



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**CARILLAS ESTÉTICAS COMO TRATAMIENTO PARA
CIERRE DE DIASTEMAS (CASO CLÍNICO).**

**TRABAJO TERMINAL ESCRITO DEL DIPLOMADO DE
ACTUALIZACIÓN PROFESIONAL**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

MAYRA NELI MARTÍNEZ MORENO

TUTOR: Mtro. VÍCTOR MORENO MALDONADO



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.

Dedico este trabajo a mis padres por estar ahí en todo en todos mis años de estudio y aprendizaje, por haber sido mi inspiración y motivación para seguir adelante, por el esfuerzo realizado todo este tiempo para dejarme sin duda la mejor herencia en esta vida: una carrera profesional; gracias por todo el apoyo y ayuda brindados, les amo profundamente.

A mis hermanos Laura, Cesar y Omar, por ser mis ejemplos a seguir, no imagino la vida sin ustedes, gracias por el amor que tienen hacia a mí, simplemente les amo con todo mi corazón.

Agradezco a mi Padre Celestial el que me haya bendecido con inteligencia y determinación para culminar mis estudios, y que haya bendecido a mi familia con los medios para apoyarme en mi meta.

Gracias Mtro. Víctor Moreno Maldonado por haber confiado en mí, por haber tocado mi vida para siempre con enseñanzas que están mas allá de los libros, por su apoyo, gracias por no darse por vencido.

A la Mtra. Arcelia Meléndez, porque sin siquiera conocerme dedico de su valioso tiempo a mejorar y refinar mi trabajo, le estimo y admiro gracias maestra.

A mi querida y hermosa Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Odontología, siempre la llevare en mi corazón con agradecimiento por haberme alojado y resguardado en cada una de sus aulas y prepararme para un mejor futuro, eternamente seré ORGULLOSAMENTE UNAM!!!

A la C.D. Ma. Luisa A. Vargas R. por su cariño y apoyo siempre, le admiro profundamente, gracias por ser mi maestra, espero que Dios le siga bendiciendo, la quiero mucho.

Gracias Cuauhtémoc Hernández Morales porque fuiste simplemente un paciente estrella, gracias por tu confianza, tu tiempo y disponibilidad para llevar acabo todo esto.

No me queda más que agradecer a todos mis familiares y amigos, que en los momentos más difíciles y estresantes tenían palabras alentadoras para mi, a todos ellos que fueron mis pacientes, y confiaban en que podía lograrlo, a los doctores que me enseñaron y compartieron su conocimiento y experiencia conmigo; hoy puedo decirles a todos ustedes:

¡Lo logramos!

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.	5
2. OBJETIVO	7
3. ANTECEDENTES	8
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
5. CARACTERÍSTICAS DEL MATERIAL	24
6. MÉTODO	27
6.1 FASE DIAGNÓSTICO Y PRE-CLÍNICA	27
6.2 FASE CLÍNICA	32
6.2.1 PREPARACIÓN DE LAS CARILLAS	35
6.2.2 PREPARACIÓN DEL PACIENTE	37
6.3 FASE POST-CLÍNICA	40
7. RESULTADOS	42
8. CONCLUSIONES	43
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44

1.- INTRODUCCIÓN

La estética dental es la disciplina de la Odontología que se encarga de tratar todas aquellas alteraciones y patologías de la morfología bucodental para lograr un canon de belleza que se acerque al ideal social de hoy en día. Es necesario que el odontólogo tenga un conocimiento estético, que integre de una manera lógica elementos únicamente bucodentales que de acuerdo al diseño facial de cada paciente, cumplan con requerimientos funcionales y pueda localizar y sepa diagnosticar imperfecciones y desarmonías estéticas, explicarlas y ofrecer una solución a estas.

El diccionario de la Lengua Española de la Real Academia Española define estética, como perteneciente de la belleza; artístico, de aspecto bello y elegante. En el campo de la odontología, la técnica estética siempre se ha basado en la elaboración imitativa de formas, colores y estructuras, cuya integración de esto, supone mejorar la apariencia del paciente.

Cada persona tiene su propio concepto sobre estética o belleza; la interpretación y expresión de cada una, es lo que hace único este concepto; lo que para unas personas, población o sociedad, puede ser bello o estético, para otras puede no serlo.

El aforismo de Walter Armstrong, “La belleza es expresión de salud”, sugiere, que donde hay salud y que además como una ventaja extra va acompañada de una aceptable adaptación a la función; obtendremos un resultado estético.

En la actualidad, los medios de comunicación, los pacientes y un grupo bastante expresivo de profesionales han dado una mayor importancia a este ramo de la profesión, en función de la sobrevaloración de la apariencia del individuo en la sociedad, de la influencia de la sonrisa en la estética facial como un todo, cada vez más personas; están visiblemente ocupadas en su apariencia física, dando como resultado una sociedad claramente preocupada con lograr u obtener un aspecto más estético. El deseo de ser atractivo ya no se considera un signo de vanidad, en el mundo actual y la época que se está viviendo, donde hay competitividad tanto en lo económico, social y en el género; tener un aspecto más agradable ya es una necesidad. Al momento de relacionarnos ya sea de una manera laboral o personal, la cara es la primera parte del cuerpo que mostramos, específicamente la jerarquía en la importancia de los componentes faciales, comienza con la boca, los ojos, la estructura facial, el cabello y la nariz.

Los dientes antero-superiores asumen a su vez un aspecto clave en la estética ya que cualquier defecto en la expresión facial puede provocar rechazo, inseguridad o complejos tanto en el observador como en la persona que lo posee. Este grupo de dientes, así como el segmento de la cara, es frecuentemente lesionado por traumatismos, mal posiciones o caries, motivo por el cual los odontólogos deben de ofrecer a los pacientes una atención especial en las técnicas estéticas que constantemente se están desarrollando; así como conocer normas y elementos básicos que lo ayuden en la restauración de la estética de la boca, para la obtención de sonrisas más agradables en los pacientes.

Aunque la odontología estética puede ayudar a conseguir autoconfianza refiriéndose al paciente, siempre debe realizarse dentro de una práctica correcta y ética; teniendo como fin el conseguir una salud dental integra; estableciendo una buena comunicación con el paciente sobre las limitantes del tratamiento estético.

Cualquier odontólogo que trabaje con tratamientos estéticos en un paciente, debe tener en cuenta todo lo que implica el tratamiento en lo psicológico y en lo físico, incluyendo las causas, motivaciones del paciente, los resultados finales y las actitudes posteriores del paciente.

Bajo este contexto, en la Odontología Restauradora se han desarrollado nuevas técnicas y materiales restauradores para poder satisfacer las demandas de los pacientes y poder aportar opciones de tratamientos más complejos y conservadores que puedan mejorar la apariencia de los dientes; mejorando aquellas imperfecciones faciales para lograr una mejor estética, en la medida de lo posible.

Uno de estos tratamientos son las carillas de porcelana las cuales se han ido abriendo camino y hoy en día ocupan un lugar importante en la estética bucal.

2.- OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es el de mejorar la apariencia de la sonrisa del paciente de una manera más agradable para el mismo: siguiendo el protocolo de elaboración, sus ventajas y limitantes, para hacerlo saber al paciente y darle una opción más de tratamiento estético.

