



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ANÁLISIS COMPARATIVO DE DOS SISTEMAS DE RECONSTRUCCIÓN
ESTÉTICA "LAMINADOS DE PORCELANA Y RESINA CON TÉCNICA
DIRECTA" PARA EL SEGMENTO ANTERIOR: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
C I R U J A N O D E N T I S T A

P R E S E N T A:

MARCO ANTONIO TOVAR VITAL

TUTORA: MTRA. MARÍA MAGDALENA BANDÍN GUERRERO

ASESORA: CD. MARÍA GABRIELA MOSCOSO ZENTENO

MÉXICO, D.F.

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



A DIOS

POR TODAS LAS BENDICIONES QUE ME HA PROCURADO,

POR DARME LA FÉ Y LA ESPERANZA PARA SEGUIR ADELANTE TODOS LOS DÍAS DE MI VIDA

A PESAR DE LOS OBSTÁCULOS ENCONTRADOS EN MI CAMINO.

“GRACIAS”



A MIS PADRES:

MARTHA VITAL Y MARCO A. TOVAR

POR DARME LA VIDA Y EL HONOR DE SER EL MAYOR DE SUS TRES HIJOS.

POR GUIAR MIS PASOS HACIA EL BUEN CAMINO DEL ESTUDIO, LA CONSTANCIA Y LA DEDICACIÓN. POR ENSEÑARME QUE TODO LO BUENO Y QUE VALE LA PENA SE CONSIGUE CON ESFUERZO Y MUCHO SACRIFICIO.

GRACIAS POR SUS REGAÑOS YA QUE SIN ELLOS NO ESTARÍA LOGRANDO ESTE GRAN PROPOSITO.

GRACIAS POR TODO SU APOYO MORAL, SENTIMENTAL Y ECONÓMICO, POR SUS PALABRAS, SU COMPRENSIÓN, SUS DESVELOS, POR SUS ENOJOS, POR SUS LÁGRIMAS, POR TODO EL ESFUERZO Y SUDOR DERRAMADO DURANTE TODOS ESTOS AÑOS DE VIDA ACADEMICA.

EN FIN... POR DARNOS SU VIDA ENTERA A NOSOTROS SUS HIJOS.

GRACIAS MAMÁ Y PAPÁ POR EXISTIR.

LOS AMO

A MIS DOS ANGELITOS.

ELI Y DULCE

POR BRINDARME TODO SU APOYO, CARIÑO, TERNURA Y COMPRESION, POR ESTAR SIEMPRE Y EN TODO MOMENTO CONMIGO, POR SU MOTIVACIÓN, POR SUS PALABRAS, POR SER DE MIS PRIMEROS PACIENTES Y POR TODA SU AYUDA INCONDICIONAL.

SIMPLEMENTE POR SER MIS HERMANITAS GRACIAS.

"LAS QUIERO MUCHO"



A TODOS MIS SERES QUERIDOS

***A TODOS ELLOS GRACIAS, YA QUE DIRECTA O INDIRECTAMENTE ME DIERON LA CONFIANZA
PARA PODER SEGUIR ADELANTE EN BUSCA DE MI GRAN SUEÑO. PORQUE DURANTE TODO
ESTE TIEMPO SIEMPRE ESTUVIERON PRESENTES.***

***EN ESPECIAL LE DOY LAS GRACIAS A UNA GRAN PERSONA QUE ME MOTIVO A SER UN
PROFESIONISTA.***

MI ABUELITO. QEPD



A JESSICA GUERRERO C.

***TE DOY GRACIAS POR COMPARTIR VARIOS AÑOS DE TU VIDA ACADÉMICA CONMÍGO, POR
TODOS TUS CONSEJOS, TU MOTIVACIÓN, TU TRANQUILIDAD, POR ESTAR EN LOS BUENOS
Y MALOS MOMENTOS, POR AGUANTAR TODO MI MAL CARÁCTER, POR TODOS TUS
CUIDADOS, POR TU CARIÑO, TU COMPRESION, TU TOLERANCIA, POR TENER SIEMPRE TU
APOYO, POR SER MI PACIENTE Y POR SER SIMPLEMENTE TÚ.***

***POR DARME LA OPORTUNIDAD DE CONOCER A ESA GRAN MUJER A LA CUAL ADMIRO,
RESPECTO, APRECIO Y POR TODO LO QUE ERES.***

GRACIAS.

TE QUIERO MUCHO



CON APRECIO Y RESPETO A MI DIRECTORA DE TESINA

MTRA. MAGDALENA BANDÍN

POR BRINDARME TODO SU APOYO EN LA REALIZACIÓN DE ESTE TRABAJO, GRACIAS POR SU ENTREGA, POR SU TIEMPO Y DEDICACIÓN. POR SUS REGAÑOS Y BUENOS CONSEJOS.

EN ESPECIAL POR SER UNA GRAN PERSONA.

GRACIAS.

CON RESPETO Y ADMIRACIÓN A MI ASESORA

C.D. GABRIELA MOSCOSO

GRACIAS POR SU APOYO Y ASESORÍA EN ESTE TRABAJO, POR SU TOLERANCIA Y SOBRE TODO POR SU GRAN AMABILIDAD.



A MI UNIVERSIDAD

LA CUAL HA LLEGADO A SER POR VARIOS AÑOS COMO MI SEGUNDA CASA.

LE DOY GRACIAS POR ABRIRME LAS PUERTAS DEL CONOCIMIENTO Y DEL BUEN SABER.

POR TODA SU ENSEÑANZA, POR TODAS LAS OPORTUNIDADES.

EN FIN POR DARME UN PEDACITO DE SU GRANDISIMO CORAZON.

GRACIAS.

A MI FACULTAD

POR BRINDARME GRAN PARTE DE SUS CONOCIMIENTOS Y DE SU EXPERIENCIA, POR DARME LA VALIOSA OPORTUNIDAD DE APRENDER UNA HERMOSA PROFESIÓN DE LA CUAL ESTÓY MUY FELÍZ Y ORGULLOSO. POR TODAS ESTAS INNUMERABLES COSAS TE DOY LAS GRACIAS.

Y SOBRE TODO POR HACER DE MÍ UNA MEJOR PERSONA.

A TODOS LOS DOCTORES

EN VERDAD ESTOY MUY AGRADECIDO CON TODOS Y CADA UNOS DE LOS MAGNÍFICOS DOCTORES QUE INTEGRAN ESTA FACULTAD, YA QUE CON SU GRAN APOYO Y CONOCIMIENTO LOGRARON QUE MI GUSTO POR LA ODONTOLOGÍA SE HICIERA CADA VEZ MÁS FUERTE.

GRACIAS POR TODO SU TIEMPO, ESFUERZO, DEDICACIÓN Y PACIENCIA QUE NOS DEDICAN A CADA UNO DE NOSOTROS.



