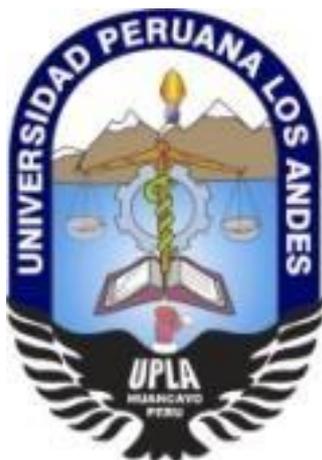


UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Odontología



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

- Título** : CARILLAS DIRECTAS DE RESINA
COMPUESTA CON PLANTILLAS UVENEER.
- Para optar** : Título Profesional de Cirujano Dentista
- Autor** : Bach. CASTELLARES RECUAY, Kenia Minerva
- Asesor** : Mg HOSPINAL P ESCAJADILLO , Jane
- Líneas e Investigación Institucional:** Salud y gestión de salud

Huancayo – Perú

2020

DEDICATORIA

*Dedico mi trabajo de suficiencia Profesional a **Dios**, por el don de la vida que me dio fortaleza en toda mi carrera universitaria, quien jamás dejó que me rinda ante diversos obstáculos, A todas las personas que se cruzaron en mi camino que me brindaron palabras de aliento y apoyo. A mis padres y hermana porque fueron mi más grande motivación los que día a día me animaban con sus consejos mientras empezaba un día nuevo de estudio y por medio de sus opiniones tuve las mejores decisiones para cumplir mis objetivos.*

AGRADECIMIENTO

A mis padres: Sigfredo Castellares y Jenny Recuay, por su voluntad y apoyo que me brindaron en el lapso de los años académicos, por sus consejos y por los valores, y su enseñanza para tener al inicio una independencia parcial, que pude obtener de a poco y así conocer el significado de confianza respeto y responsabilidad. A todos mis docentes de la carrera profesional de odontología que me impartieron su enseñanza para poder contribuir con la salud y bienestar de muchas personas

RESUMEN

Este reporte de caso clínico describe el manejo exitoso de un paciente de sexo femenino, que presentó restauraciones defectuosas y decoloración en sector anterior, para lo cual procedimos a elaborar carillas directas de resina compuesta, empleando el sistema de plantillas UVENEER; la odontología estética se centra en el rostro, en la personalidad y sobre los rasgos propios de cada paciente para poder perfeccionar los dientes y tengan las condiciones ideales de forma, tamaño y color; tiene relación con la autoestima, cumplen un rol importante en las relaciones sociales y profesionales en función a la vida de cada persona; las carillas dentales se emplean en la actualidad, para poder lucir una sonrisa envidiable se obtienen resultados inmediatos, este sistema de carillas directas logra reducir tiempo de trabajo del profesional odontólogo; economía al paciente y se consigue resultados estéticos insuperables y nos orientamos por una odontología preventiva y de tecnología adhesiva,

Objetivo: Restablecer la armonía estética y funcional de los dientes anterosuperior por medio de carillas de resina compuesta con sistema Uveneer, se prepara en forma conservadora el sustrato dentario, empleando correctamente el protocolo de adhesión dental, también, superponiendo adecuadamente las plantillas para conseguir mimetizar las carillas de resina compuesta; con este sistema pudimos devolver la funcionalidad y la estética al paciente.

Conclusiones: el sistema Uveneer es mínimamente invasivo, presenta poca necesidad de modelar y pulir, nos permite crear bellas restauraciones anteriores, eficaz en el trabajo clínico y reduce los tiempos de trabajo.

Palabras Clave: carillas directas; resinas; sistema Uveneer.

ABSTRACT

DIRECT COMPOSITE RESIN VENEERS WITH UVENEER TEMPLATES

This clinical case report describes the successful management of a female patient, who presented defective restorations and discoloration in the anterior sector, for which we proceeded to make direct composite resin veneers, using the UVENNER template system; aesthetic dentistry focuses on the face, personality and on the features of each patient in order to perfect the teeth and have the ideal conditions of shape, size and color; has relation with the self-esteem, they fulfill an important role in the social and professional relations in function to the life of each person; the dental veneers are used at the present time, to be able to shine an enviable smile are obtained immediate results, this system of direct veneers manages to reduce time of work of the professional dentist; economy to the patient and is obtained aesthetic insurmountable results and we are guided by a preventive odontology and of adhesive technology, Objective: To restore the aesthetic and functional harmony of the upper front teeth by means of composite resin veneers with Uvener system, the dental substrate is prepared in a conservative way, using correctly the dental adhesion protocol, also, superimposing adequately the templates to achieve the mimicry of the composite resin veneers; with this system we could return the functionality and aesthetics to the patient. Conclusions: the Uvener system is minimally invasive, presents little need for modelling and polishing, allows us to create beautiful anterior restorations, efficient in clinical work and reduces working times.

Keywords: direct veneers; resins; Uvener system.

CONTENIDO

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Resumen	iv
Abstrac	v
Contenido	vi
Introducción	viii
CAPÍTULO I	
1.1 Planteamiento del problema	11
1.2 Delimitación del Problema	11
1.3 Formulación del problema	12
1.3.1 Problema general	12
1.3.2 Problemas específicos	12
1.4 Marco teórico	12
1.4.1 Antecedentes de estudio	12
1.4.2 Bases teóricas	23
1.4.2.1 Aspectos generales carillas	23
1.4.2.2 casos en los que se emplea carillas	24
1.4.2.3 ventajas y desventajas de las carillas estéticas	25
1.4.2.4 alteraciones de color, tamaño, forma en los dientes	26
1.4.2.5 resinas	33
1.4.2.6 resinas para carillas directas	35
	vi