3.- ANTECEDENTES

Los avances de las técnicas adhesivas en las últimas décadas, así como, en los nuevos sistemas cerámicos han hecho de este tratamiento uno de los procedimientos terapéuticos de alta calidad estética más utilizados para la creación de una sonrisa agradable, armónica y balanceada. Generalmente las carillas están fabricadas de composite aplicado directamente, composite procesado, porcelana o materiales de cerámica prensada. Existen dos tipos de carillas; 1) las carillas parciales y 2) las carillas completas.¹

La estética hoy en día es prácticamente una necesidad para el paciente, el tener una apariencia aceptable para el mismo y para la sociedad es algo que el paciente busca al realizar un tratamiento dental estético; pero como el Dr. Dawson afirmó; la función y la estética van juntas y los odontólogos no deben permitirse olvidar ni dar mayor importancia a la estética, antes que la función, pues la función nos llevará a tener una buena salud dental contribuyendo de manera importante a alcanzar la estética. Las carillas se pueden definir como una lámina relativamente fina de cerámica que se adhiere a la superficie vestibular de los dientes anteriores mediante un cemento dual o resina transparente y cuya única finalidad es la estética.² Esta porcelana tiene una gran variedad de cualidades estéticas como son la biocompatibilidad, resistencia a la abrasión, apropiada translucidez, y estabilidad de color. 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. Antes de pensar en las carillas como opción terapéutica, se deben valorar varios factores importantes del paciente, como son; edad, oclusión, salud tisular, posición y alineación de los dientes, la higiene bucal; y fundamentos de la estética bucal los cuales son comunes prácticamente en la totalidad de los procedimientos dentales estéticos. Es necesario el conocimiento y comprensión de estos para alcanzar resultados estéticos notables, estos fundamentos son los siguientes:

Forma

La forma de los dientes determina en gran medida su aspecto estético. Es fundamental el conocimiento básico de la anatomía dental normal para obtener el éxito en cualquier procedimiento estético conservador.

Las ilusiones de la forma desempeñan un papel importante en la estética dental. El contorno del margen de un diente anterior, es bidimensional

(longitud y anchura), pero la tercera dimensión, de profundidad es punto clave para crear ilusiones, especialmente las de anchura y longitud aparentes.

Las áreas prominentes del contorno de un diente destacan típicamente con la iluminación directa, haciendo que sean más llamativas, mientras que las áreas de depresión o de un contorno en disminución quedan ensombrecidas y son menos llamativas.

Puede cambiarse el tamaño aparente de un diente alterando la posición de las prominencias vestibulares o las alturas del contorno sin cambiar las dimensiones reales del diente.¹

Proporcionalidad

La armonía de la proporcionalidad ha sido definida a la vez como un principio estético y como una parte integral de la belleza artística. Lombardi, señaló la importancia que tiene la proporción desde un punto de vista individual, relacionando el ancho y la longitud de los dientes anteriores, como desde un punto de vista colectivo, relacionando las dimensiones de los incisivos centrales superiores, con las de los incisivos laterales y la de los caninos.³

Las mundialmente conocidas proporciones divinas de Pitágoras son ejemplo de esto.⁴

La calidad de la proporcionalidad es relativa y varía en gran medida dependiendo de otros factores, (posición del diente, alineación del diente, forma de la arcada y configuración de la sonrisa). Una sonrisa cuando se ve desde la parte frontal, se considera estéticamente aceptable, si cada uno de los dientes (comenzando desde la línea media), tiene un tamaño de aproximadamente, el 60% del tamaño del diente inmediatamente mesial a él. Estas proporciones se basan en los tamaños aparentes de los dientes cuando se ven de modo directo y no los tamaños reales de cada uno de los dientes individualmente.

Es decir, si vemos una sonrisa a simple vista y percibimos una igualdad en su tamaño, con respecto al diente adyacente; y a su vez en conjunto con los dientes anteriores, podemos decir, que existe una proporción en ellos, pero esto solo cuando los vemos de frente y en conjunto, no vistos de manera individual; ya que existen pacientes que presentan una sonrisa agradable, sin embargo sus dientes de manera individual están desproporcionados.

Un concepto de proporcionalidad ampliamente aceptado sostiene que el incisivo central superior tiene una proporción longitud-ancho de 10:8.

Es decir, el ancho del incisivo central jamás deberá exceder del 80% de su longitud; pero si por alguna razón su ancho es alterado y fuera menor, esto sí es estéticamente aceptado.⁵

Simetría

De acuerdo a Chiche, se define simetría como el equilibrio en la disposición de los dientes, lo cual permite buscar la necesaria regularidad de los mismos en un plano frontal. Algunas normas de la simetría son:

- 1.-línea media dental, vertical y recta.
- 2.-línea de la sonrisa siguiendo la concavidad del labio inferior.
- 3.-forma de los dos incisivos centrales superiores simétricos y sin olvidar el principio de dominancia.
- 4.-márgenes gingivales de los incisivos centrales simétricos, es decir al mismo nivel.
- 5.-espacios interdentarios gingivales progresivamente más profundos desde la parte anterior hasta la parte posterior.
- 6.-el plano incisal puede ser convexo o sinuoso en ala de gaviota o también con ambas formas a la vez, una en cada lado.
- 7.-las inclinaciones dentales hacia mesial son siempre más agradables y más estéticas que las inclinaciones hacia distal.³

Lo que se denomina simetría estática y simetría dinámica, son condiciones muy similares pero las mitades opuestas no son idénticas. Pequeñas irregularidades o desviaciones menores de la simetría ideal producen un efecto más natural y de mayor vitalidad.

En una composición debe existir una disposición simétrica, con un balance y una armonía visual. Sin embargo la armonía y el balance visual, no son necesariamente dependientes bajo la presencia de la simetría.⁴

Posición y alineación

La armonía y equilibrio globales de una sonrisa dependen en gran medida, de la posición apropiada de los dientes y de su alineación en la arcada. Los dientes malposicionados o rotados desestructuran la forma de la arcada y pueden interferir en las proporciones relativas aparentes de los dientes.

Textura de la superficie

Las restauraciones realistas resaltan las áreas sutiles de punteado, concavidad y convexidad que se hallan presentes habitualmente en los dientes naturales. En individuos jóvenes los dientes muestran habitualmente una significativa caracterización de superficie, mientras que los individuos mayores, tienden a poseer una textura superficial más lisa causada por el desgaste de la abrasión. Las áreas restauradas de los dientes deben reflejar la luz de modo similar a como lo hacen las superficies adyacentes no restauradas.¹

Color

En 1666, Sir Isaac Newton observó que la luz blanca que pasaba por un prisma se dividía en un patrón ordenado de colores, conocido como espectro, esos mismos colores producían luz blanca al volver a pasar a través del prisma, demostrando que los colores del espectro se encontraban ya en el rayo de luz original.

La luz que penetra en el ojo estimula los fotorreceptores en forma de conos y bastones que existen en la retina. Los bastones se encargan de interpretar el valor y las diferencias del brillo; y los conos interpretan el tono y la intensidad.

En 1915, Albert Henry Munsell, creó un sistema numérico ordenado para la descripción del color que sigue siendo el sistema de referencia actualmente. En este sistema el color se divide en tres parámetros: tono, intensidad y valor.