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I

1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	11
1.2 GENERALIDADES.....	13
1.3 COMPOSICIÓN DE LAS RESINAS.....	18
1.4 COMPOSICIÓN DE LAS PORCELANAS.....	20
1.5 CUADRO COMPARATIVO: PORCELANA / RESINA.....	21
1.6 CLASIFICACIÓN SEGÚN EL MATERIAL UTILIZADO.....	24

CAPÍTULO II CARILLAS DE COMPOSITE A MANO ALZADA

2.1 INDICACIONES	26
2.2 CONTRAINDICACIONES.....	26
2.3 VENTAJAS	27
2.4 DESVENTAJAS.....	28
2.5 PREPARTACIÓN DE CARILLAS A MANO ALZADA.....	29



CAPÍTULO III LAMINADOS DE PORCELANA

3.1 INDICACIONES.....	34
3.2 CONTRAINDICACIONES.....	37
3.3 VENTAJAS.....	39
3.4 DESVENTAJAS.....	40
3.5 PREPARACIÓN PARA LAMINADOS DE PORCELANA.....	40

CAPÍTULO IV INTERPRETACIÓN BIBLIOGRÁFICA

4.1PORCENTAJE DE DURABILIDAD.....	47
4.2CARILLAS DENTALES CON RESINA COMPUESTA: UNA ALTERNATIVA EN OPERATORIA DENTAL.....	48
4.3 RESTAURACIONES PARCIALES DE INSERCIÓN RÍGIDA.....	49
4.4EVALUACIÓN CLÍNICA ENTRE CARILLAS DE PORCELANA Y CARILLAS DE RESINA. "RESULTADOS DE DOS AÑOS".....	50



INTRODUCCIÓN

La cara es la primera parte del cuerpo que se ve cuando nos relacionamos; por tanto, la expresión facial es el aspecto más importante en la estética ya que cualquier defecto puede provocar el rechazo del observador o incluso, en muchas ocasiones, inseguridad o complejos en la persona que lo posee.

Actualmente vivimos en una sociedad cada vez más obsesionada con la apariencia estética. Este es el motivo por el que debemos ofrecer a nuestros pacientes una atención especial en las técnicas estéticas que año tras año se vienen desarrollando.

La práctica odontológica ha sufrido una serie de avances tecnológicos aunado con un importante desarrollo evolutivo en los materiales dentales. La mayor demanda por parte de los pacientes, es en el ámbito estético seguido del funcional.

Cada vez es más importante para el paciente y el dentista, estar conscientes de las aplicaciones y limitaciones de los diferentes materiales de restauración estética disponibles en la rama odontológica.

Una sonrisa agradable es parte importante en la composición del aspecto facial de cada persona; para lograr una buena presencia, la odontología desarrolló técnicas y materiales que intentan corregir algunos defectos que afectan dicha armonía facial dándoles un aspecto más estético.

El progreso de los composites, así como la evolución de las cerámicas, es un fiel exponente de las demandas de la población. De esta forma, las carillas de porcelana y de resina se han ido abriendo camino entre las diferentes técnicas reconstructivas de la sonrisa.



CAPITULO I

1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La mayoría de los dentistas creen que los comienzos de la odontología cosmética se iniciaron con las resinas. Pero la sensación estética que proporciona la sonrisa se ha tenido en cuenta desde el primer retrato hasta el descubrimiento de la fotografía. En el cine ocurrió lo mismo. En los años 20^s mejoran las técnicas de proyección, apreciándose más los defectos estéticos.

Motivo, los productores de Hollywood exigían a los actores una mayor perfección, especialmente en sus sonrisas, ya que no todos poseían una dentición perfecta. Por aquel entonces el Dr. Charles Pincus, dentista de Beverly Hills, intentaba mejorar el aspecto estético de sus pacientes, muchos de los cuales trabajaban en la industria cinematográfica.

El reto era mejorar los primeros planos de las sonrisas con algo estético, cómodo, que no interfiriera con la función fonética y que se mantuviera en la boca el tiempo necesario. Desarrollando así las carillas de porcelana, las cuales cumplían estos requisitos. La técnica consistía en cocer una capa muy fina de porcelana sobre papel de aluminio, diseñando de esta forma unas carillas ferulizadas, que se pegaban temporalmente sobre los dientes del actor que iba a actuar².

El gran inconveniente de estas carillas era la falta de componentes de adhesión que posibilitara la estabilidad de estas reconstrucciones a largo plazo. En 1955, Buonocuore consigue grabar el esmalte dental, lo que supuso un paso importante en la adhesión al tejido dentario.

En 1972 el Dr. Alain Rochette publica un artículo donde describe un nuevo concepto de adhesión entre esmalte grabado y restauraciones de porcelana sin grabar.



CAPITULO I

A ésta, la porcelana, se le aplicaba un producto, el silano, para facilitar la adhesión química de un cemento de resina sin partículas de relleno. Aunque los resultados obtenidos a lo largo de un año fueron excelentes, durante muchos años se dejó de hablar de su producto⁶.

Pasaron los años, hasta que los doctores Simonsen y Calamia, en la década de los 80, descubren el efecto de grabado del ácido fluorhídrico sobre la cerámica. Es a partir de entonces cuando se puede decir que comienza el avance de las carillas de porcelana³.

Entre las principales ventajas de la porcelana tenemos, muy buena biocompatibilidad, excelente parecido a la estructura dental y durabilidad en boca.

Ya en años más recientes el uso de estas carillas con porcelana ha sido mucho más frecuente por diversas personas del medio artístico y político, debido a que éste recurso proporciona una excelente estética, enmascarando diversos defectos de forma y/o estructurales.



1.2 GENERALIDADES

La carilla dental estética o recubrimiento bucal total es un recurso excelente para una rehabilitación estética y funcional de uno o más dientes de la zona anterior de la boca; que presentan alteraciones cromáticas, morfológicas o de alineación por las siguientes causas:

- a) Obturaciones deficientes
- b) Obturaciones pigmentadas por filtración marginal
- c) Pigmentaciones endógenas (tetraciclinas, o por envejecimiento)
- d) Pigmentaciones exógenas por café, te, tabaco.
- e) Hipoplasias
- f) Anomalías morfológicas de posición, de forma y de tamaño.
- g) Fracturas o caries extensas¹

Las pigmentaciones endógenas pueden limitarse al esmalte o también afectar a la dentina. La carilla estética es un tratamiento complementario o alternativo de los métodos de blanqueamiento y microabrasión.

Las carillas de porcelana se pueden definir como una lámina relativamente fina de cerámica que se adhiere a la superficie vestibular de los dientes anteriores mediante resina compuesta y cuya única finalidad es la estética. Hoy en día se considera una de las técnicas de reconstrucción indirecta con resultados más favorables, tanto por su duración como por su aspecto estético.

Son unas láminas de cerámica de grosor variable entre 0.5mm y 0.8mm como máximo y construidas en el laboratorio de prótesis dental, estas carillas tienen la forma de los dientes donde irán adheridas.



CAPITULO I



Estas carillas se construyen en forma individual. Esta técnica es mucho menos traumática que la preparación de coronas totales.¹



PLA García Rafael; Procedimientos para la elaboración de carillas de porcelana, <http://www.blanqueamientodental.ca%20total.htm/>, Albacetre (2001)⁴

Para resolver con éxito el caso clínico es necesario que exista esmalte suficiente en cantidad y espesor, la corona clínica tenga un tamaño normal, el paciente debe poseer hábitos higiénicos adecuados. Dentro de las indicaciones están las siguientes:



CAPITULO I



Diastemas.