1.4.2.7 Sistema UNEVEER	36
1.5 Objetivos	43
CAPÍTULO II	
2.1 Desarrollo del caso clínico	44
2.2 Historia clínica	45
CAPITULO III	
Plan de Tratamiento Integral	48
CAPITULO IV	
Conclusiones	58
CAPÍTULO V	
Recomendaciones	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
ANEXOS	63

INTRODUCCIÓN

En la actualidad nuestra sociedad está mucho más preocupada en la estética; siendo el rostro el primer contacto visual en el momento de relacionarse con los demás, muchas veces provocando rechazo del interlocutor u observador y otras veces se manifiesta una falta de confianza en la persona al percibir que no se ajusta a parámetros aceptados socialmente, debido a ello se demandan más tratamientos estéticos en el sector anterior; adicionalmente de las distintas restauraciones usuales disponibles, gracias a la odontología adhesiva, existe diversas opciones de tratamiento que se ajustan a las necesidades y cumple las expectativas del paciente, ellas conservan estructuras dentales y son poco invasivas. En nuestra Región para perfeccionar la estética de la sonrisa del paciente se utilizan restauraciones de coronas totales, que es de hecho un sistema muy invasivo, irreversible para la estructura dental. Por lo expuesto sostenemos que mediante restauraciones adhesivas de carillas, se solucionan problemas en los dientes principalmente anteriores tanto de posición forma color y no tenemos necesidad de reducir la cara vestibular para poder colocar las carillas, es un hecho que la estética dental ocupa un papel importante en la sociedad, para Macchi^{1,2}, una carilla es un “bloque que se fija a la superficie vestibular de un diente anterior, fundamentalmente para mejorar sus aspectos estéticos”^{1, 2}. Afirma Cuello-Salas² “Actualmente, nadie duda que la demanda en los tratamientos odontológicos estéticos ha aumentado, pudiéndose observar cómo los pacientes muestran mayor interés, no solo por mejorar su aspectofuncional sino también el estético; en el sector anterior, además de las distintas restauraciones que se emplean, se pueden realizar a través de la técnica adhesiva, se pueden solucionar otros casos clínicos, el objetivo es conservar la estructura dentaria natural sana y lograr estética, por mayor tiempo y mejorar los aspectos estéticos, las restauraciones con

coronas totales, es un sistema más mutilante e invasivo, para el cual es necesario eliminar gran cantidad de tejido”²

Gonzales et al³ afirma que “La búsqueda de los pacientes para mejorar la apariencia de sus sonrisas ha planteado retos en odontología estética; desarrollar una sonrisa placentera es una aventura artística, el odontólogo debe refinar su percepción y permitir el desarrollo de sentimientos individuales de acuerdo a un criterio objetivo, la estética es un fenómeno del intelecto que engendra una emoción, los efectos psicológicos positivos de mejorar la apariencia, generalmente, contribuyen a una mejor autoimagen y una autoestima fortalecida”³. Según Paredes⁴ “Las carillas estéticas son restauraciones que forman parte integral en la Odontología Restauradora, proporcionando al paciente un bienestar funcional, estético y biológico, en el pasado fueron llamadas restauraciones temporales por el corto tiempo de resistencia que tenía el material del cual eran confeccionadas las carillas estéticas, sin embargo a través del tiempo la restauración conservadora de dientes anteriores ha sido mejorada en cuanto a materiales y metodología, el material que ha sido utilizado durante mayor tiempo fue la incrustación de oro, la cual era visible vestibularmente quitando el frente estético que el odontólogo deseaba proporcionar, ocasionando molestias en el paciente, por lo cual las resinas compuestas directas fueron sugeridas para su uso, lamentablemente el tiempo de longevidad de este material en apariencia clínica óptima e integridad marginal no dura tanto como el paciente y el operador desearían, por lo cual se desarrollaron nuevos materiales para el diseño de carillas estéticas que cumplan con las expectativas del paciente”⁴.

“La dentista Dra. Sigal Jacobson, de Australia creó unas plantillas directas Uveneer debido a que se dio cuenta que las carillas directas de composite realizadas en forma tradicional a mano alzada era de por sí un desafío artístico, con resultados impredecible y no económicos, ella es una apasionada de la odontología cosmética conservadora, la Dra. Jacobson

considero una mejor forma de crear carillas estéticas duraderas de resina trabajo años con Ingenieros y creo un diseño único bastante perfecto dando como resultado el sistema Uveneer de plantillas para carillas directas”⁵. Dominar el arte del recubrimiento directo de resina compuesta no es fácil y es altamente sensible a la técnica, sin embargo, cuando se realiza para el caso apropiado, permite la expresión artística y resultados clínicos muy impresionantes, en este trabajo de suficiencia profesional presentamos un caso clínico en el que una paciente joven con obturaciones no uniformes y decoloradas, mostraba inseguridad para sonreír; fue tratada con recubrimiento directo de resina compuesta con el sistema Uveneer, para corregir los dientes incisivos centrales superiores; los resultados obtenidos fueron exitosos desde el punto de vista estético como funcional, y permitieron a la paciente tener una sonrisa que de otro modo no podría lograr

CAPÍTULO I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Odontología estética o cosmética es considerada especialidad de la Odontología que aplica el arte, la armonía, la estética en la boca, para poder efectuar tratamientos nada dolorosos ni invasivos, se propende a no desgastar tejidos dentarios tal es el caso de problemas de coloración de los dientes fracturas dentarias, caries problemas de bruxismo etc. Para poder resolver algunos de estos casos se colocan carillas en la cara vestibular de los dientes estas pueden ser de resina o porcelana, al aplicar resinas nanohíbridas estas resultan ser un desafío artístico que conlleva a aplicar habilidades en su conformación, es por ello que este tema despertó el interés ,siendo las carillas Uneveer una ayuda, es mínimamente invasivo nos generara carillas directas de resina compuesta con forma y simetría predecibles y se realiza todo ello en una sola cita.

