

En la Práctica

Un enfoque sobre

MATERIALES | TECNOLOGÍA | NOTAS CLÍNICAS | PERFILES TECNOLÓGICOS

Para obtener un blanqueamiento óptimo es esencial un examen previo

Si reconocemos la causa de la decoloración podremos determinar el método y el resultado final de la técnica de blanqueamiento.

Por el Dr. Van B. Haywood

La realización de un examen minucioso antes de iniciar el tratamiento es el factor de mayor importancia en el proceso del blanqueamiento dental.¹ La exploración es necesaria para diagnosticar correctamente la causa de una decoloración del modo más oportuno, y las preguntas que uno debe contestar como resultado del examen incluyen las siguientes:

- ¿Es el blanqueamiento el tratamiento de elección o existen otros tratamientos más apropiados para afrontar la situación?
- ¿Ha de realizarse alguna terapia previa al blanqueamiento para mejorar la decoloración, o para evitar la sensibilidad, o un pobre resultado estético?
- Para conseguir la sonrisa que el paciente desea ¿Se precisa realizar algún otro tratamiento (ya sea esencial u opcional) tras el blanqueamiento?
- Entre las opciones de blanqueamiento ¿Cuál se amolda mejor a las características del paciente en cuanto a dentición, preocupaciones, finazas y estilo de vida?

Un correcto examen previo incluye pruebas clínicas y radiográficas con objeto de reconocer cualquier posible etiología del diente decolorado. En el paciente que cuenta con historial clínico puede que ya dispongamos de radiografías de los dientes anteriores, sin embargo, es posible que sólo dispongamos de radiografías de aleta del sector posterior debido a que las caries del grupo anterior las solemos diagnosticar mediante transiluminación, y las del grupo posterior por radiografía. Consecuentemente, al afrontar el blanqueamiento debemos considerar siempre la exploración radiográfica de los incisivos si no disponemos de radiografías previas. La radiografía suele obtenerse posicionando la placa horizontalmente y doblándola por detrás de los dientes con objeto de obtener una perspectiva periapical de todo el sector incisivo. No obstante, ante cualquier diente obscurecido es obligatoria una imagen periapical detallada del diente que diagnostique una posible lesión periapical o una reabsorción.

Las radiografías juegan un papel imprescindible

El propósito de la exploración radiográfica es evaluar la presencia de patología periapical que no se haya manifestado con dolor, inflamación, movilidad, o cualquier otro síntoma o signo que pudiese manifestar el diente con decoloración.

Después de un traumatismo un diente puede tardar incluso veinte años en mostrar patología periapical con pocos o ningún síntoma.² Los dientes que han sufrido un traumatismo pueden tornarse ligeramente oscuros sin que necesariamente exista muerte pulpar.³ Los test de vitalidad pulpar pueden estar indicados en tales casos si bien, los dientes con pruebas pulpares negativas sin signos clínicos previos de absceso o dolor será preferible someterlos al tratamiento blanqueador más que a una terapia endodóncica.

Respecto a las radiografías resulta aún más decisivo el hallazgo de una reabsorción externa o interna. Los dientes con reabsorción también suelen estar asociados a un traumatismo y, no obstante, permanecer vitales exhibiendo únicamente una decoloración.⁴ Solamente la radiografía revelará la reabsorción que la mayoría de las veces requiere

Después de un traumatismo un diente puede tardar incluso veinte años en mostrar patología periapical con pocos o ningún síntoma.

un tratamiento endodóncico agresivo para salvar el diente. Cualquier pérdida de tiempo por un diagnóstico incorrecto de la causa de la decoloración puede derivar en la pérdida del diente. Puede ser necesaria una cirugía periodontal para acceder directamente a la reabsorción, o puede ser preferible una extrusión ortodóncica con una corona de recubrimiento antes que un blanqueamiento.

Las radiografías también son útiles para determinar si el diente ha sufrido una metamorfosis cálcica que haya obliterado la cámara pulpar con dentina secundaria. Estos dientes pueden mostrar respuestas vitales positivas o negativas en las pruebas pulpares pero, de nuevo, no es aconsejable la terapia endodóncica si no hay una evidencia radiográfica de absceso, o manifestaciones clínicas de dolor o inflamación.^{5,6} Sin embargo, el paciente debe estar informado de que ante tal situación el blanqueamiento tardará más en conseguir los resultados deseados. Incluso puede ser apropiado utilizar una cubeta especial para tratar primero el diente en solitario y poder determinar así el máximo cambio de color que se puede obtener.²

Como en cualquier exploración dental normal, la radiografía también puede descubrir otras anomalías como tumores, quistes y caries que pueden estar afectando al color del diente. Puede presentarse un diente supernumerario que comprometa las opciones de terapia endodóncica.