1.- Tono: es el nombre del color. En la segunda dentición de las personas jóvenes, el tono suele ser muy parecido en toda la boca. Con el paso del tiempo, suelen producirse variaciones en el tono debido a la pigmentación

intrínseca y extrínseca producida por los materiales de restauración, los alimentos, las bebidas, el tabaco y otros factores.

2.- Intensidad: es la saturación del tono, en general la intensidad de los dientes aumenta con la edad.

3.- Valor: el valor representa la claridad u oscuridad relativa de un color. Un diente claro tiene un valor elevado, un diente oscuro tiene un valor reducido. Es la calidad de luminosidad en una escala de grises.⁶

Los dientes se componen habitualmente de multitud de colores. Suele haber una graduación de color desde la región gingival a la incisal, y es típico que la región gingival se vea más intensa de color debido a un esmalte más delgado. Por lo cual se requiere el empleo de varios tonos diferentes de material para restaurar de manera estética un diente.

También se producen cambios de color asociados con el proceso de envejecimiento, por el uso de tabaco, algunos alimentos y bebidas como el vino o debido al desgaste.

La selección del tono debe quedar determinada antes de aislar los dientes para evitar variaciones de color que puedan producirse como consecuencia del secado y deshidratación de estos.

Después de mirar durante 5 segundos un diente o una guía de tonos, el ojo se vicia y produce una lectura distorsionada del color. Este fenómeno es conocido como sensibilidad a los tonos, influye negativamente en la elección de los colores dentales.¹ Debido a esto la mejor forma de elegir un color correcto es utilizando tres fuentes de luz; que normalmente son:

1.- la luz natural exterior.

2.- la luz incandescente de la lámpara del consultorio.

3.- la luz fluorescente, blanca y fría, de las lámparas del techo.

Es preferible seleccionar un color, lo más parecido al de los dientes naturales del paciente bajo diferentes fuentes de luz, porque al seleccionar un color exactamente igual bajo una sola fuente de luz y completamente diferente bajo otras, nos puede conducir a un error.

Traslucidez

Los materiales traslúcidos permiten que pase una parte de la luz a través de los mismos. La translucidez proporciona mayor realismo a una restauración dental artificial.⁶

El grado de translucidez se relaciona con la profundidad de penetración de la luz en el diente o restauración antes de que se refleje hacia afuera.

Normalmente, la luz penetra a través del esmalte al interior de la dentina antes de ser reflejada hacia afuera y da lugar a la vitalidad estética característica de unos dientes naturales. Pueden utilizarse modificadores de colores (denominados también tintes), para lograr una translucidez aparente y reducir el tono de las manchas brillantes o caracterizar una restauración.¹

Se puede concluir que el efecto estético de una cara, en composición con la región bucal, está determinada por la relación de continuidad existente entre los factores estáticos (dientes, encía), los factores dinámicos (labios y musculatura adyacente), y los cambios que se producen en esta relación durante la función de los mismos.

Todos estos factores, tanto estáticos y dinámicos, junto con la composición facial total, crean la impresión estética al observador.⁴ Son básicos en cuestión de estética, pero cualquier restauración además de estética ha de ser funcional. El objetivo no es sacrificar la función; sino utilizarla como base para la estética. Dawson afirmó que “la estética y la función van de la mano”.¹

Dentro de las indicaciones para la colocación de carillas; encontramos diastemas, tinciones dentarias, o medicamentosas, tratamientos endodóncicos, lesiones traumáticas; formas dentarias, mal posiciones dentales moderadas, entre otras.

Los diastemas, son uno de los hallazgos más frecuentes en la práctica odontológica. Pueden ser debidos a diversas causas: mal posiciones, discrepancias en el tamaño dental o frenillos bajos.

La incidencia varía en gran manera con la edad y la raza, y está asociado a un factor importante de malposición. En los adultos este efecto está asociado a la discrepancia en el tamaño de los dientes y en relación a las arcadas tanto del maxilar, como de la mandíbula.

Actualmente las carillas de porcelana constituyen una de las mejores opciones estéticas para solucionar el cierre de diastemas en el sector anterior, no sólo por su aceptación por parte de los pacientes, sino también por ser una alternativa conservadora que ofrece durabilidad y tolerancia de los tejidos periodontales. La popularidad de esta restauración ha aumentado significativamente, en los últimos años.

La búsqueda de la belleza se remonta a las primeras civilizaciones. Desde entonces mediante desgastes dentales, buscaban y tenían la idea de mejorar el aspecto estético de los dientes. Tablillas asirio-babilónicas de escritura cuneiforme aconsejaban lo siguiente: *“Si los dientes de un hombre amarillean...mezclaran sal de Akkad, ammi, lolium, pine-turpine y con los dedos frotaras sus dientes”*.⁶

En escritos del siglo IX a.C., el autor del Cántico de Salomón (4:2) ofrece una descripción poética de la estética dental: *“Los dientes son como un rebaño de ovejas seleccionadas, que vienen de bañarse, todas ellas con sus gemelos inseparables, y no hay ninguna entre ellas que se acompañe de su cría”*.⁶ En el 800 a. C. aproximadamente, etruscos y fenicios tallaban dientes de animales, tratando de imitar lo más posible a un diente natural, todo esto con fines estéticos. En América Central y del Sur, en el año 1000 d. C. los mayas, limaban los bordes de sus dientes anteriores con formas y diseños diferentes, y colocaban tapones de pirita ferrosa, obsidiana y jade en las superficies vestibulares de los dientes anteriores superiores, con la idea de embellecerlos. Estas prácticas se siguen llevando a cabo en algunos grupos étnicos.

En documentos de más de 4000 años de antigüedad, se mencionaba la atención que ponían las culturas antiguas en la estética, se hace referencia a las costumbres japonesas de las tinciones dentales decorativas, denominadas “ohaguro”; descrito como un tratamiento puramente estético; el resultado de esto era conseguir dientes marrones, oscuros o negros y, aunque se cree que solo era con fines estéticos, algunos estudios arrojan que podía ser con objetivos preventivos.

Durante el imperio romano, solo los nobles y las personas pertenecientes a la clase alta, tenían acceso al tratamiento estético. La higiene dental solamente era exclusiva del género femenino y era solo con el fin de poseer belleza y no por salud bucal. Cuando alguien perdía un diente, éste, era remplazado con un sustituto de hueso o marfil tallado a semejanza del diente perdido. En la Edad Media prácticamente no hubo intereses por la estética

dental, no fue sino hasta el siglo XVIII que se reconoció a la odontología como una disciplina individualizada.⁷

Pierre Fauchard (1678-1761), pionero de la popularización y modernización de la odontología, desarrollo junto con varios colegas prácticas de higiene oral, uso de fundas de oro y la técnica para la fabricación de dientes minerales. En Estados Unidos en la época colonial, aproximadamente desde el año de 1670 a 1770 prevalecieron condiciones dentales primitivas, hasta la llegada de los barberos, personas que se habían preparado en Europa para llevar acabo procedimientos dentales.

Los llamados “barberos”, trajeron de Europa, medicamentos empleados para el dolor y polvos que tenían la función de blanquear los dientes y así mantener la belleza y salud de estos; así mismo practicaban el trasplante de dientes entre pacientes.