1.2 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

TEMA: Carillas directas de resina compuesta con plantillas UVENEER

- Delimitación espacial

El caso clínico se desarrolló en la Clínica Odontológica del C. D. Dr. Sigfredo Castellares.

- Delimitación temporal

El presente caso clínico fue desarrollado en el mes de diciembre del 2019

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1 Problema general

¿Cuál es la efectividad de las plantillas Uvener en la elaboración de carillas de resina compuesta en el sector anterosuperior?

1.3.2 Problemas específicos

¿Qué procedimientos se siguen para la elaboración de carillas con el método Uvener?

¿De qué forma nos facilita el trabajar con el método Uvener?

¿Qué inconvenientes se pueden dar en el lapso del tratamiento?

¿Qué diferencia existe entre esta técnica de elaboración de carillas a comparación de las habituales?

1.4 MARCO TEÓRICO

1.4.1 Antecedentes de estudio

Cuello-Salas et al² (2003) en un reporte “Carillas directas con resinas compuestas; afirma que propendiendo hacia una odontología preventiva y de tecnología adhesiva, es de valorar el rol que cumple la estética y por supuesto lo es también la conservación de las estructuras anatómicas naturales del elemento dentario; debido a ello, las restauraciones en el sector anterior con materiales estéticos como las resinas compuestas fotopolimerizables,

despiertan interés y una gran demanda, por las ventajas que presentan dichos materiales; hacen posible, una restauración directa y semipermanente, tal es el caso de la elaboración de carillas directas con resinas compuestas, la misma significa una alternativa a la clásica corona total, para solucionar las distintas alteraciones que se presentan en las caras vestibulares de los dientes anteriores primordialmente; como conclusión afirman categóricamente que esta técnica se emplea para casos clínicos que presentan distintas alteraciones en la superficie vestibular del elemento dentario, resolviéndose con un sistema de resinas compuestas fotopolimerizables en forma directa y con un bajo costo; es necesario tener, además del conocimiento científico, el sentido artístico para lograr éxito en este tipo de restauraciones, plantean sobre la duda en referencia a su duración, ya que, la resina compuesta es susceptible de decoloración, lo que disminuye el resultado estético a largo plazo; sostienen que es importante el mantener las estructuras dentarias naturales sanas en tanto sea necesario realizar otro tipo de restauración debido a ello se obtiene mayor tiempo útil de los elementos dentarios involucrados, se deben de realizar controles periódicos clínicos también radiográficos, para poder observar su comportamiento en la boca a través de los años.”².

Orozco⁶ et al (2015) presentaron un caso clínico al que denominaron “Carillas de composite como alternativa a carillas cerámicas en el tratamiento de anomalías dentarias, reporte de un caso, en el afirman que las anomalías dentarias tamaño; forma son frecuentes que involucran la estética del sector anterior; existen diversas técnicas de tratamiento de esta alteración morfológica siendo una de ellas las carillas estéticas; se suelen elegir la cerámica en el caso de restauraciones indirectas y resinas compuestas en el

caso de las restauraciones directas, la cerámica conserva propiedades físicas y estéticas que la convierten en la primera opción; sin embargo, las resinas compuestas se convirtieron en una alternativa confiable para esta investigación trataron a un paciente con inconformidad estética, al examen intraoral se visualiza órganos dentarios 12 y 22 en forma de espiga, presenta diastemas en el maxilar superior, en el sector anterior propusieron como plan de tratamiento restauración estética del sector anterosuperior empleando carillas en resina compuesta a realizar con preformas plásticas, el objetivo del presente caso es la descripción del tratamiento restaurador estético realizado con resinas compuestas, empleando cofias preformadas; como conclusión afirman que las resinas compuestas son materiales estéticos; longevos y resistentes, garantizan tratamiento restaurador exitoso siempre y cuando el objetivo de tratamiento esté basado en un exhaustivo examen clínico de la oclusión y función del paciente, se deberá tomar en cuenta la destreza del operador y la cooperación del paciente en relación a los hábitos alimentarios”⁶.

Alarcón⁷ (2015) da a conocer su trabajo de investigación “Carillas directas con resina compuestas, una alternativa en operatoria dental; afirma que la odontología moderna nos presenta una vasta variedad de técnicas y materiales a utilizar, unas técnicas más invasivas que otras; actualmente, nadie duda que la demanda en los tratamientos odontológicos estéticos ha aumentado, pudiéndose observar cómo los pacientes muestran mayor interés, no solo por mejorar su aspecto funcional sino también el estético, en la zona anterior de los dientes, además de las distintas restauraciones convencionales que se pueden realizar a través de la tecnología adhesiva, debemos conservar la

estructura dentaria natural sana y lograr estética; durante mucho tiempo, para mejorar los aspectos estéticos, se realizaban restauraciones de coronas totales, siendo este procedimiento invasivo se elimina tejido sano en el tallado en el tiempo, se ha solucionado este inconveniente, proponiendo distintas alternativas, el desafío es mayor y sin interferir con otro perfil como es la prótesis fija convencional, se puede lograr solucionar distintas alteraciones que se presentan en la cara vestibular de los elementos dentarios anteriores, empleando las restauraciones adhesivas de carillas directas con resinas compuestas, la cual es alternativa a la clásica corona total, además de ser menos invasiva y fundamentalmente, por eliminar menor cantidad de tejido dentario sano; el objetivo de este trabajo fue presentar al odontólogo general, la técnica de confección de carillas directas con resinas compuestas, indicaciones, contraindicaciones, ventajas y desventajas, como conclusión afirman que los tratamientos restauradores a base de carillas de resina compuesta son una alternativa válida para la reconstrucción de la armonía anatómica del diente; y las carillas de resina están indicadas en todos los casos que presentan alteraciones de forma, tamaño, color y posición de los dientes”⁷.