La exploración clínica comprenderá el diagnóstico de la caries y una observación de tejidos blandos y duros que pueda diagnosticar abscesos, un cáncer, y cualquier otra anomalía o enfermedad. La caries puede presentarse en las regiones lingual e interproximal provocando que la superficie vestibular del diente aparezca oscurecida. La tinción puede ser debida a una restauración decolorada.

La observación clínica debe identificar la presencia de superficies radiculares expuestas, porque la raíz se blanquea de forma diferente a la corona anatómica del diente. En efecto, la raíz no cambia de color tan fácilmente como la corona, y las tinciones intensas del margen gingival van a tener peor respuesta al blanqueamiento. Las manchas blancas deben identificarse porque no desaparecen con el blanqueamiento.^{7,8} Cuando existan manchas blancas el objetivo principal es blanquear el resto del diente hasta que las manchas blancas sean menos perceptibles.

Dentro del examen clínico también está incluida la evaluación estética de la sonrisa, esta incluye las proporciones visibles de la corona del diente y la presencia de una sonrisa gingival. Típicamente, el blanqueamiento no mejora la apariencia del diente pequeño con sonrisa gingival y de hecho, el diente más blanco acentúa la sonrisa gingival y sería preferible la cirugía plástica periodontal como tratamiento previo. Deben advertirse los defectos de la arquitectura gingival y alteraciones en la relación armónica de las arcadas porque ambos suelen ser más manifiestos cuando los dientes están más blancos.

Debido a que los pacientes muestran un mayor atractivo cuando el color de sus dientes coincide con el tono del blanco de los ojos, la concordancia entre el tono de los dientes y el globo ocular es un buen indicador del punto final del tratamiento blanqueador. Esta práctica es preferible que intentar conseguir un determinado tono de la guía de colores.⁹

Como las raíces expuestas no se blanquean, el paciente ha de estar preparado para las limitaciones para alcanzar unos resultados ideales del

blanqueamiento. Las restauraciones estéticas existentes, tanto de composite como de cerámica, no cambian de color, por tanto los pacientes deben estar informados sobre la necesidad de tratamientos adicionales que sustituyan las restauraciones que no se ajustan al nuevo color del diente.

El paciente ha de ser evaluado respecto a la presencia de bordes translúcidos en el borde incisal habitualmente llamados "Halo azul". Algunos dientes se tornan más opacos con el blanqueamiento mientras otros se vuelven más translúcidos pudiendo acentuar estas áreas. Un modo de determinar si el tono azul corresponde a un área translúcida o a una decoloración es poner el dedo con un guante blanco detrás del diente, si la decoloración desaparece es translucidez, y si permanece es una tinción que generalmente responde al tratamiento blanqueador.

El paciente podría mostrar una translucidez debido a una erosión en la cara lingual del diente que afina el margen incisal. Tales situaciones pueden estar asociadas a problemas médicos y pueden requerir un recubrimiento con material compuesto que proteja a la dentina de una erosión adicional. Si el paciente es bruxista y ha desgastado todo el espesor del borde incisal el recubrimiento puede no ser una buena opción debido a factores oclusales.

Otra causa de decoloración similar se produce en el diente teñido por tetraciclinas. En Odontología solíamos creer que las manchas por tetraciclinas solamente sobrevenían durante el periodo de formación del diente, pero artículos recientes han citado a la minociclina, un tratamiento habitual en el acné, como potencial causa de tinción en dientes adultos totalmente formados.¹⁰ Los derivados de la tetraciclina, como la minociclina, se depositan en la dentina secundaria y pueden ser absorbidos hacia el interior del diente al ser secretados en la saliva, como ocurre en la tinción por hierro. Al no existir un buen sustituto de la minociclina, los pacientes con acné continúan tomándola y consecuentemente, un tratamiento blanqueador inicial llevará más tiempo y precisará un retratamiento con el paso de los años.