A comienzos del siglo XIX se podían encontrar dentistas cada vez más preparados, en las principales ciudades de los Estados Unidos. Se comenzaron a fabricar dientes de porcelana y se patentó la técnica para montar dientes artificiales sobre oro o platino fundido. Aparecieron materiales como las resinas acrílicas vinílicas, las resinas acrílicas de copolímeros y las resinas acrílicas de estireno. A finales de este siglo se comenzaron a utilizar distintas técnicas para prótesis fija estética, fue en este mismo tiempo donde comenzaron a aparecer las carillas de porcelana intercambiable, tenía un reborde que encajaba en un pónico con un surco labrado. En las primeras décadas del siglo XX, empieza a observarse la sonrisa dentolabial, que es aquella que muestra los dientes, esto atribuido a que hay una creciente popularidad y conciencia del cuerpo humano, así como una evolución significativa en la sociedad.

En el año de 1930, se desarrollaron las resinas acrílicas activadas por medios químicos.

En 1937 en la Reunión de la Asociación Dental Estatal de California, el Dr. Pinkus comentó que el odontólogo medio pensaba siempre en la función y muy poco en la estética; recalcando que “nuestro trabajo incidía en un área que marcaba el conjunto de la personalidad y de la imagen exterior de un individuo”; hecho importante en la Sociedad actual donde el aspecto externo tiene un papel preponderante.³ En la década de 1940 se generalizó el uso de carillas y veneers acrílicos; el Doctor Charles Pinkus, hablaba de la “sonrisa

de Hollywood”, aludiendo a unas primeras facetas de porcelana que colocaba provisionalmente sobre los dientes de los artistas durante los rodajes de cine. En un principio era una técnica carísima que sólo podían permitírselo gentes de alto poder adquisitivo.

En 1955 Buonocore, desarrolla la técnica del grabado ácido del esmalte; pero fueron necesarios casi 20 años para que fuese aceptada por el conjunto de la Profesión. Este hecho, revoluciona la Odontología y supuso el comienzo de la Odontología adhesiva. Desde 1985 la técnica de carillas de porcelana, se emplea con éxito.

En el año de 1970, los composites sustituyeron de manera eficiente a las resinas acrílicas, pues tenían ventajas claras sobre estas.

El grabado ácido, cambió radicalmente la técnica de preparación de cavidades, mejorando así la conservación de tejido dental, con las cavidades llamadas limitantemente invasivas.

La práctica de la adhesión de la resina directa al diente por estética, mejoraría y crecería en popularidad. La adhesión directa acido-adhesivo dio ventajas a la pobre permanencia, y resistencia de las restauraciones en el diente, por eso se continuo buscando materiales para mejorarlas.

Actualmente la estética dental se fundamenta en una base más sólida éticamente: la mejora general de la salud dental, sin embargo, los mismos deseos de aquellos antiguos hombres y mujeres de decorar sus dientes como reflejo externo de su personalidad motiva a los pacientes actuales a que eleven su perspectiva sobre un tratamiento estético.⁸

CLASIFICACIÓN DE CARILLAS

Basado en un principio simple este tratamiento protésico consiste en la reposición o sustitución del esmalte dental por una capa delgada de un material estético, que posteriormente será íntimamente unida al esmalte mediante un agente adhesivo.⁹ Este procedimiento tiene un fin estético, acompañado de solucionar otras afecciones que están relacionadas con la función.

Las carillas son capas de un material de color similar a los dientes del paciente que se aplica a ellos para restaurar defectos localizados.¹

Actualmente las carillas se consideran un tratamiento práctico y conservador, pues solo sustituye una parte de los dientes, funcional porque la articulación fonética y la masticación pueden ser cumplidas sin ninguna interferencia y estético por la técnica de adhesión que se utiliza y por la apariencia en color y forma que se le puede dar, gracias a las técnicas y materiales restauradores que se ocupan hoy en día.

Según la literatura podemos clasificar a las carillas, por la técnica utilizada, o por el material a utilizar.

De acuerdo a la elaboración. La literatura menciona, que las carillas se pueden elaborar de dos maneras, por una técnica directa o una técnica indirecta.

- **Directas** La técnica directa, como su nombre lo dice, es realizada directamente en el diente del paciente, y se realiza en el consultorio dental en una misma cita.

Esta técnica es conservadora porque la preparación es mínima, se emplea para casos que presentan alteraciones en la superficie vestibular del elemento dentario, es realizado con un sistema de resinas compuestas fotopolimerizables.

Es además necesario tener el conocimiento científico y artístico para lograr el éxito en este tipo de restauraciones. La principal duda que existe en esta técnica, es su duración, ya que, la resina compuesta es susceptible a la decoloración, lo que disminuye el resultado estético.¹⁰

- **Indirectas**

Por el otro lado tenemos las carillas fabricadas por la técnica indirecta, que requieren dos citas para poder ser colocadas, este procedimiento ofrece ventajas claras sobre la técnica directa, como es:

- a) Habitualmente las carillas indirectas tienen una duración mayor, así como una mayor estabilidad en el color, sobre todo si están fabricadas en porcelana o cerámica prensada.¹
- b) Las carillas fabricadas indirectamente, suelen tener la indicación de una preparación sobre la dentina, convirtiéndolas en frágiles y una

vez colocadas no se pueden modificar. Es un tratamiento irreversible.

Sin embargo, la preparación beneficiara la colocación de las carillas, de las siguientes maneras:

- Proporcionará espacios para los materiales de adherencia, evitando así carillas hipercontorneadas.
- Retirar la capa externa rica en flúor del esmalte que puede ser más resistente al grabado con ácido.
- Crear una superficie rugosa para una mejor adherencia.
- Establecer una línea de acabado definitiva.

El posicionamiento y asentamiento precisos de una carilla fabricada indirectamente mejoran de modo significativo si se á realizado una preparación correcta en el diente.¹

De acuerdo al material

- Las carillas de fabricación directa, son realizadas con resinas fotopolimerizables.
- Las carillas de fabricación indirecta pueden realizarse de materiales como:
 - Carillas de composite procesado.
 - Carillas de porcelana
 - Carillas de cerámica prensada.

Carillas de resina

La preparación para la utilización de este material es con un mínimo desgaste en contraste con el necesario para los materiales trabajados en el laboratorio. Desafortunadamente la resina presenta múltiples desventajas. La elevada contracción de polimerización, conduce a una mala adaptación marginal desde el momento de la colocación. El elevado coeficiente de expansión térmica da lugar a una excesiva microfiltración, lo que puede provocar tinciones en los márgenes mal adaptados, o caries secundarias. Su

baja resistencia a la abrasión y la absorción de agua, hace que sea susceptible a la decoloración; siendo todos estos, argumentos claros para pensar que pudiera durar largo tiempo en boca.¹¹

Carillas de composite procesado

Fueron introducidos en 1962, son el resultado del trabajo de Ray Bowen. El término composite se refiere a la combinación de dos fases de componentes totalmente diferentes para la obtención de un material final. Una fase está constituida por un polímero blando de una resina orgánica (bis-GMA). Dispersa en esta matriz de resina, se encuentra la segunda fase, constituida por partículas de una cerámica inorgánica (originalmente cuarzo). La fase de resina del composite sola, tendría un comportamiento muy pobre como material restaurador; ya que es el eslabón más débil respecto a las propiedades físicas. La adición de partículas de relleno inorgánicas, permiten conseguir un material que proporciona mayor resistencia y estabilidad.