Hernández⁸ et al (2015) reporta un caso “Carillas estéticas con la utilización de resinas compuestas como alternativa ante la hipomineralización; del esmalte es un trastorno del tejido dentario que puede ser confundida con la hipoplasia del esmalte; generalmente los pacientes asisten a consulta no en los estadios iniciales sino cuando ya hay compromiso considerable de tejido que perjudica la estética; se presenta un caso de hipomineralización en una paciente joven que tenía una gran afectación estética en los dientes 11 y

21; como tratamiento se realizaron carillas de restauración directa por estratificación o capas, utilizando resina compuesta fotopolimerizable; el adecuado manejo y los nuevos avances de la tecnología adhesiva empleados, con protocolo adecuado, facilitaron la resolución de este caso, se restableció la estética, la función y el equilibrio perdidos, en un tiempo razonable; se logró colmar expectativas de manera satisfactorias a largo plazo y no solo como una solución provisional para dientes anteriores con pigmentación u otras alteraciones del tejido dentario”⁸.

Thakur, Vinay Bal Singh, et al⁹. (2016) presentan una investigación “Direct Esthetic Rehabilitation of Teeth with Severe Fluorosis Using Uveneer Facial Template: A Case Report (Rehabilitación estética directa de dientes con fluorosis severa usando la plantilla facial Uveneer: informe de un caso); este artículo describe una rehabilitación estética de un caso de fluorosis grave utilizando un nuevo sistema de moldes exclusivo, mínimamente invasivo, que permite crear carillas directas de composite con forma y simetría previsible, el sistema Uveneer que simula la forma predecible y la simetría de los dientes naturales; en casos de fluorosis dental severa, el esmalte dental generalmente se vuelve poroso y los métodos de blanqueamiento dental no son recomendados para ello como conclusión sostienen que: la técnica mínimamente invasiva de recubrimiento compuesto directo utilizando plantillas es el tratamiento de elección recomendable debido a que es fácil de usar, se consigue gran productividad clínica, ahorra tiempo, primordialmente requiere una preparación mínima y un costo adecuado y es muy eficaz”⁹.

Magaño¹⁰ (2018) en su tesis “Tratamiento restaurador con carillas directas de resina en dientes primarios; sostienen que en la actualidad; la preponderancia de caries, las alteraciones del color compromiso en la forma de los dientes del sector anterior requieren, en la mayoría de las ocasiones, soluciones del tipo estético, funcional, tradicionalmente, los tratamientos consistieron en el empleo de coronas de metal acrílico, metal porcelana o de porcelana de alta resistencia, para lo cual se requiere desgaste de la totalidad del esmalte y parte de la dentina; señalan que la odontología moderna se emplean métodos más conservadores y de resultados satisfactorios, como son las carillas con técnica incrementada en niños con dentición temporaria; las carillas estéticas son restauraciones que forman parte integral en la Odontología Restauradora, proporcionando al paciente un bienestar funcional, estético y biológico; el presente reporte clínico tiene como objetivo proponer tratamientos restaurativos con carillas de resina palfique Lx5 en dientes deciduos debido a su alta resistencia al desgaste dentario y su efecto de mimetizar el color dentario; este estudio reporta un caso de un paciente de 3 años 3 meses de edad, de sexo femenino; con diagnóstico a nivel estomatológico de pulpitis irreversible, conducta negativa; a quien se le realizó tratamiento odontológico integral, siendo uno de los tratamientos a nivel pulpar, pulpectomías, con restauraciones, de carillas directas en el sector anterosuperior realizados en el Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN), este reporte clínico muestra que las carillas directas colocados a nuestro paciente a base de resina palfique LX5, se mantienen en buen estado, con buena estabilidad en el color sin pigmentaciones, por lo cual no se presentó ninguna fractura debido a sus propiedades del material”¹⁰.

Córdova¹¹ (2019) presenta su trabajo de investigación “Carillas directas de resina compuesta de silicato de zirconio con guía palatina; refiere que la sonrisa es una de las áreas observadas de forma inmediata y más fáciles de evaluar en el momento en que se interactúa con otra persona, hoy en día es importante la estética facial en la calidad de vida de las personas es por eso que la estética ha tomado terreno siendo uno de los principales motivos de consulta en la odontología; el objetivo de esta tesis fue devolver la estética y funcionalidad dental a través de la estratificación de carillas de resina compuesta, el diseño metodológico corresponde a un método lógico científico ,presenta un caso de restauraciones defectuosas en las piezas 11 y 21 con filtraciones y cambios de color en un paciente de 29 años, el tratamiento realizado fue carillas directas de resina compuesta con carga submicrométrica de silicato de zirconio por estratificación o capas, utilizando guía palatina; los resultados sugieren que el avances en tecnología adhesiva empleando la resina compuestas, garantizan el éxito del tratamiento, devolviendo al paciente la confianza, función y estética; logrando que sea una restauración definitiva con buen pronóstico a largo plazo y como conclusión más importante sostiene que las resinas nanohíbridas presenta grandes resultados funcionales y estéticos que presentan además de la gama de color que ayudan a semejar más la estructura del diente asimismo concluye diciendo que las carillas de resina directas van a necesitar de mayor tiempo clínico pero no vamos a depender de ningún laboratorio lo cual hace que el tratamiento sea mucho más rápido porque lo podemos llegar a solucionar en una sola cita, pero de igual forma va a necesitar de un gran habilidad y

destreza del profesional para poder lograr plasmar su arte en la pieza a restaurar”¹¹.

