingual aseguran masaje y protección gingival.

BIBLIOGRAFIA

1. Waerhaug Jens, Tissues reactions around artificial crowns. Journal of Periodontology Nº 24, 1953.
2. L.A. Camanri Altube, El aparato dentario y la mecánica aplicada, Rosario 1945.
3. Sobotta, Atlas de Anatomía Humana, 19ª Ed. Panamericana, 1938.
4. Atlas a color de Anatomía Humana, 1977, London.
5. Pagano, J.L. Anatomía dentaria, 1965. Ed. Mundi, Buenos Aires.
6. Gutierrez, Jorge; Escudero, Pablo, Curso de Morfofunción. Corona y Raíz. Fac. de Odontología, Cátedra de Anatomía.
7. El empaquetamiento alimentario, Rev. Odontología 1951, Nº 39.
8. Carranza, Fermín. Conceptos básicos sobre prótesis en el Paradentósico, Rev. Odontológica 42, 1954, Buenos Aires.
9. Ackermann, F. Punto de contacto, lengüeta interdientaria, contornos. Rev. Odontológica Dic. 1936, ene. 1937, Buenos Aires.
10. Erausquin, Jorge. Inserción gingival. Rev. Asoc. Odont. Argentina, Nº 45, 1957.
11. Romanelli, Dr. Jorge, Periodoncia y Operatoria Dental, Rev. Asoc. Odontológica, Nos. 45, 46, 47 (1957, 1958, 1959).