La contracción a la polimerización se reduce, así como el coeficiente de expansión térmica. También se reduce la absorción del agua, al tiempo que aumenta la resistencia compresiva, tensora y a la fractura, la dureza y la rigidez. En consecuencia de esto, se observa clínicamente mejor adaptación marginal, menor microfiltración, así como mejorías en cuanto a resistencia y estabilidad de color.¹¹

Dado que su composición es similar a la del composite aplicado en la consulta, las carillas indirectas de composite son capaces de adherirse al diente con un cemento de resina. Se produce una excelente retención mecánica en la interfase entre el medio de unión y el diente si se deja áspera la superficie dental con un instrumento de diamante grueso y por la formación de digitaciones en el esmalte grabado.¹²

Las carillas indirectas fabricadas de composite procesado, presentan una disminución en la fuerza de adherencia por el menor potencial de formar una unión química con este medio. En consecuencia es necesario proporcionar características micromecánicas adicionales por medio de un acondicionamiento de la superficie (grabado ácido, o arenado), para aumentar la retención. Al producir una superficie capaz de una unión micromecánica, las carillas de composite de este tipo pueden ser unidas de modo eficaz al esmalte sin basarse en una unión química significativa.¹

Estas carillas se colocan, terminan y pulen; así también pueden ser reparadas con composite en el consultorio dental, aunque esto implica una desventaja clara en su duración.

A pesar de las múltiples características ya antes mencionadas de este material, es necesario reconocer que en comparación con los otros materiales como la porcelana y cerámica, las carillas de composite procesado no muestran el mismo tiempo de duración en boca.

Carillas de porcelana

Desde su introducción al inicio de los años ochenta, la carilla de porcelana ha presentado una evolución en las técnicas y los materiales, ganando así gran aceptación en los últimos años como restauración fundamental en la odontología estética.⁷

El concepto de la porcelana grabada con ácido y la adhesión a un diente con la técnica de grabado ácido se citó por vez primera en la bibliografía odontológica, con la descripción de Róchate, de una restauración innovadora en un incisivo fracturado.

Las ventajas que podremos encontrar con el uso de la porcelana son las siguientes:

- Color estable. La textura superficial lisa y el color natural de la porcelana y su estructura cristalina le da propiedades ópticas reflectantes similares a las del esmalte translúcido.
- Resistencia aceptable a la tracción. La adhesión de carillas de porcelana grabadas a esmalte es considerablemente mayor que la de cualquier otro material.¹³
- Biocompatibilidad satisfactoria con los tejidos gingivales. La superficie glaseada de la porcelana comparada con otros materiales, no es un área de acumulación de placa dentobacteriana.
- Duración. Una vez cementadas, las carillas de porcelana desarrollan una elevada resistencia a la tensión y al cizallamiento y se mantienen en un sitio.
- Resistencia excepcional al desgaste y a la abrasión.

- Resistencia a la tinción, por su superficie glaseada.
- Mucha menos absorción de líquidos que cualquier otro material de recubrimiento.
- Retención del brillo de la superficie, en contraste con la resina de composite que tiende a perder su brillo inicial.⁸

Así como la porcelana es el tipo de carilla preferida, por las múltiples ventajas ya antes mencionadas, es necesario también tener en cuenta las desventajas que inevitablemente este material presenta, como son:

- Una vez adheridas al esmalte, si se fractura, pueden repararse, aunque estas reparaciones no duran mucho, a causa de la tinción.

La porcelana se considera por regla general, el material más estético y biocompatible de que se dispone para las restauraciones odontológicas.⁸ La incidencia de fractura de la porcelana está muy por abajo que la que muestran los composites directos o indirectos.

Carillas de cerámica prensada

En la búsqueda de materiales dentales para restauraciones más estables y estéticos, la cerámica fue mencionada por primera vez por Pierre Fauchard (1678-1761), considerado Padre de la Odontología.¹¹

La cerámica dental tiene su origen en la porcelana triaxial tradicional con tres componentes: arcilla, feldespato, y cuarzo. Las cerámicas dentales actuales son esencialmente cristales feldespáticos con la adición de óxidos para disminuir la temperatura de cocción y modificar la expansión térmica, necesaria para su adhesión al metal.¹¹

La preparación de la superficie de cerámica con ácido fluorhídrico, bifluoruro amónico y/o abrasión han demostrado conseguir una superficie extremadamente retentiva. La cerámica es el material más biológico para sustitución de cantidades significativas de estructura dental, probablemente debido a su capacidad de simular dureza coronaria.⁹ El éxito de esta técnica se da entre la adhesión obtenida de la cerámica y el composite de cementación por un lado; y entre el compuesto de cementación y los tejidos dentarios por otro. La cerámica es un material con excelente biocompatibilidad y alta estabilidad. . La principal ventaja de las carillas de

cerámica es que representan una alternativa estética, siendo menos invasivas para los tejidos dentales duros; y manteniendo una respuesta del periodonto favorable. Los procedimientos empleados y el éxito conseguido en la adhesión de carillas de cerámica a la estructura dentaria, se consideran la piedra angular de la odontología restauradora estética.⁹

4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cada vez más pacientes muestran un claro interés por obtener una sonrisa más agradable para ellos mismos, así como para los demás. Existen casos donde el paciente muestra un descontento o insatisfacción con su sonrisa, específicamente en el sector anterior, por ser evidente ante los demás, por causas como tinciones, mal posiciones, fracturas, desgastes, o diastemas, entre otras.

Los diastemas son un caso común presentado en estos pacientes, causados en su mayoría por discrepancias óseas o dentales, aunque también existen otros factores influyentes en esto como pueden ser la raza, u otros factores de desarrollo.

Hoy en día se cuenta con diferentes técnicas así como materiales para poder ofrecer una solución competente a estos pacientes.

Una de estas técnicas son las llamadas “carillas”, un tratamiento estético, y conservador que brinda la posibilidad de emplearse en un sector como lo es el anterior, dado que existe una gran variedad de materiales y técnicas que junto con este tratamiento pueden llegar a obtener resultados estéticos muy favorables.

Es de vital importancia que los odontólogos conozcan bien los materiales y los procedimientos correctos a utilizar para ofrecer el mejor servicio al paciente.

Si bien es cierto que las carillas ya sean directas o indirectas, son una opción de tratamiento estético para los pacientes, es necesario recordar que cada tratamiento tiene también limitantes que si no se toman en cuenta antes de realizarlo podrían ser la causa para no llegar a los objetivos estéticos deseados.

Cada paciente es diferente y por lo tanto cada uno necesita opciones de tratamientos de acuerdo a sus necesidades, y es de vital importancia evaluar todos los aspectos relacionados para la utilización de carillas.

El odontólogo debe tener una excelente relación de comunicación con el paciente para informarle todas las ventajas, desventajas y limitantes del tratamiento como el de carillas y siempre considerar la relación riesgo-beneficio.

5.- CARACTERÍSTICAS DEL MATERIAL

La demanda de restauraciones estéticas sin metal, ha aumentado drásticamente en los últimos años.