Mite¹² (2019) presenta una investigación a la que denomina “Frecuencia de pacientes rehabilitados con carillas directas de resina compuesta en clínica integral del adulto y adulto mayor; el objetivo del presente trabajo fue conocer la frecuencia de pacientes rehabilitados con carillas directas de resina compuesta en adultos y adultos mayores atendidos en la Facultad Piloto de Odontología en la Universidad de Guayaquil del ciclo I periodo 2018-2019; el tipo de estudio fue observacional, descriptivo y transversal, la muestra del estudio estuvo comprendida por 202 carpetas de diagnóstico y sus respectivas historias clínicas de operatoria dental los resultados que se obtuvieron en este estudio establecieron que la alteración más frecuente fue el diastema interincisal con un 23% siendo los pacientes de género femenino con un 63% y mayores de 45 años con un 43% que presentaban alteraciones en el sector anterior la cual requerían como tratamiento carillas directas de resina compuesta, siendo el incisivo central con un 57% la pieza más tratada y la técnica que más se empleó para la confección de carillas fue la técnica con guía palatina con un 66%; como conclusión este estudio determinó que la alteración más frecuente fue el diastema interincisal, la cual se presentó entre los incisivos centrales, siendo pacientes del género femenino y mayores de 45 años los que asistieron a clínica integral para realizarse carillas”¹².

Yáñez¹³(2019) sustenta una investigación denominada “Procedimiento y técnicas de las carillas dentales directas de resina compuesta; fundamenta y afirma que las restauraciones en el sector anterior con carillas directas con resinas compuestas se transforman en un verdadero desafío para el

profesional; el odontólogo debe aprender a percibir los detalles de forma, textura y color para poder reproducirlos y lograr restauraciones de aspecto natural el estudiante de odontología por iniciarse tiene poca experiencia, no sigue el procedimiento para el empleo de las carillas directas con resinas compuestas, conduciéndole a no lograr obtener buenos resultados desde el punto de vista biológico, estético y funcional; esto es debido a la necesidad de conocimientos de la técnica, y especialmente de una habilidad manual para obtener una anatomía similar al diente natural; las carillas directas con resinas compuestas por aplicación directa se aplican capas de esmalte, dentina y se pueden realizar efectos (es posible aplicar una capa de un opacificante en casos de sustratos dentales oscurecidos); restaurada la pieza dentaria el acabado y pulido eficaz se convierte en un paso importante y fundamental para la integración con la restauración de toda la sonrisa del paciente.. se debe determinar la técnica para el procedimiento del empleo de carillas directas con resinas compuestas de parte del odontólogo de una forma clara y organizada definiendo que las carillas directas con resinas compuestas, constituyen una de las mejores opciones para la reconstrucción de la estética, son respetuosas con los tejidos blandos y el periodonto circundante, evitan el uso de estructuras metálicas y poseen una excelente calidad estética, por la excelente tolerancia de la encía y por la amplia aceptación por parte de los pacientes como conclusión sostiene que las carillas directas con resinas compuestas, constituyen una de las mejores opciones para la reconstrucción de la estética; poseen la gran ventaja que en algunos casos permiten conservar una proporción significativa de esmalte natural, es una técnica segura y

posibilita resultados predecibles, tanto a corto como a largo plazo, sea desde el punto de vista biológico o estético”¹³.

Harleen¹⁴ et al (2019) dan a conocer un estudio al que titularon “Una evaluación comparativa de la resistencia a la fractura y la discrepancia marginal de las carillas de composite directas utilizando cuatro técnicas diferentes de preparación dental: un estudio *in vitro*; afirman que las carillas de composite directas siguen el concepto de no preparación o preparación mínima que ha desarrollado un procedimiento apropiado de unión del esmalte; las carillas de composite se pueden reparar fácilmente y, por lo tanto, son económicamente favorables; el rendimiento clínico a largo plazo de las carillas de composite directas depende de una serie de factores, siendo la resistencia a la fractura y la adaptación marginal uno de los significados; el objetivo del presente estudio fue evaluar la resistencia a la fractura y la discrepancia marginal de las carillas compuestas directas utilizando cuatro técnicas diferentes de preparación de los dientes (preparación de ventanas, preparación de plumas, preparación de bisel y preparación de superposición incisal), es *in vitro* el tamaño de muestra de 75 participantes, recogieron un total de 75 incisivos centrales maxilares extraídos en humanos y luego se dividieron en cuatro grupos experimentales y un grupo de control ($n = 15$ cada uno); realizaron cuatro técnicas de preparación de los dientes seguidas de recubrimiento directo compuesto, todas las muestras de estudio se dividieron en dos mitades iguales, la mitad de todas las muestras se sometió a una carga celular de 0 N a 100 KN a una velocidad de cruceta de 1 mm con una angulación de 90 ° utilizando una máquina de prueba universal para evaluar la resistencia a la fractura, las otras mitades se seccionaron

longitudinalmente, y las muestras se sometieron luego bajo el microscopio móvil con un aumento de $\times 200$ para medir la discrepancia marginal en las ubicaciones cervicales, medias e incisales el **análisis estadístico**: Los datos obtenidos se sometieron a análisis estadístico utilizando SPSS versión 20.0; el presente estudio concluyó que la resistencia a la fractura era máxima en el Grupo V (Grupo de control), seguido por el Grupo III (Preparación de bisel), el Grupo IV (Preparación de superposición incisal), el Grupo II (Preparación de plumas), y se encontró la puntuación de menor valor medio para el Grupo I (preparación de ventanas). Además, la discrepancia marginal fue máxima en el Grupo IV (preparación de superposición incisal), seguida por el Grupo II (preparación de plumas), el Grupo III (preparación de bisel), y se encontró la puntuación de menor valor medio para el Grupo I (preparación de ventana)”¹⁴.