Los diastemas, y en particular el diastema medio interincisivo, es uno de los hallazgos más frecuentes en la práctica odontológica⁵ y pueden ser debidos a diversas causas: maloclusión, discrepancias en el tamaño dental o enfermedad periodontal.

Aunque es evidente que la prevalencia de los diastemas de la línea media maxilar varía según la población y el grupo de edad, este fenómeno está asociado a un factor importante de maloclusión. En los niños en proceso de desarrollo, los diastemas de la línea media maxilar son normales. Sin embargo, en los adultos este efecto está asociado a la discrepancia en el tamaño de los dientes y a una excesiva superposición vertical de los incisivos. También puede originarse por la angulación mesio-distal de los incisivos, la inclinación labio-lingual de los incisivos, los frenillos.

La rehabilitación de casos de diastemas mediante carillas de porcelana en grupos anterosuperiores se considera una solución muy conservadora, siempre y cuando el tratamiento ortodóncico no sea el indicado o el paciente no lo acepte.



Tinciones dentarias:

Estas pueden ser debidas a tres causas:

A) Tratamientos endodóncicos.

Son las producidas por tratamientos endodóncicos en los que ha existido una hemorragia interna que con el tiempo acaba pigmentando el tejido dentario. En este caso somos partidarios de evitar en lo posible cualquier restauración protésica, debido a que con blanqueamientos internos se pueden conseguir resultados muy buenos⁶.



B) Tinciones dentarias medicamentosas.

Otro tipo de tinciones dentarias son las tinciones medicamentosas en pacientes tratados durante su infancia con tetraciclinas. Su efecto dañino en los dientes fue descubierto en 1956⁷.

Su administración durante el embarazo y en los niños que no han acabado la calcificación de la corona de los dientes definitivos, aproximadamente hasta los ocho años, produce un color amarillento durante la erupción para transformarse en marrón por la exposición a la luz⁸.

Estos casos pueden tratarse directamente con composites o con carillas de porcelana. Las restauraciones directas con composites son una alternativa terapéutica que permite obtener resultados estéticos muy satisfactorios⁹.



Antes



Después



CAPITULO I

Las carillas dentales están contraindicadas en:

- 1) Dientes con coronas clínicas muy cortas.
- 2) En dientes con erosiones gingivales muy extensas.
- 3) En dientes que tengan muy poco esmalte bucal y mucha dentina expuesta.
- 4) En pacientes con hábitos oclusales traumáticos, como son el bruxismo, onicofagia, o la oclusión borde a borde.
- 5) Pacientes con hábitos higiénicos deficientes.
- 6) Dientes con obturaciones y/o caries muy extensas.
- 7) Con la corona debilitada.
- 8) En órganos con movilidad o con enfermedad periodontal.
- 9) Y en los casos en donde la pigmentación sea demasiado oscura¹.

1.3 COMPOSICIÓN DE LAS RESINA.

Las resinas sintéticas se incluyen como materiales de restauración porque son insolubles, estéticas, económicas y relativamente fáciles de manipular. Fueron introducidas a finales de los años 40^s y a principios de la década de los 50^s, y parcialmente reunieron los requisitos de materiales estéticos y durables para dientes anteriores.



CAPITULO I

Para resolver las diferencias causadas por la alta concentración de polimerizado y elevado coeficiente de expansión térmica se agregaron partículas inertes como relleno para reducir el volumen de las resinas compuestas.

El mayor avance ocurrió cuando Bowen desarrolló un nuevo tipo de material compuesto. Sus principales innovaciones fueron el bisfenol A- glicidil metacrilato (BIS MA), a una resina de metacrilato, y el uso de un silano que cubrirá las partículas de relleno para lograr el enlace químico de la resina.

El BIS-GMA tiene mayor peso molecular que el metacrilato, la densidad del metacrilato en los grupos de doble enlace es menor en el monómero del BIS-GMA, factor que reduce la contracción de la polimerización.

Un composite se caracteriza por su estructura que incluye: la matriz orgánica (resina) del 30 al 50% del volumen total del material. La matriz más frecuente es la de BIS- GMA o Matriz de Bowen.

Los factores que influyen la translucidez de una resina son:

- *Concentración de carga inorgánica
- *Índice de refracción de luz de estas cargas
- *Cantidad de opacadores y colorantes presentes en la matriz resinosa
- *Cuanto mayor sea la concentración de cargas inorgánicas (vidrio, bario, zirconia, cuarzo), menor será la translucidez que la resina presente.



CAPITULO I

Asociado a eso cuanto mayor sea el índice de refracción de la luz de estas cargas, menor será la translucidez.

Un mayor refinamiento, en nivel de estética para las carillas es conseguido con el uso de tintas propias para las resinas compuestas¹².

1.4 COMPOSICIÓN DE LA PORCELANA

La composición de la porcelana convencional es una cerámica vítrea basada en una red de sílice (SiO_2) y feldespato de potasio ($\text{K}_2\text{O} \cdot \text{Al}_2\text{O}_3 \cdot 6\text{SiO}_2$) o feldespato de sodio ($\text{Na}_2\text{O} \cdot \text{Al}_2\text{O}_3 \cdot 6\text{SiO}_2$), o ambos. Posteriormente se le van agregando a su composición pigmentos, opacadores y vidrios, para controlar su temperatura de fusión.

El sílice (SiO_2) puede existir en cuatro formas diferentes: cuarzo cristalino, cristobalita cristalina, tridimite cristalino y sílice fundido o no cristalino. También se incluyen fundentes, (vidrios de baja fusión) para reducir la temperatura requerida para compactar las partículas de polvo de porcelana juntas a temperaturas lo suficientemente bajas para que la aleación a la que se unen no se fundan o deformen¹¹.

Este material es el que presenta mayor translucidez; esta compuesto básicamente de un refractario asociado a una fase vítrea, la cual será directamente proporcional a su translucidez.

La alúmina, elemento que casi esta presente en todas las porcelanas modernas confiere una resistencia mayor al impacto, sin embargo disminuye la translucidez del material.



El opacador para las porcelanas, por poseer una alta cantidad de alúmina y poca fase vítrea, es de extrema utilidad en la obtención del color con las técnicas convencionales, de uso casi exclusivo de las carillas.

Con el tiempo se desarrollaron porcelanas llamadas dentino-opacas, propias para las carillas, sacrificando mientras tanto, la limitación de la translucidez natural del diente¹².

1.5 CUADRO COMPARATIVO PORCELANA VERSUS RESINA.

Tanto las carillas de porcelana como las elaboradas con resina, tienen sus ventajas y desventajas. Pero en una forma más generalizada las carillas deben cumplir con las siguientes características:

En cuanto al método de confección:

*Un bajo costo, accesibilidad.

*Que eventualmente pueda ser confeccionado fácilmente en el propio consultorio y en el menor tiempo posible.

En cuanto al material utilizado:

* De fácil manipulación,

* Altamente biocompatible con los tejidos orales,



CAPITULO I

- * Amplia gama de colores,
- * Estabilidad en su color al paso de los años,
- * Resistencia al desgaste, “similar a la del diente”.