Para los tratamientos estéticos como la realización de carillas, existen diferentes tipos de cerámicas en el mercado; sin embargo en este trabajo realizado en el Diplomado en Odontología Estética Restauradora I se utilizó la cerámica IPS e.max Press de la casa comercial Ivoclar Vivadent por sus características estéticas.

El sistema cerámica sin metal IPS Empress ofrece materiales de alta resistencia y gran estética para las tecnologías de inyección y CAD/CAM.

El sistema se compone de innovadoras cerámicas de disilicato de litio utilizadas principalmente para restauraciones de dientes individuales. Los componentes principales de estas pastillas son SiO_2 , Li_2O , K_2O , MgO , ZnO , Al_2O_3 , P_2O_5 y otros óxidos.

La cerámica IPS e.max Press; es una pastilla de cerámica de vidrio de disilicato de litio para la técnica de inyección. Estas pastillas presentan una resistencia de 400 MPa, lo que permite diferentes posibilidades de cementación.

El proceso de producción crea unas pastillas absolutamente homogéneas con diferentes grados de translucidez. La selección del nivel de translucidez se basa en los requisitos clínicos que presenta el paciente (color de diente preparado, color del diente deseado), así como en la técnica de procesado deseada. Los distintos colores y grados de translucidez de IPS e.max Press están basados en el sistema global de colores IPS e.max, también se puede utilizar en combinación con las guías de colores A-D Chromascope.²²

Las restauraciones inyectadas de color natural, altamente estéticas se maquillan y/o estratifican con IPS e.max Ceram y se glasean; todas las restauraciones de IPS e.max muestran las mismas propiedades de abrasión y brillo superficial.

Según la casa comercial Ivoclar Vivadent, algunas de las indicaciones para utilizar este material son:

- Table Tops (carillas oclusales).
- Carillas finas.
- Carillas.
- Inlays y Onlays.
- Coronas individuales.

- Prótesis de tres unidades en la región anterior.
- Prótesis de tres unidades en la región de premolares hasta el segundo premolar como pilar límite distal.
- Inyección sobre estructuras de coronas individuales de electrodeposición.
- Superestructuras de implantes para restauraciones individuales (regiones anterior y posterior).
- Superestructuras de implantes para prótesis de 3 piezas hasta el segundo premolar como pilar límite distal.

Las contraindicaciones son:

- Prótesis posteriores que lleguen hasta la región de los molares.
- Prótesis de 4 o más unidades en posterior.
- Prótesis retenidos con inlays.
- Preparaciones subgingivales muy profundas.
- Pacientes con dentición residual muy reducida.
- Bruxismo.
- Prótesis Maryland.

Es importante tomar en cuenta las sugerencias e indicaciones de la casa comercial para lograr éxito en el tratamiento.

El acondicionamiento de la superficie de cerámica para la cementación es decisivo para generar una fuerte unión entre el cemento y la restauración de cerámica total. Se deben tener en cuenta los siguientes pasos:

- IPS e.max Press no debe arenarse con Al₂O₃ o perlas de pulido, antes de su incorporación.
- En general, las pruebas clínicas se realizan antes del grabado para no contaminar la superficie grabada.
- Limpiar profusamente la restauración con agua y secar con aire.
- Por lo general, grabar la superficie de adhesión con ácido fluorhídrico al 5% (IPS Ceramic Etching Gel).
- Para la cementación adhesiva o autoadhesiva, silanizar la superficie de unión de la restauración con Monobond Plus.
- La cementación convencional se realiza sin acondicionamiento la gama de productos pueden variar de país a país.

El acondicionamiento y preparación de la restauración depende del método de cementación y cemento utilizado.

La restauración se prueba y se revisa la oclusión antes del acondicionamiento. Si se necesita realizar correcciones, las zonas afectadas se pueden pulir fuera de boca antes de la incorporación definitiva.

- Una vez eliminada la restauración provisional, limpiar la preparación. Lavar la preparación con agua y secarla con un chorro de aire.
- Grabar el esmalte con gel de ácido ortofosfórico (eg. Total Etch) durante 30 segundos.
- Si fuera necesario, grabar las superficies dentinarias durante 10–15 segundos.
- Eliminar cuidadosamente el ácido fosfórico con agua y secarlo con un chorro de aire.
- Aplicar el agente adhesivo dentinario, p.ej. el sistema adhesivo dentina/esmalte Syntac.
- Dejar actuar Syntac Primer sobre la dentina durante 15 segundos. A continuación secarlo minuciosamente con un chorro de aire.
- Aplicar el composite de cementación en las superficies internas de la restauración y/o sobre el diente preparado si ello fuera necesario (para evitar inclusiones de aire).
- Colocar la restauración.
- Eliminar el exceso de material utilizando esponjas de espuma y seda dental.
- Cubrir los márgenes con gel de glicerina (Liquid Strip) para evitar la inhibición de oxígeno.
- Polimerizar la restauración.
- Los ajustes oclusales se realizan utilizando diamantes de grano fino (30 micras).
- El pulido se realiza con instrumental de pulido.
- Después de eliminar todo el exceso de material, se fluoriza.

Al igual que los dientes naturales, las restauraciones de alta calidad IPS e.max Press, requieren un cuidado profesional regular. Este no es solo beneficioso para la salud del periodonto y de los dientes, sino también para el aspecto general.

La pasta de pulir sin piedra pómez Proxylt rosa, se utiliza para mantener las superficies limpias, sin provocar abrasión. Su bajo valor RDA* valor =7 (Abrasión dentinaria relativa) es la confirmación fiable para usar una pasta de poca abrasión.

Las investigaciones científicas y la larga experiencia clínica han confirmado su idoneidad en comparación con otras pastas de profilaxis.

6.- MÉTODO

6.1 Fase Diagnostica y Pre-Clínica

1. Paciente masculino de 23 años, asistió al Diplomado en Odontología Estética Restauradora I para un diagnóstico.
2. En la exploración clínica se mostraron diastemas en la zona anterior, superior e inferior. Presentó dos coronas sobrecontorneadas en el cuadrante inferior izquierdo y mostró un periodonto sano.
3. Se procedió a tomar modelos diagnósticos, radiografía panorámica y serie radiográfica.



Vista palatina



Vista lingual



Lateral derecho



Lateral izquierdo



Vista de frontal



Vista anterior

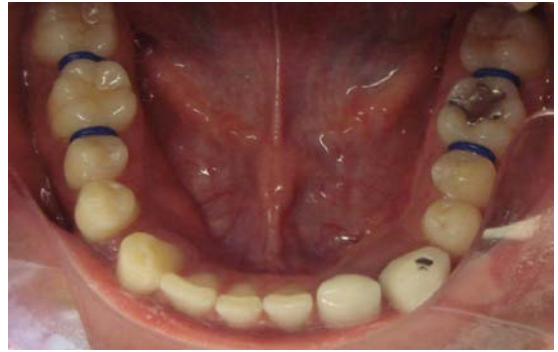


Vista de perfil anterior

4.El paciente fue referido al Departamento de Ortodoncia en la División de Estudios Posgrado e Investigación de la UNAM para una cita de interconsulta.