Yanikian¹⁵(2019) dan a conocer una investigación “Direct Composite Resin Veneers in Nonvital Teeth: A Still Viable Alternative to Mask Dark Substrates; (Carillas de resina compuesta directa en dientes no vitales: una alternativa aún viable para enmascarar sustratos oscuros); presentan informes de casos clínicos, en ella describen técnicas de tratamiento restaurador para dientes anteriores no vitales que presentan alteración del color; la estratificación directa de resina compuesta ha demostrado ser un método eficiente para recuperar la estética de los dientes oscuros, los tratamientos restauradores directos vs indirectos son debatidos también realizan seguimiento clínico de casos y demuestran que restauraciones directas de resina compuesta no se ven afectadas por el sustrato del diente oscurecido con el tiempo, como conclusiones afirman rotundamente que la

decoloración del diente anterior es una de las causas más frecuentes de tratamiento dental y representa un desafío para la odontología restauradora; cuando hay una necesidad de corrección dental estética, el composite directo para las carillas están bien indicadas como un enfoque para mejorar el color de los dientes y la estética, este tratamiento presenta ventajas, incluida la unión satisfactoria entre el compuesto de resina y el sustrato dental, bajo costo, menos tiempo clínico y estética aceptable en resultados, debido a la mejora óptica y mecánica”¹⁵.

1.4.2 BASES TEÓRICAS

1.4.2.1 Aspectos generales

Carillas

Para **Macchi**^{1, 2}, carilla es un “bloque que se fija a la superficie vestibular de un diente anterior, fundamentalmente para mejorar sus aspectos estéticos”^{1, 2}.

Las carillas se pueden clasificar:

•Según la composición del material^{1, 16}

- Resinas (composite).

- Porcelanas.

•Según el método:

- Resinas compuestas:

Directas (a mano alzada).

Indirectas (en modelo o laboratorio).

- Porcelanas indirectas (laboratorio).

La “bioestética” son los tipos de preparaciones y técnicas que le dan preminencia a procedimientos de aumento, mínimamente o micro invasivos con el objetivo fundamental de preservar la estructura y biomecánica dental”^{1,16}.

1.4.2. 2 Casos en los que se emplea carillas

Paredes⁴ afirma que las carillas se emplean en:

A. Alteraciones de la armonía óptica

“Se encuentran todas las desarmonías estéticas referidas a piezas con defectos principalmente de color”⁴.

B. Piezas con tratamiento endodóntico: “El uso de las carillas estéticas está aconsejado en piezas tratadas endodónticamente, puesto que presentan una disminución en su valor o un aumento en la intensidad de su matiz como consecuencia del traumatismo o de la presencia de compuestos orgánicos no eliminados durante la instrumentación endodóntica”⁴

C. Fluorosis dental: “La característica de esta lesión se manifiesta con estructuras con

diverso grado de hipermineralización, son piezas absolutamente sanas desde la visión cariológica, pero altamente antiestéticas”⁴.

D. Alteraciones de la anatomía y la función de la guía anterior: se consideran todas las alteraciones que afectan la forma anatómica o la función de la pieza dentaria:

E. Cierre de diastemas: “Una de las principales indicaciones para este tipo de restauraciones constituye el manejo de cierre de los espacios entre las piezas anteriores para evitar el tan indeseado efecto óptico de espacio entre las piezas del sector, el cierre de los diastemas debe realizarse guardando una armonía estricta entre las proporciones individuales de conjunto dentro del mismomaxilar”⁴.

F. Dientes conoideos, enanos supernumerarios: “La presencia de este tipo de patologías de forma, cuando afecta la posición de una pieza del sector anterior superior, puede restaurarse mediante el uso de carillas estéticas y así de esa manera, se logra la armonía interdental yoclusal”⁴.

G. Fracturas extensas de ángulo: “el empleo de una carilla para rehabilitar esta alteración

involucra necesariamente el tallado de la cara vestibular de la pieza afectada para aumentar el área de adhesión y de soporte para la restauración que permita su integración al remanentedentario”⁴.

1.4.2.3 Ventajas y desventajas de las carillas estéticas

Paredes^{17,18}(2012) afirma que “Toda técnica de restauración puede presentar tanto ventajas como desventajas ya sea por las piezas dentales, por la forma del tratamiento, las principales ventajas que ofrecen las carillas son la conservación de tejido dentario y el mantenimiento de la función de la guía anterior, la conservación de tejidos dentarios es una de las premisas de la odontología actual: cuanto mayor sea la estructura remanente dentaria, mejor es el comportamiento biomecánico de la pieza frente a las fuerzas ejercidas

durante la dinámica mandibular y frente a la parafunción,;por ende, mantener la mayor cantidad de tejido remanente disminuye el potencial de la incidencia de la fractura dentaria en la pieza tratada mediante la técnica de carillas entre algunas de las desventajas que presentan las carillas estéticas están, la cantidad de sesiones que se emplean siendo incómodo el tiempo de espera para el paciente, por otra parte el factor económico es muy importante puesto que en la actualidad que no siempre está al alcance de muchas personas, sin embargo el resultado final por lo general brinda total satisfacción al paciente”^{17,18}.

1.4.2.4 Alteraciones de color, tamaño, forma en los dientes:

Alteraciones de color en los dientes¹⁹

“Los cambios de color de un diente los podemos dividir en dos grandes grupos:

Tinciones intrínsecas: son aquellas que se producen en el interior del diente o bien que afectan la estructura y tejidos dentales.

Tinciones extrínsecas: son aquellas que aparecen sobre la superficie dental y como consecuencia del depósito de sustancias cromógenas o pigmentantes; ambos tipos a su vez pueden ser permanentes o transitorias, en función de la duración de la tinción”¹⁷.