Se puede decir que tanto la porcelana y la resina no son capaces de satisfacer todas las características mencionadas con anterioridad, sin embargo con respecto a la durabilidad de la porcelana presenta una amplia ventaja con relación a la resina compuesta.

Algunos otros factores deben ser analizados cuando se trata de seleccionar el material restaurador, como lo son:

- *El buen o mal estado en el que se encuentran los dientes adyacentes a donde se colocará la carilla.
- *La exigencia estética que espera el paciente.
- *La habilidad y el conocimiento de los materiales que el profesional va a utilizar.
- *El tipo de oclusión del paciente, no debe tener una oclusión traumática.



CAPITULO I



CARACTERISTICAS	PORCELANA	RESINA
ESTÉTICA FINAL	4	3
BIOCOMPATIBILIDAD CON EL PERIODONTO	4	3
ESTABILIDAD DE COLOR	4	2
RESISTENCIA AL DESGASTE	3	1
FACILIDAD DE REPARACIÓN	MALA	BUENA
FACILIDAD DE TERMINADO	MUY BUENA	BUENA
FRAGILIDAD POSTCEMENTACIÓN	1	2
DIFICULTAD TÉCNICA	3	2
FUERZA FINAL DE UNIÓN (CARILLA –RESINA- DIENTE)	3	2
TIEMPO DE TRABAJO EXIGIDO	3	2
DURABILIDAD	5	3



I.6 CLASIFICACION SEGÚN EL MATERIAL UTILIZADO.

Clasificación de las carillas de acuerdo al material utilizado según Barrancos Mooney:

Según el material utilizado en su confección las carillas estéticas pueden ser: a) De composite a mano alzada (técnica directa), b) de composite sobre modelo (técnica indirecta), c) de porcelana y otras cerámicas, y e) de porcelana elaboradas a máquina. Antiguamente las carillas también se podían hacer de acrílico, pero en la actualidad se ha usado de forma solo provisional.

Las superficies preparadas de forma mínimamente invasiva y sin alteración cromática constituyen la base para el resultado estético de las carillas de cerámica o de composite altamente translucidas adheridas y evitan, simultáneamente, que se vea afectada la transmisión lumínica. Este fenómeno se conoce como “efecto lente de contacto”. El material ideal de sustitución del esmalte dental acromático debería poseer, por esta razón, un elevado grado de translucidez¹.

Las carillas de composite a mano alzada se confeccionan directamente en boca y en una sola sesión clínica, mediante técnica adhesiva.

Las Carillas de composite, cerámico o porcelana sobre modelo se elaboran en dos o más sesiones clínicas, estas carillas de técnica indirecta se fabrican en laboratorios especializados por colado o vaciado. Las carillas de porcelanas hechas a máquina se construyen por medio de tornos de precisión, siguiendo las órdenes de una computadora¹.



CAPITULO II

CAPITULO II CARILLAS DE COMPOSITE A MANO ALZADA.

TÉCNICA DIRECTA.

Hoy en día, debido al estrés y a la velocidad con la que vive la gran mayoría de las personas, al buscar un tratamiento dental rápido y efectivo con excelentes resultados estéticos más que funcionales, se ha recurrido con mayor frecuencia al uso de carillas a base de resinas.

Esto se debe a que con esta técnica el paciente puede conseguir un buen tratamiento con un alto grado de estética principalmente para el segmento anterior, a través de un sistema adhesivo.

Este procedimiento tiene la grandísima ventaja de necesitar un mínimo desgaste dentario, además de ser un tratamiento más económico comparado a otros que son utilizados para este mismo fin.

Las propiedades que nos brindan los composites, le permiten al profesional una mejor manipulación dentro de un tiempo aceptable, proporciona muy buena adhesión a la estructura dental, estas características hacen de la resina un tratamiento de elección para muchos casos donde se busca la estética.

Si estos materiales son revisados periódicamente cada seis meses, estos pueden llegar a durar en boca tiempos prolongados.



CAPITULO II

2.1 INDICACIONES.

Aquí se mencionan las indicaciones por las cuales pueden ser utilizadas este tipo de carillas:

- * Dientes anterosuperiores vitales que presentan una alteración cromática por factores endógenos y exógenos, y que no responden favorablemente a otras técnicas más conservadoras.
- * Dientes anterosuperiores que ya han sido tratados endodóncicamente y que presentan una alteración en su color y que no responden a los tratamientos de blanqueamiento.
- * En dientes con malformaciones como por ejemplo, dientes conoides.
- * Usada para el cierre de diastemas.
- * Dientes mal ubicados, ya sea que estén con alguna rotación o inclinación bucal o palatina.
- * Para corregir discrepancias en el tamaño de los dientes.
- * Por la pérdida de estructura dental, por caries o por algún traumatismo.

2.2 CONTRAINDICACIONES

- * Están contraindicados en dientes con coronas clínicas muy cortas.
- * En dientes con erosiones gingivales muy extensas.
- * En dientes que tienen muy poco esmalte bucal y mucha dentina expuesta.



CAPITULO II

- * En pacientes con hábitos oclusales dañinos o traumáticos, por ejemplo “pacientes bruxistas”.
- * Oclusiones borde a borde.
- * Pacientes con hábitos higiénicos deficientes.
- * En dientes con grandes restauraciones en su cara proximal.
- * En dientes con coronas clínicas debilitadas.
- * En dientes que presentan movilidad por enfermedad periodontal.
- * En dientes con pigmentación muy oscurecida^{13,14}.

2.3 VENTAJAS:

- *Este tipo de restauración directa tiene la posibilidad de ser reparada de forma rápida, sencilla y de manera eficaz.
- *Tiene la ventaja de no depender del laboratorio dental
- *Con el empleo de una matriz de celuloide se puede caracterizar de tal manera que adquiera un aspecto muy cercano al original.
- *El tiempo requerido para realizar este tipo de carillas, será mucho menor al que se utilizaría en una restauración indirecta.



CAPITULO II

*La preparación para las carillas directas puede ser más conservadora, que la preparación para las indirectas.

*Esta técnica no requiere de la elaboración de provisionales.

*No requiere de la toma de impresiones.

*Además de ser una técnica mucho más rápida, también es más económica.

2.4 DESVENTAJAS

*Los composites de uso directo presentan resistencia al desgaste menor que el del esmalte natural del diente.

*Existe un alto riesgo de que en la cara vestibular del diente sean absorbidas pequeñas porciones de aire, cuando estas partículas son expuestas, queda al descubierto una capa de composite no polimerizado; lo cual lo hace mas susceptible a pigmentaciones y a una futura degeneración del material.

*Riesgo de decoloración y de pigmentarse por diversos factores por ejemplo: pacientes fumadores, el café etc.

*Pérdida de su brillo

*Pérdida de su textura superficial

*Fracturas marginales reduciendo así el beneficio estético a largo plazo

*Una de las desventajas es adjudicada al odontólogo, debido a su falta de habilidad y un sentido estético en la elaboración de la restauración misma.