5.En el Departamento de Ortodoncia se usó el Índice del Bolton y por este método el paciente fue diagnosticado con una discrepancia dental. El Departamento de Ortodoncia propuso un plan de tratamiento para que en la medida de lo posible se cerraran los diastemas con el fin de tener un resultado exitoso con las carillas.

6.El 11 de Octubre de 2011 se inició con el tratamiento ortodónico solamente en la arcada superior. Se colocó aparatología Alexander .018, para acelerar el tratamiento y con la finalidad de evitar recidivas. Un mes después se colocó la aparatología inferior.



Vista lingual



Vista palatina



Lateral derecha



Lateral izquierda



Acercamiento frontal

7. El paciente estuvo poco más de siete meses en tratamiento de ortodoncia y después fue retirado solamente la arcada superior, ya que los diastemas habían cerrado lo más posible. La arcada inferior siguió con tratamiento por cinco meses más y después el paciente lo dejó inconcluso.



6 meses de tratamiento



7 meses de tratamiento



Diastemas Antes del tratamiento de Ortodoncia



Diastemas después del tratamiento de Ortodoncia

8. Después de terminar el tratamiento de ortodoncia se realizaron encerados diagnósticos y se colocaron resinas cerrando todos los diastemas del paciente, para que antes de tocar sus dientes, el pudiera ver un aproximado de como quedarían las carillas finales.



Lateral derecha



Vista anterior



Encerado diagnostico



Lateral izquierda



Lado derecho



Lado izquierdo

6.2 Fase Clínica

1. Se anestesió la zona antero superior del paciente.
2. Se tomó el color utilizando el colorímetro Chromascope y a luz del día. Se realizó una profilaxis y se pidió al paciente que se humedeciera sus dientes para un mejor acierto en la toma del color.
3. Se colocó hilo retractor de canino a canino 00 y 000, y posteriormente hemostático donde se requirió.
4. Se realizaron surcos guías que ayudan establecer la profundidad de la preparación con la fresa de tres hilas para cortes profundos (LVS-1 o LVS-2).



Anestesia



Colocación de hilo retractor 00 y 000



Colocación de Hemostático



Surcos guías

5. Una vez marcado los surcos se procedió a una reducción uniforme del esmalte de aproximadamente .5 mm, con una fresa de diamante (LVS-3 o LVS-4), llevando los márgenes proximales de la preparación más hacia el palatino con el fin de que el perfil de la emergencia de la carilla por proximal sea el adecuado.
6. Se realizó reducción incisal en todas las preparaciones con el fin de aumentar lo más posible la longitud de la corona clínica.
7. Terminadas todas las preparaciones se colocó hilo retractor nuevamente.



Reducción uniforme del esmalte



Reducción incisal



Preparación terminada del O.D. 21



Vista final de las preparaciones



Colocación de hilo retractor

8. El material de elección para la toma de impresión, son las siliconas de adición; porque tienen una estabilidad dimensional y recuperación elástica mayor que las de condensación. Se tomó la impresión fisiológica con silicona pesada y fluida por adición (Zhermack); para una mejor fidelidad en detalles y en un solo paso.
9. Se realizaron provisionales con acrílico previamente confeccionados y se ferulizaron para un mayor ajuste y retención.



Silicona pesada y fluida por adición



Colocación de silicona fluida



Toma de impresión



Impresión definitiva



Provisionales con acrílico,
previamente confeccionados

6.2.1 Preparación de Carillas

1. Una semana después se obtuvieron las carillas de disilicato de litio por inyección y se acondicionaron con ácido hidrofluorhídrico por 20 segundos.
2. Posteriormente se pusieron en una solución de bicarbonato de sodio por un minuto para neutralizar el ácido y después se lavaron y secaron



Carillas de disilicato de litio por



Acondicionamiento de carillas mediante ácido hidrofluorhídrico



Carillas con ácido hidrofluorhídrico 20s



Carillas limpias, con previa colocación en solución amortiguadora por 1 minuto (bicarbonato de sodio)

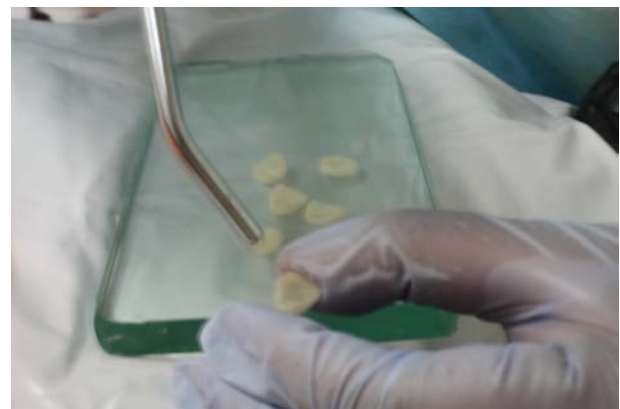
3. Se aplicó silano (Monobond Plus) a las carillas y se eliminó el excedente con aire. Se aplicó el adhesivo (Ivoclar Vivadent) sin polimerizar y se protegieron de la luz en una caja ámbar de la misma casa comercial.



Silano



Aplicación de silano



Eliminación de excedentes del silano



Aplicación de adhesivo sin polimerizar



Carillas listas para ser colocadas

6.2.2 Preparación del Paciente

1. Se realizó aislamiento relativo en el paciente, con ayuda de rollos de algodón y otros auxiliares, como el optra gate.
2. Se limpió la superficie del diente con un cepillo de profilaxis o una copa de goma y pasta abrasiva sin flúor. A continuación se pasó a probar el ajuste de las carillas, su correcta inserción, color y forma.
3. Se aplicó ácido fosfórico por diez segundos de canino a canino y se lavó con agua y se secó sin desecar, dejando un poco de humedad para posteriormente aplicar el adhesivo.
4. Después de aplicar el adhesivo se aplicó aire e hilo superfloss en interproximal de los incisivos centrales y se comenzó la cementación de las carillas.



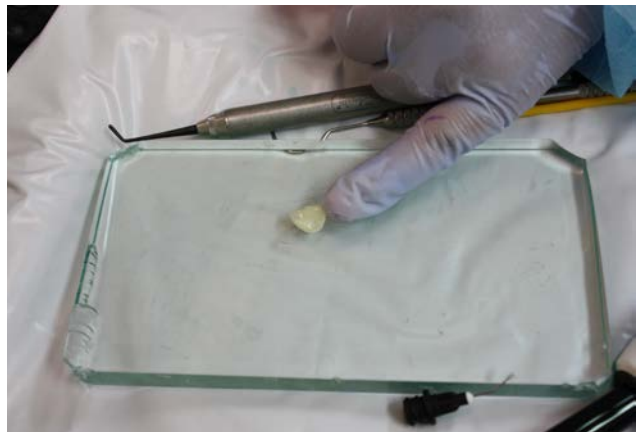
Aplicación de ácido fosfórico por 10s



Aplicación de adhesivo



Colocación de hilo superfloos



Colocación de resina fluida transparente a la carilla

5. Se cementaron las carillas del centro hacia distal, una por una, se insertó primero por la zona incisal para después llevar a la zona gingival y posicionarla correctamente. Después en cada una de ellas se usó hilo superfloss para ir eliminando excedentes después de fotopolimerizar por tres segundos y después de retirar los excedentes fotopolimerizando veinte segundos por cada cara.
6. Se utilizó resina fluida transparente como cemento para evitar modificar el color de las carillas.