Otras cuestiones a considerar

Se debe interrogar sobre los antecedentes o la presencia de sensibilidad. Los pacientes con sensibilidad deberían utilizar las concentraciones más bajas de agente blanqueador para las técnicas de cubeta. Serán precisas instrucciones de cepillado mediante pasta dental desensibilizante con nitrato potásico, el uso de agentes con nitrato potásico dentro de la cubeta, y otras técnicas de tratamiento apropiadas para minimizar o evitar la sensibilidad. El cepillado con pasta desensibilizante en las dos semanas previas al inicio del blanqueamiento puede reducir la sensibilidad. El blanqueamiento no se debe iniciar el mismo día de la profilaxis periodontal debido a que los dientes y las encías están más sensibles.¹¹

Como las raíces expuestas no blanquean, el paciente ha de estar preparado para las limitaciones que impedirán alcanzar unos resultados ideales del blanqueamiento. Las restauraciones estéticas existentes, tanto de composite como de cerámica, no cambian de color.

El análisis oclusal identificará problemas de la articulación témporo-mandibular y cuan cerca está el paciente de la oclusión ideal. Para ambos problemas pueden ser apropiados diferentes diseños de cubetas y diferentes tiempos de actividad del blanqueamiento, de este modo, podremos minimizar las interacciones oclusales usando la cubeta en una única arcada y hacer tratamientos cortos supervisados en clínica. El blanqueamiento por arcadas también reduce la sensibilidad, permite al paciente hacer un seguimiento del blanqueamiento por comparación y reduce los costos en el comienzo del tratamiento.

Los dientes con tratamiento endodóncico presentan un sinnúmero de opciones. Pueden ser blanqueados desde dentro, o por fuera, o de ambas formas. Están indicadas cubetas especiales individualizadas a un solo diente para determinar si el diente teñido se blanqueará lo suficiente como para justificar el blanqueamiento de todos los dientes. Deberá retirarse todo el contenido de la cámara pulpar para que no influya en el color del diente. Los dientes tratados con puntas de plata será mejor no tocarlos a menos que el paciente esté dispuesto a hacer un retratamiento cuando la punta de planta esté

contactada (que se haya roto el sellado apical).

Una vez que todo el examen se ha completado, incluyendo las radiografías, el odontólogo debe establecer un diagnóstico correcto de la causa de la decoloración y prescribir el tratamiento más apropiado.



DR. VAN B. HAYWOOD

Catedrático
del Departamento de Rehabilitación Oral
Facultad de Medicina Dental
Universidad de
Ciencias de la Salud de Georgia
Augusta (Georgia)

Bibliografía

1. Tooth Whitening/Bleaching: Treatment Considerations for Dentists and Their Patients. ADA Council on Scientific Affairs. September 2009 (revised November 2010).
http://www.ada.org/sections/about/pdfs/HOD_whitening_rpt.pdf
2. Haywood VB, DiAngelis AJ. Bleaching the single dark tooth. *Inside Dentistry*. 2010;6(8):42-52.
3. Feiglin B. Dental pulp response to traumatic injuries—a retrospective analysis with case reports. *Endod Dent Traumatol*. 1996;12(1):1-8
4. Cohen S, Burns RC. *Pathways of the Pulp*. 6th ed. St. Louis, MO: Mosby; 1994:503.
5. Andreasen FM, Zhijie Y, Thomsen BL, Andersen PK. Occurrence of pulp canal obliteration after luxation injuries in the permanent dentition. *Endod Dent Traumatol*. 1987;3(3):103-115.
6. Robertson A, Andreasen FM, Bergenholtz G, et al. Incidence of pulp necrosis subsequent to pulp canal obliteration from trauma of permanent incisors. *J Endod*. 1996;22(10):557-560.
7. Ardu S, Stavridakis M, Krejci I. A minimally invasive treatment of severe dental fluorosis. *Quintessence Int*. 2007;38(6):455-458.
8. Ardu S, Castioni NV, Benbachir N, Krejci I. Minimally invasive treatment of white spot enamel lesions. *Quintessence Int*. 2007;38(8):633-636.
9. Mrazek B. “Don’t bleach until you see the white of their eyes”. *Compend Contin Educ Dent*. 2004;25(6):472-476.
10. Haywood VB. The “bottom line” on bleaching 2008. *Inside Dentistry*. 2008;4(2):82-89.
11. Browning WD, Blalock JS, Frazier KB, et al. Duration and timing of sensitivity related to bleaching. *J Esthet Restor Dent*. 2007; 19(5):256-264.