CAPITULO II

2.5 PREPARACIÓN DE CARILLAS A MANO ALZADA.

Para un buen resultado en y durante la colocación del composite, es necesario tener en cuenta diversos factores que pudieran intervenir en el éxito o fracaso en la colocación de estas carillas.

- * En primera instancia se tendrán que tomar modelos de estudio para tenerlos como referencia de lo que se quiere lograr con este tratamiento.
- * Posteriormente se llevara a cabo procedimientos habituales como lo es la profilaxis y pulido de las superficies a tratar.
- * Análisis de la oclusión, si el paciente presenta una oclusión normal, es decir en donde los dientes anteriores superiores ocluyen por delante de los dientes anteriores del maxilar inferior, si es este el caso, las posibilidades de éxito se elevan. Porque si se llegara a presentar un paciente con una oclusión traumática esta expectativa se reduce.
- * La evaluación del esmalte existente en la cara bucal es importante, ya que de su buen estado depende su adhesión.
- * Elección de color.

Esta debe hacerse bajo luz natural, el diente debe estar húmedo y limpio, para evitar confusiones tanto al paciente como al odontólogo; se tendrán que tomar en cuenta tres tonalidades de color: una para el tercio gingival, otra para el tercio medio y por último para el incisal. Todo esto para obtener una muy buena caracterización del diente.



CAPITULO II

* Aplicación de un anestésico. Ya que es imprescindible, es mejor administrar anestesia para poder realizar un buen aislado, y evitar alguna pequeña sensación de dolor o sensibilidad dental durante el tallado.

* El aislado es importante ya sea absoluto o relativo, dependiendo de cómo se presente el caso, o las necesidades del operador. Esto ayudara a tener buena visibilidad y protección de la preparación ante agentes contaminantes.

* Preparación del diente: La profundidad del tallado puede variar según la forma de la cara bucal y la intensidad del cambio de color. Los dientes con caras bucales muy planas y cambios leves de color requieren un tallado mínimo, en tanto que los dientes muy convexos en sentido gingivoincisor y/o con graves alteraciones de color exigen un tallado mayor.

* Profundidad del desgaste:

El esmalte labial de un incisivo central superior posee aproximadamente los siguientes espesores: tercio gingival, 0,5mm; tercio medio 1.4mm; y 1.8mm en el tercio incisal. Por lo tanto se puede realizar un desgaste de 0,3mm en gingival, de 0,7mm en el cuerpo y hasta de 0,5mm en incisal sin llegar a la dentina, con lo cual se va a eliminar la mayor parte del esmalte pigmentado o defectuoso¹.

En primera instancia se tendrán que trazar surcos de orientación sobre la cara bucal del diente, las cuales nos servirán de guía para el desgaste. Estas guías se deben realizar con una fresa de tres donas, calibrada en 0,5mm de profundidad para dar la profundidad deseada;



CAPITULO II

posteriormente se realizara un desgaste con una fresa troncocónica de punta redonda, la que nos servirá para unir los surcos y al mismo tiempo para dar uniformidad a toda la cara vestibular, y un terminado con hombro redondeado en el margen gingival desgastando esta área hasta medio milímetro por debajo del borde libre de la encía. Todo este desgaste debe ser siguiendo la anatomía natural del diente.



Surcos de orientación.



Contorneado

Si hay que cerrar un diastema o el diente presenta alguna giroversión se continúa con el desgaste por toda la cara proximal.

Si el borde incisal esta fracturado o con mayor desgaste, este se deberá tallar siguiendo su plano, con una leve inclinación hacia palatino o lingual según sea el caso.

Ya terminado el tallado se debe lavar perfectamente la preparación con agua oxigenada al 3 % para eliminar dentritos.

* Técnica adhesiva: se colocan tiras de banda de celuloide en las caras proximales, se graba el diente con ácido ortofosfórico al 37% durante 10 segundos en esmalte y durante 5 segundos en dentina. Posteriormente se aplican el primer y el adhesivo según las instrucciones del fabricante.



CAPITULO II

Se coloca un opacador para cubrir las pequeñas manchas del diente; en caso de que se necesite matizar el diente se hará con color amarillo, marrón o gris, según sea el caso.

La colocación del composite se realiza recubriendo el diente en varias capas; en la primer capa se aplica el color gingival, la cual se irá estirando hasta cubrir el cuello del diente, en forma de media luna difuminando la resina hacia el tercio medio y se polimeriza.

La segunda capa se colocará en el tercio medio del diente repitiendo la misma técnica de estiramiento, dándole la anatomía y las características originales del diente.

Para la tercera capa en el tercio incisal se repite la operación.

Cuarta capa: Esta es en donde se puede terminar de caracterizar al diente.

Quinta capa: (transparente) esta capa puede ser opcional, se coloca una cubierta muy fina de composite muy claro. Su finalidad es la de cubrir las porosidades y lograr una visión de profundidad.

Por último es el terminado, en donde se debe alisar la totalidad de la superficie con una fresa de doce filos y con discos de pulir. Para las caras proximales se utilizarán tiras abrasivas.



CAPITULO III

CAPÍTULO III

LAMINADOS DE PORCELANA

La estética está vinculada a la belleza y a la armonía, en general este concepto se establece porque existen características estructurales dispuestas de tal forma que permiten el fenómeno de la atracción.

En este sentido, la demanda por resoluciones estéticas dentales de alta calidad hace de los laminados cerámicos una opción de tratamiento esencial, con elevado grado de previsión estética, una vez que permiten correcciones envolviendo cambios de la forma, color y posición de los dientes, tornando posible el mimetismo de las estructuras dentales, y principalmente la armonización entre las partes involucradas en el tratamiento.

Aunque el valor cosmético pueda ser negativamente influenciado por el perfil y arquitectura gingival, por la dimensión de la corona clínica y por la posición dental, excelentes resultados pueden ser alcanzados porque los sistemas cerámicos disponibles para el trabajo con laminados presentan características y propiedades altamente relacionadas a las características y propiedades mecánicas del sustrato dental, principalmente en la capacidad de reproducir el color.



CAPITULO III

Otra de las ventajas de los laminados cerámicos, además de la estabilidad de color y textura, son la durabilidad y la rigidez semejante al esmalte dental, sin las molestias de la contracción de polimerización y de la expansión térmica inherentes a las resinas compuestas.

Debido a que el uso de las carillas elaboradas con resina presenta diversas desventajas, los laminados cerámicos se muestran como una opción para resoluciones estéticas estables, durables y biocompatibles dentro de una categoría de preparaciones dentales conservadoras con un mínimo de desgaste dental.

3.1 INDICACIONES

Basado en un principio simple, en la mayoría de veces este tratamiento protésico consiste en la sustitución o reposición del esmalte dental por una fina lámina de cerámica que será íntimamente adherida a la superficie dental.

Las principales indicaciones y contraindicaciones para la utilización de estas láminas han variado a lo largo del tiempo, donde la evolución continua de los materiales odontológicos ha sustituido al mismo tiempo algunas indicaciones por tratamientos más conservadores.