Carillas centrales colocadas



Retiro del exceso de cemento



Colocación de carillas laterales



Carillas laterales colocadas

7. Posterior a la cementación de todas las carillas, se realizó el ajuste oclusal de ellas. Después del ajuste se realizó el pulido final utilizando fresas de pulir, puntas, copas, y discos de silicona para suavizar la superficie.



Colocación de caninos



Ajuste oclusal

6.3 Fase Post-Clínica

1. Se obtuvo un resultado satisfactorio para el paciente y para el equipo que laboró en este trabajo; teniendo como resultado carillas funcionales y estéticas cumpliendo con el propósito de mejorar la sonrisa del paciente.



Carillas completas



Resultado final

1. Se muestra fotografías de un año después de la colocación de las carillas y se observa un buen ajuste, tanto vestibular y palatino de las carillas, y una excelente adaptación del paciente a ellas.
2. El paciente sigue utilizando guarda oclusal en la arcada superior para evitar recidivas.



*Todos los fotos de este trabajo son de fuente directa

7.- RESULTADOS

A pesar de las limitantes existentes en este caso, se pudo conseguir un resultado satisfactorio por parte del paciente, ya que le gusto la nueva apariencia en su sonrisa, renovando así su confianza para relacionarse socialmente.

En cuanto al trabajo clínico, está la satisfacción de haber podido cerrar los diastemas, a pesar de lo grandes que eran asegurándonos de ajustarlos de manera correcta a los dientes por medio de materiales duraderos y estéticos; logrando así una mejora notable en la sonrisa del paciente.

8.-CONCLUSIONES

En la actualidad, la sociedad, influenciada por medios de comunicación y por esa constante lucha que ha habido y sigue existiendo entre géneros, cada vez más personas están preocupadas y obsesionadas con su apariencia física.

La estética es subjetiva, y por lo tanto es diferente para cada sociedad, grupo étnico o persona, pero todas estas buscan la estética con el mismo fin, el verse mejor y más agradables, para ellos mismos y en muchos casos para los demás.

Cada vez es más obvia la necesidad que tienen los odontólogos de actualizarse de manera constante para conocer las nuevas técnicas en tratamientos estéticos, materiales, y la interacción de estos con los tejidos del diente; así como las limitantes que estos poseen.

Las carillas son un tratamiento estético, conservador y una opción aceptable y viable para ciertas indicaciones como los diastemas en este caso.

El haber realizado este trabajo, cumple con los fines por los cuales se llevó a cabo, ofrecer al paciente otras opciones para acercarse lo más posible a cumplir sus necesidades de estética, y conocer los fundamentos necesarios para lograr integrar no solo un tratamiento estético, sino funcional.

Hoy en día es posible lograr tratamientos que cumplan ambos requisitos, cumplir una función, y acercar al paciente a conseguir una apariencia mejor en la medida de lo posible, para esto es requisito indispensable la comunicación directa y clara con el paciente, tener relación interdisciplinaria con los especialistas correspondientes y con el técnico dental, teniendo claro siempre los objetivos que se desean cumplir y entonces de esta manera es posible realizar tratamientos integrales con éxito.

9. Referencias Bibliográficas

- 1.- Roberson, Theodore M. "Arte y ciencia de la odontología conservadora". Quinta Edición. Madrid, España. Edit. Elsevier. 2007. Pp. 667.
- 2.- Rábago Vega, José. "carillas de porcelana como solución estética en dientes anteriores: informe de doce casos. Consultado en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1138-123X2005000300003&script=sci_arttext el día 15 de enero de 2012.
- 3.- Mallat, Desplats Ernest. Mallat, Callís Ernest. "Fundamentos de la estética bucal en el grupo anterior". Barcelona, España. Edit. Quintessence. 2001. Pp. 15.
- 4.- Fischer, Jens. "Estética y prótesis". Consideraciones interdisciplinarias. Berlín, Alemania. Edit. AMOLCA. 1999. Pp. 14.
- 5.- Baratieri, Luis N. "Estética". Restauraciones adhesivas Directas en Diente Anteriores Fracturados. Segunda edición. Sao Paulo, Brasil. Edit. Santos. 2004. Pp. 43-44.
- 6.- Aschheim, Kenneth W. "Odontología Estética: Una aproximación clínica a las técnicas y los materiales". Segunda edición. Madrid. España. Edit. Mosby. 2002. Pp. 23.
- 7.- Schwartz, Richard S. "Fundamentos en Odontología Operatoria". Un logro contemporáneo. Primera Edición. Caracas, Venezuela. Edit. AMOLCA. 1999. Pp. 349.
- 8.- Goldstein, Ronald E. "Odontología Estética: Principios comunicación y métodos terapéuticos. Barcelona. España. Edit. Ars Medica. 2002. Pp.3-23.
- 9.- Miyashita, Eduardo. "Odontología Estética". El estado del arte. Sao Paulo, Brasil. Edit. Artes Médicas LTDA. 2005. Pp. 226.
- 10.- Clínica Dr. Arquero. "carillas dentales". Consultad en: http://www.cirugiabucalymaxilofacial.com/25_carillascomposite.htm el día 06 de febrero del 2012.
- 11.- Crispín, Bruce J."Bases prácticas de la odontología estética". Barcelona, España. Edit. Masson. 1998. Pp.49.

- 12.- Marques, S. et al. "Estética con Resinas Compuestas en dientes anteriores, Percepción, arte y naturalidad". Primera edición. Sao Paulo, Brasil. Edit. AMOLCA. 2006. Pp. 209.
- 13.- Bottino, Marco A. "Nuevas Tendencias Odontología Estética". Primera edición. Sao Paulo, Brasil. Edit. Artes Médicas LTDA. 2007. Pp.319.
- 14.- Diccionario de la Real Academia Española en internet en: <http://www.rae.es/rae.html>
- 15.- Rufenacht. Claude R. "Principios de Integración Estética". SL, Barcelona... Edit. Quintessence. 2000. Pp.11
- 16.- Scharer, P. "Principios Estéticos en la Odontología Restaurativa". Primera edición. Barcelona, España. Edit. DOYMA. 1991. Pp. 239
- 17.- Lindhe, Jan. "Periodontología Clínica e Implantología Odontológica". Tercera edición. Madrid, España. Edit. Médica Panamericana. 2000. Pp. 974
- 18.- Carranza, Fermín A. "Carranza Periodontología Clínica". Decima edición. China. Edit. Mc Graw-Hill. 2011.Pp.1286
- 19.- Rosentiel, Stephen, F. "Prótesis Fija Procedimientos Clínicos y de laboratorio". Primera edición. Barcelona, España. Edit. Mosby. 1991. Pp. 557.
- 20.- Shillingburg, Herbert, T. "Fundamentos Esenciales en Prótesis Fija". Tercera edición. Barcelona, España. Edit. Quintessence. 2002. Pp. 557.
- 21.- Mallat, Callís, Ernest. "Prótesis Fija Estética. Un enfoque Clínico e Interdisciplinario". Primera edición. Madrid, España. Edit. Elsevier. 2007. Pp.
- 22.- www.ivoclarvivadent.com