Alteraciones de tamaño en los dientes

Chessman^{20,21} define:

MICRODONCIA:

“Término usado para designar a dientes que son más pequeños de lo normal, la microdoncia se ha relacionado con un patrón hereditario autosómico dominante; los dientes afectados por microdoncia presentan la corona con tamaño inferior al normal; la raíz generalmente es de tamaño normal, aunque es frecuente encontrar formas anormales; es importante mencionar que los dientes supernumerarios que presentan dientes con tamaño menor al normal, no son

clasificados como microdoncia; según el número de dientes que tengan microdoncia, se reconocen dos tipos:

MICRODONCIA PARCIAL Y GENERALIZADA. El primer tipo es más común y se caracteriza por presentar alteración de tamaño y forma en uno o en varios dientes en un mismo paciente, la microdoncia se observa a menudo en los incisivos laterales superiores, unilateral o bilateralmente, en los cuales todas las superficies de la corona convergen hacia incisal semejándose a un cono por lo que reciben el nombre de laterales en clavija o espigas laterales”^{20, 21}.

MACRODONCIA:

“Se usa para designar a dientes cuya corona es de mayor tamaño que lo normal La etiología es desconocida pero se asocia con un patrón hereditario autosómico dominante; según el número de piezas afectadas se clasifica de dos tipos: **MACRODONCIA PARCIAL** y **MACRODONCIA GENERALIZADA**, en el primero de los tipos, la macrodoncia se presenta en un diente y puede presentar una anatomía

normal o se puede observar con deformidad coronal; afecta principalmente a los terceros molares inferiores o a un grupo de dientes como en el caso de la Hipertrofia hemi-facial en el que el lado afectado se presentan dientes con macrodoncia. La Macrodoncia Generalizada se caracteriza porque los dientes tienen aspecto grande en toda la dentadura como en el gigantismo hipofisiario”^{20,21}.

Alteraciones de forma en los dientes

GEMINACIÓN: (Esquizodoncia)

“Se llama geminación cuando existe duplicación total o parcial de un solo germe dentario en fases iniciales de su desarrollo. El resultado de esta afección a menudo se presenta como una fisura de profundidad variable, que divide la corona en dos partes iguales o desiguales produciendo una separación incompleta; raramente se produce una separación completa de las dos coronas, pero en todo caso conserva una sola raíz y un solo conducto radicular; se desconoce la etiología de esta entidad, pero se sugiere que el traumatismo es una causa posible, aunque algunos autores lo asocian a un componente hereditario dominante; la geminación afecta a la dentición primaria y la permanente, siendo más afectados los incisivos, dando apariencia inaceptable en cuanto a estética y puede causar apiñamiento, debido a la dificultad que se encuentra en un buen número de casos para diferenciar entre geminación y fusión, algunos autores han sugerido el término “diente doble” para el primero, aparece frecuentemente en el Síndrome de Down, embriopatía por talidomina y niños con paladar hendido”^{20, 21}.

FUSIÓN (Sinodoncia)

“La fusión es la unión de dos gérmenes dentales separados en desarrollo y como resultado se forma una sola estructura dental grande. Puede ocurrir entre dos dientes normales o entre uno normal y un supernumerario, la etiología de esta entidad se desconoce, pero se sugiere que es provocado por la fuerza o presión física entre dientes en desarrollo; al igual que en la geminación, la fusión puede ser COMPLETA (involucrando corona y raíz) O INCOMPLETA (Involucrando solo las raíces de los dientes); esto dependerá de la etapa del desarrollo en que se encuentran los gérmenes dentarios”^{20, 21}.

CONCRESCENCIA:

“Término usado para designar a un tipo de fusión dentaria en el cual dientes ya formados adyacentes uno de otro está unido por cemento; esto únicamente se puede diagnosticar por medios radiográficos la etiología de la concrescencia se asocia con el traumatismo o apiñamiento, pudiendo ocurrir antes o después de la erupción de las piezas dentales”^{20, 21}.

DILACERACIÓN:

“Es el nombre que se le da a una curvatura o angulación extraordinaria que pueden presentar las raíces dentales; la etiología se asocia a traumatismos durante el desarrollo de la raíz, cuando la corona y/o una porción de la raíz se desplazan a partir del resto de la raíz en desarrollo, puede provocar angulación aguda después que la pieza dental concluye su desarrollo, en algunos casos se piensa que la causa

podiera ser el factor hereditario”^{20,21}.

DENS IN DENTE (Diente invaginado o diente dentro de un diente)

“Término usado para designar a la acentuación excesiva de la fosilla lingual en un diente; el diente afectado puede presentar la anormalidad únicamente en la corona en casos superficiales, como también en la corona y raíz en casos de gravedad profundas e ignora la etiología, pero Goaz y White en 1995 consideran que se origina a consecuencia de un repliegue anómalo del órgano del esmalte hacia la papila dental, se cree que está asociado a factores hereditarios, se presenta con frecuencia en los incisivos laterales superiores permanentes; cualquier diente anterior también puede verse afectado por esta alteración y a menudo es bilateral, ocasionalmente puede observarse en superficies oclusales de premolares y molares”^{20,21}.

CÚSPIDE EN TALÓN (EN GARRA)

Se considera una cúspide adicional localizada en la superficie lingual de dientes anteriores y se extiende por arriba de la unión cemento esmalte hacia incisal, su tamaño puede variar desde un cingulum agrandado hasta una verdadera cúspide en talón que puede llegar hasta el borde incisal, pudiéndose encontrar separado de la cara lingual o fusionado a ésta, la mayoría se encuentra en piezas permanentes y con más frecuencia en los incisivos laterales superiores”^{20,21}.

TAURODONTISMO:

“El término taurodontismo fue primero usado por Sir Arthur Keith en 1913; el usó la palabra "taurodont" (Tauro del latín "toro", y dont del griego "diente") para describir una cámara pulpar amplia en sentido

ocluso-apical en una pieza dental multiradicular, por lo tanto, se le llama Taurodontismo a las piezas dentales que poseen cámaras pulpares que son de mayor tamaño respecto a lo normal en sentido ápico-oclusal; además, el piso de éstas se encuentra 2.5 mm. apical a la unión cemento-esmalte, según Shifman y Chanannel en 1978”^{20,21}.