De esta forma, donde en el inicio la regla requería que por lo menos el 50% de la superficie preparada, así como la posición de los márgenes del preparado quedaran confinados en esmalte, la confiabilidad en la adhesión dentinaria ha flexibilizado la técnica del preparado, permitiendo la indicación incluso en dientes con poca estructura de esmalte como también en algunos casos de severa alteración de color que necesiten de preparados más invasivos.



CAPITULO III

Las carillas fueron progresivamente sustituidas en algunas de sus indicaciones por tratamientos químicos mucho más conservadores, como lo son el blanqueamiento y la microabrasión.

En la actualidad las carillas de porcelana son básicamente indicadas para modificar el color, la forma y la textura de los dientes, reduciendo o cerrando diastemas, restaurando dientes fracturados o con deformaciones.

Todo procedimiento restaurativo o quirúrgico lleva consigo sus indicaciones, en este caso son las siguientes:

- *Lesiones cariosas y traumatismos de leves a moderados
- *Fracturas sobre el borde incisal o en aquellos dientes en donde permanezca integro el diente hasta 2/3 de la corona clínica
- *Dientes con tratamiento endodóncico (la porcelana adhesiva permite preservar la mayor parte del órgano dental restaurándolo y/o reforzándolo.
- *Ya que son libres de metal, nos permite usarlo en casos en donde el paciente resulte alérgico al metal.
- *Lesiones por caries clase V muy extensa.



CAPITULO III



	INDICACIONES	SITUACIÓN CLÍNICA
Modificaciones Cosméticas	1 Alteraciones de color	*Amelogénesis imperfecta. *Fluorosis. *Mancha por tetraciclina. *Envejecimiento fisiológico. *Oscurecimiento por trauma. *Pigmentaciones Intrínsecas por infiltración dentinaria.
	2 Forma	*Cierre o reducción de diastemas. *Alargamiento de la corona clínica. *Forma dental atípica (ej. Dientes conoides, microdoncia, etc). *Dientes deciduos retenidos.
	Textura	*Amelogénesis imperfecta *Displasia *Distrofia *Atrición *Erosión *Abrasión
	3 Restauraciones	*Dientes fracturados. *Deformaciones congénitas.
	4 Pequeñas correcciones de posición dental	*Dientes con ligeras rotaciones.
5 Casos especiales	*Recuperación estética de coronas protésicas fracturadas.	

*Clasificación de FEINMAN et al., 1987



CAPITULO III



3.2 CONTRAINDICACIONES.

Las contraindicaciones para los laminados de porcelana están centradas básicamente en condiciones oclusales desfavorables, como posiciones dentales inadecuadas, bruxistas y en la inexistencia de cantidad y calidad de esmalte dental capaz de garantizar una adhesión eficaz y duradera.

Como en todo tratamiento existen las contraindicaciones, lo cual es importante tomarlo en cuenta, ya que si no se le da el valor necesario es muy probable encontrar el fracaso.

- *Cavidades conservadoras con una mínima destrucción (2mm).
- *Dientes con coronas clínicas muy pequeñas o con una forma cónica.
- *Personas que padezcan bruxismo.
- *Dientes jóvenes con cámara pulpar amplia.
- *Pacientes con malos hábitos higiénicos
- *Movilidad dental.
- *Dientes muy restaurados con escaso tejido adamantino remanente.



CAPITULO III



	CONTRAINDICACIONES	SITUACIÓN CLÍNICA
1	Esmalte dental insuficiente	*"Contraindicación relativa", si el preparado final no presenta por lo menos un 50% de su área de esmalte, así como si sus márgenes no están confinados totalmente en esmalte dental.
2	Oclusión y/o posición inadecuada	*Sobremordida profunda *Parafunciones (ej. Bruxismo, etc). *Dientes que exhiben apiñamiento severo.
3	Restauraciones múltiples y/o amplias	La evaluación de las restauraciones presentes es necesaria para evitar molestias durante el preparado dental.
4	Presentación anatómica inadecuada	*Corona clínica excesivamente corta. *Dientes muy finos con la zona incisal muy delgada (común en incisivos inferiores). *Coronas muy triangulares.
5	Caries e higiene bucal precaria	*Alta actividad de caries *Prótesis deben ser evitadas en pacientes con malos hábitos de higiene.

*Clasificación de FEINMAN et al., 1987



CAPITULO III



3.3 VENTAJAS.

La experiencia clínica publicada hasta el momento sobre carillas de porcelana permite confiar en que se trata de un método de tratamiento clínico seguro y confiable¹⁰.

- *Nos permite obtener una excelente estética
- *Presenta una radiopacidad semejante a la estructura dental natural.
- *Menor riesgo de percolación.
- *Conductividad térmica semejante a la del diente.
- *Gran variedad en su color.
- *Una mayor estabilidad en cuanto a su color en comparación al de los composites.
- *Optima biocompatibilidad.
- *Gran resistencia a la abrasión, con esta característica se puede garantizar su estabilidad en forma y color.
- *Resistencia a fluidos bucales
- *Excelente alternativa para cubrir diastemas.
- *Conveniencia debido a que es una restauración cerámica que cumple con dos objetivos fundamentales como lo son la función y la estética.
- *Como este tipo de cerámica permite la transmisión de luz, es muy indicado cuando la estética es fundamental.
- *Muy buena unión tanto química como física.



CAPITULO III

3.4 DESVENTAJAS.

Aunque es uno de los mejores materiales y de los más utilizados, la porcelana también tiene sus desventajas.

*Poca resistencia a la tracción, por lo tanto resulta muy frágil.

*Debido a su alto nivel estético y a su laboriosa confección su costo es elevado.

*Requiere de una muy buena técnica de aislamiento absoluto, ya que la contaminación o la humedad puede ser un factor importante para fallar en la cementación.

*Mayor tiempo de confección clínica y de laboratorio.

*Capaz de provocar desgaste en los dientes antagonistas debido a su dureza.

*Dificultad para igualar el color cuando se trata de una restauración individual.

*Ya cementado, no permite realizar reparaciones ni modificaciones.

3.5 PREPARACIÓN PARA LAMINADOS DE PORCELANA.

La preparación del diente en su cara labial es muy similar a la utilizada para confeccionar las carillas de composite. Debido a que la porcelana enmascara mejor las pigmentaciones o los defectos, el tallado para su preparación es más conservador en comparación con un preparado para corona ya sea con metal o libre de este.



CAPITULO III

El planteamiento de la preparación depende de algunos factores como el tipo de oclusión del paciente, la extensión de las anomalías de forma o de la estructura del esmalte, la altura de la corona clínica o del remanente después de haber eliminado la caries en su totalidad, fracturas, y necesidad de cerrar un diastema.

Una vez analizado estos puntos, sabremos cual va ser la preparación correcta, el espesor de la misma, la terminación gingival, las caras proximales, o bien si se involucrará o no la cara palatina, esta ultima tiene como ventaja restringir la fractura de ángulos, facilitar la colocación, mayor estética y mejor ajuste¹⁶.

Pasos a seguir:

Aplicación de anestésico. Sólo en caso de ser necesario, debido a que es una preparación muy conservadora, el desgaste se limita al esmalte.

*Remoción de restauraciones defectuosas y /o caries.

*Colocación de hilo retractor en el margen gingival, así podremos facilitar la visibilidad y podremos obtener un mejor tallado.



Colocación del hilo retractor.



CAPITULO III

Delimitación del área de tallado: Esta se podrá realizar pincelando la cara vestibular con tinta indeleble sirviéndonos de referencia para dar la profundidad requerida.

Se trazaran surcos de orientación utilizando fresas de diamante, desgastando cerca de 0,3mm en el tercio gingival, y 0,5mm en los tercios medio e incisal, el desgaste puede ser hasta un máximo de 0,7 a 0,8mm, siempre cuidando la anatomía de nuestro diente. Con fresa de diamante redonda del número tres se elabora un surco de 0.06mm de profundidad, para delimitar nuestra terminación cervical¹⁷.



Surcos de orientación

*Reducción de la cara vestibular, esta se hace uniendo los surcos de orientación ya establecidos con anterioridad con una fresa de diamante troncocónica de punta redonda, recordando salvaguardar la anatomía del diente, se realizarán dos inclinaciones al momento del desgaste en la zona vestibular, uno en sentido cervical y otro en sentido incisal.



CAPITULO III



Unión de los surcos de orientación.

*Confeccionar el chanfer proximal definiendo una línea de término, que puede o no romper el contacto proximal.

Si la indicación de las carillas está dada por un cambio en su coloración o por algún defecto de textura, se mantendrán indemne las caras proximales. Pero si el motivo es cerrar algún diastema o de modificar su forma, se realizará el desgaste interproximal.

*En el caso en donde la cara proximal tendrá que ser desgastada, el tallado se inicia elaborando surcos de orientación sobre cara vestibular en los bordes interproximales del diente, con una profundidad de 1,5mm se unen dichos surcos con una fresa de diamante troncocónica de punta redonda y en la cara palatina o lingual se hace un chanfer hasta un tercio del ancho de la cara vestibular. Esta terminación no deberá abarcar zonas de estrés oclusal.



CAPITULO III



Tallado interproximal.

*Por ultimo se da un ligero pulido a toda la preparación con una fresa de diamante de grano fino para eliminar las rugosidades existentes.



Preparación terminada

*Se toma una impresión con el material seleccionado por el profesional. El cual es un procedimiento sencillo pero que requiere de mucha exactitud.

*Toma del color. Esto se debe hacer con la ayuda del paciente y de luz natural.

*Se colocan provisionales (opcional).



CAPITULO III

Se procederá a la colocación de provisionales cuando:

1. Los túbulos dentinarios queden expuestos
2. Se presente sensibilidad dental
3. Cuando se haya eliminado el punto de contacto, debido a que podríamos provocar cambios en la posición dental
4. Y cuando el paciente requiera de estética por. ejemplo. Un compromiso social.

La elaboración de estos se puede dar en dos formas, de manera directa o sobre un modelo de estudio.

*Posteriormente se enviara al laboratorio para su preparación y terminado. La técnica ya dependerá del laboratorio dental, de preferencia debemos elegir uno que sea certificado en el trabajo de porcelanas.

*Cementado: Este se realizara con un cemento dual.

Primeramente debemos retirar el provisional y limpiar perfectamente toda la preparación, se le colocará a la carilla un gel de glicerina (Liquid Strip) el cual nos servirá para probar la carilla y valorar su aspecto antes de cementarla definitivamente, además nos ayudará a prevenir que durante la polimerización entre en contacto la capa superficial de la resina con el oxígeno, el cual inhibe la polimerización.

Se retira el exceso del (Liquid Strip) se lava y seca, al mismo tiempo que se limpia la restauración con ácido fosfórico al 37%, se lava y seca.



CAPITULO III

Se hace un aislamiento absoluto, se graba la carilla por la parte interna con un gel para cerámicas durante 60 segundos, así como también tenemos que acondicionar nuestra preparación mediante el uso de ácido fosfórico al 37% durante 30 o 60 segundos, lavar con abundante agua y secar.

Después haber lavado y secado con aire, se trata la superficie del diente con un adhesivo, pudiendo usarse uno de quinta generación en donde el primer y el adhesivo son de un solo paso, se silaniza la superficie cerámica, se coloca adhesivo dentro de la carilla adelgazándolo con un poco aire.

Para el cementado se tendrá que elegir un material de consistencia fluida, colocando una fina capa dentro de la carilla; posteriormente se llevara a su posición en boca presionando suavemente y polimerizando durante 10 segundos para que esta se fije al diente. Se retiran los excedentes, una vez eliminados se polimerizará en tres zonas: vestíbulo-cervical, vestíbulo-incisal y linguo-incisal un minuto por cada zona.

Se revisa la oclusión; para obtener un buen terminado es necesario pulir los bordes de la carilla con gomas siliconadas

*Indicaciones post tratamiento.

Evitar ingerir bebidas alimentos o enjuagues que contengan alcohol ya que se inhibe la polimerización.

*No morder alimentos ni objetos rígidos.

*Usar guarda oclusal y asistir a sus visitas periódicas.



CAPITULO IV

INTERPRETACION BIBLIOGRÁFICA.

4.1 *PORCENTAJE DE DURABILIDAD.*

El Journal of Esthetic and Restorative en una de sus publicaciones del año 2006, reporto un trabajo realizado por el Dr.Meijering; el cual contaba con 29 ensayos y una revisión sistemática, los cuales fueron de gran importancia para la estudio bibliográfico, en el año de 1998.

El Dr. Meijering y sus colegas demostraron en su estudio la durabilidad de las carillas tanto de porcelana como de resina. En donde la porcelana resulto con un 94% de durabilidad, mientras que las de resina usada con la técnica directa sólo contaron con un 67% de éxito, hicieron una observación; en la cual mencionaban que si la preparación no incluía el borde incisal, la porcelana tendría un mayor índice de éxito.

La revisión del Dr. Cochrane demuestra la longevidad de las carillas de porcelana, en comparación con las de resina. Y nos menciona que las láminas de porcelana tienen mayor duración y que el paciente queda más satisfecho que con las de resina, sin embargo estas no se han dejado de emplear.



CAPITULO IV

4.2 CARILLAS DENTALES CON RESINA COMPUESTA: UNA ALTERNATIVA EN OPERATORIA DENTAL.

En su artículo publicado en el año del 2003 el DR José Luis Cuello, menciona que pueden las carillas de resina llegar a ser catalogadas como una restauración “semipermanente”, debido a que con el tiempo; esta resina tiende a sufrir pigmentaciones, desgaste y/o abrasión.

Con el trabajo realizado, observó una muy buena estética, tanto en forma como en colores así como la buena aceptación de los mismos pacientes La principal duda que nos plantea es su duración ya que la resina compuesta es susceptible a decoloraciones, lo que disminuye su estado estético a largo plazo pero cree necesario mantener las estructuras dentales lo mas naturales y sano posibles, hasta tanto sea necesario realizar otro tipo de restauración, mientras tanto se obtiene mayor tiempo de los elementos dentarios involucrados debiéndose realizar controles públicos.



CAPITULO IV

4.3 RESTAURACIONES PARCIALES DE INSERCIÓN RÍGIDA.

Este artículo fue publicado en la Universidad de Buenos Aires Argentina en el año 2005. En donde nos habla sobre las indicaciones y contraindicaciones, así como los beneficios del uso de las porcelanas. Este estudio constaba de la colocación de un material estético y de buena duración. Como lo son las carillas de resina y de porcelana.

Observaron que las diferentes técnicas de preparación y de cementación son básicas para tener éxito en nuestro tratamiento. Ya que si se realiza un mal tallado o una deficiente cementación el nivel de éxito disminuirá considerablemente.

Debido a todo esto el autor nos recomienda el aislamiento absoluto para la mayoría de los trabajos realizados dentro de la clínica.

Observaron que con el uso de resina es mayor la probabilidad de que exista contaminación debido al desgaste que sufre toda la resina en si, lo que conllevará a que exista microfiltración, pigmentación y con el tiempo la fractura del órgano dental. En cambio al momento de cementar una carilla de porcelana la probabilidad de contaminación es mínima. Para concluir el éxito de las carillas de porcelana y de resina dependerá de la preparación y la habilidad del profesional.

El autor nos recomienda los dos sistemas de laminados, pero nos deja muy en claro que siempre y para todo material restaurador existirán los pros y los contra, así como sus ventajas y desventajas; por último nos dice que ya será responsabilidad del odontólogo y del paciente el elegir el tratamiento más adecuado para cada situación.



CAPITULO IV

4.4 *Evaluación clínica entre carillas de porcelana y carillas de resina. "resultados de dos años"*

En este estudio se pudo observar que al cabo de dos años las carillas de resina sufrieron diversas fracturas, en cambio las elaboradas con porcelana no sufrieron cambio alguno. Aunque los dos guardaron buena apariencia estética y buena respuesta gingival.

Este estudio se realizó colocando una carilla de porcelana y otra de resina en un mismo paciente, para ser observados durante un lapso de tiempo, en los dos tipos de carilla se pudo conservar buena estabilidad estética y buena adaptación al margen gingival.

Posteriormente al final de un año se pudieron identificar pequeñas fracturas en las carillas de resina, mientras que las fabricadas con porcelana no sufrieron alteración alguna. Por lo cual decidieron sustituir las carillas de resina por las de porcelana, obteniendo mejores resultados, tanto en la estética como en la conservación de la estructura restauradora, y así evitar fracturas.



CONCLUSIÓN

Este trabajo fue realizado con el fin de proporcionar al odontólogo una serie de información bibliográfica. La cual le servirá para elegir entre dos sistemas de restauración en dientes anteriores en donde el principal objetivo es la estética.

Entre todos los datos recopilados puedo concluir lo siguiente:

Estos dos sistemas son muy buenos y recomendables gracias a su muy buen terminado estético, tomando en cuenta todas las ventajas y desventajas que nos proporcionan. Todo dependerá de las necesidades de nuestro paciente de acuerdo a sus posibilidades económicas, características dentofaciales, expectativas tanto del paciente como del odontólogo, así como también tenemos que buscar su bienestar desde un punto de vista integral, para poder obtener el éxito en cada tratamiento realizado.

Se hallan distintos parámetros para evaluar el éxito de nuestro tratamiento como son: la biocompatibilidad, función, estética, comodidad y durabilidad.

Desafortunadamente en ocasiones no se logran todos estos objetivos especialmente la conjugación entre la estética y la durabilidad.

Como en este trabajo se mencionan dos materiales muy estéticos, solo que uno de ellos, la resina sufre frecuentemente de fracturas, desgaste, pigmentación y con el paso del tiempo filtración, lo que lo hace un material mucho menos duradero. En cambio si usamos la porcelana para este tipo de restauraciones, nos augura mejores resultados y mayor tiempo de permanencia en boca, cumpliendo con su función y con excelente estética.



Una de las más grandes e importantes ventajas que nos proporciona el uso de carillas de porcelana y de resina es su alto grado de conservación de la estructura dental ya que se necesita un mínimo desgaste para corregir los defectos ya mencionados con anterioridad.

Por lo tanto, se puede decir, que son útiles los dos sistemas de restauración estética. Siendo la resina un material mas económico con la desventaja de sufrir cambios de estructura y cromáticas, lo que la sitúa como un material semipermanente y quedando por lo tanto en desventaja con las carillas de porcelana, las cuales mostraron un comportamiento más estable y duradero.



FUENTES DE INFORMACIÓN.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Barrancos J. Operatoria Dental. 3^a ed. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires Argentina, 2002
2. Pincus CL. Building mouth personality. J. California Dent Ass 1938
3. Calamia JR. Etched Porcelain Facial Veneers A New Treatment modality based on scientific and clinical evidence NY. Dent 1983
4. PLA García Rafael; Procedimientos para la elaboración de carillas de porcelana. [http: //www. Blanqueamiento dental. Ca %20 total htm /Albacetre](http://www.Blanqueamiento dental. Ca %20 total htm /Albacetre) 2001
5. Attin T Paque F, Ajam F, Lennon. Review of the current status of tooth whitening with the walkingbleach technique. Int. Endod J 2003; 36(5)
6. Shwachman H. The tetracycline applied pharmacology. Pediatric Clinic, North America 1956; 3.
7. Urist MR. Chemical Reactivity of mineralized tissue with oxitetracycline. Arch Pathol 1963; 76
8. Lui JL. Treatment of discoloured anterior teeth using a simple veneering technique. Dent J. Malays 1987; 9 (2)



10. Probster, Lothar. Quintessence (ed. Español). Tratamiento de dientes decolorados genéticamente con ayuda de facetas adhesivas de cerámica. Volumen 28, número 7, 1997
11. De Phillips. La Ciencia de los Materiales Dentales. Décima edición, Interamericana México D.F, 1996,
12. Glauco Fioranelli, Carillas laminadas, Soluciones Estéticas. Primera edición, Bogotá Colombia 1997.
13. Stefanello A.L. Odontología Restauradora y Estética. Primera edición, edit. Amolca, Cd. De México, 2005.
14. Bruce J. Crispin. Bases Practicas de la Odontología Estética. Primera edición, edit. Masson, Cd. De México, 1998.
15. Baratieri Luiz N. Estética: Restauraciones Adhesivas Directas en Dientes Anteriores Fracturados. Segunda edición, edit. Actualidades Médico Odontológicas, Cd. México. 2004.
16. Bottino M.A. Ferreira A, Miyashita E. Estética en Rehabilitación Oral: Metal Free. Primera edición, edit. Artes Médicas, Sao Paulo, 2001.
17. Barry G. Dale Esthetic Dentistry A clinical Approach Techniques editorial LEA& Febiger London 1993
18. Shear bond strenght of porcelain lamínate veneer bond with flowable composite. Operative Dentistry 2003 Jul - Aug; 28 (4) pp.423 – 8
PMID: 12877428
19. J. Am. Dent Assoc. 1990 Nov; 121 (5) pp.594 – 6 PMID: 2229737
20. Compend Contain Educ. Dent. 2008 Aug 29 Jul – Aug 29 (6) pp.338 – 46
PMID: 18795638