DIENTE EN PALA:

“Se conoce como diente en pala a los incisivos y caninos superiores e inferiores cuya superficie lingual/palatina presenta una fosa profunda de forma triangular, redondeada, limitada mesial y distalmente por rebordes prominentes que convergen en sentido cervical y se pliegan hacia la fosa lingual (figura 21); algunas veces algunos de estos dientes presentan en la superficie labial rebordes marginales profundos y una concavidad central llamándose diente doble en pala”^{20,21}.

DIENTE EN BARRIL:

“Se llama así a las piezas dentales anteriores cuya corona es de forma cilíndrica; esto es a consecuencia de un sobre desarrollo del cingulum, el cual alcanza la altura del tercio incisal de la corona dentaria y debido a ello no existe una fosa lingual y tampoco una cara lingual normal; la superficie labial de los dientes afectados es más pequeña de lo normal y hay diastemas en ambos espacios proximales vecinos; las piezas dentales que frecuentemente están afectadas son los incisivos laterales superiores”^{20,21}.

ATRICIÓN:

“Se llama atrición dentaria al desgaste fisiológico o patológico de los tejidos duros coronales que ocurre como consecuencia del proceso de la masticación, afectando las superficies oclusales, bordes incisales, superficies linguales y bucales y puntos de contactos interproximales. Comienza como pequeñas facetas pulidas en las superficies dentarias y como un ligero aplanamiento de los puntos de contacto, gradualmente se reduce la altura cusplídea borrándose al mismo tiempo la anatomía oclusal, esta anomalía se presenta en todas las personas en diferente grado, teniendo relación con la edad del paciente, la dieta en la que pudiesen existir más sustancias abrasivas, composición de la dentición (amelo/dentinogénesis imperfecta), musculatura mandibular y hábitos de la masticación (bruxismo y bruxomanía)”^{20, 21}.

ABRASIÓN:

“Término que se usa para designar al desgaste patológico de los tejidos duros dentales como resultado de una acción mecánica anormal, un hábito o empleo anormal de sustancias abrasivas en la boca; la abrasión se observa frecuentemente en las superficies radiculares descubiertas en piezas dentales en las cuales existe una retracción gingival (migración del periodonto apicalmente); sin embargo, la localización y el patrón de abrasión dependen directamente de la causa; un patrón fácil de identificar es el llamado proceso de abrasión por el cepillado dental a lo largo de la unión cemento-esmalte, el cual es causado por el cepillado incorrecto. Se

presenta como una lesión en forma de “V” (horizontal) o de “cuña” con paredes de dentina lisa y pulida que a menudo es hipersensible; en casos severos pueden ocurrir exposiciones pulpares y aún fracturas de las piezas dentales afectadas”^{20, 21}.

EROSIÓN

“Término usado para designar a la destrucción o pérdida de la estructura del diente secundaria a un proceso químico no bacteriano.; las lesiones de erosión varían en forma, tamaño y con frecuencia afectan a varias piezas dentales siendo la típica lesión como una depresión poco profunda, amplia, lisa y muy pulida en la superficie del esmalte afectando generalmente al esmalte y en ocasiones a la dentina”^{20,21}.

ABFRACCIÓN:

“Pérdida patológica de la estructura dentaria a nivel de la unión cemento-esmalte causada por fuerzas biomecánicas resultantes de fuerzas oclusales deflectivas (anormales), capaces de generar tensiones que se concentran en la región cervical, dando como resultado una flexión y fatiga del esmalte y dentina de la región y consecuentemente su desprendimiento; se puede diferenciar de la abrasión en que la abfracción se presenta en una pieza dental aislada existiendo trauma oclusal, y la abrasión se manifiesta con lesiones que son en 2 ó más piezas dentales contiguas existiendo historia de acción mecánica”^{20, 21}.

1.4.2.5 Resinas

Nicholson y Czarnecka, en Materiales para la restauración directa de dientes (2016)sostienen que “Las resinas compuestas son materiales basados en polímeros utilizados en odontología para reparaciones

estéticas; se preparan por polimerización por radicales libres , que en los materiales modernos se inicia con luz visible; los monómeros son sustancias voluminosas y viscosas que reaccionan para crear una matriz orgánica que es resistente y duradera en el servicio clínico, las propiedades no son ideales, pero se mejoran sustancialmente al incluir polvos inorgánicos finamente divididos, como vidrios de silicato de bario ,se pueden incluir sales de fluoruro para hacer que los materiales terminados sean capaces de liberar fluoruro en la boca, sin embargo, para el llenado a granel, existen problemas de curado de capas gruesas de material, por lo que estos materiales generalmente se emplean acumulándose en incrementos, las resinas compuestas no son adhesivas , por lo que se usan con agentes adhesivos a medida para asegurar la fijación a la superficie del diente; las resinas compuestas se basan típicamente en los monómeros bisGMA o dimetacrilato de uretano , pero se utilizan cada vez más otros monómeros, estos pueden mostrar una reducción de la contracción en la polimerización, dependiendo de los detalles de su química”^{22, 23}.

Descripción general de una resina compuesta

“Las resinas compuestas son una clase de materiales de restauración dental que son una mezcla de componentes orgánicos e inorgánicos, los tres componentes orgánicos primarios son la resina , el agente de acoplamiento y el iniciador, siendo el componente inorgánico primario el relleno, en odontología, el término "compuesto" tiene un significado más restringido que el que tenemos, recién descrito. Se aplica solo a un grupo limitado de materiales, a saber, aquellos que

comprende una matriz polimérica con una carga inerte, y donde el fraguado ocurre por libre polimerización por adición de radicales”^{22, 23}.

1.4.2.6 Resinas para carillas directas

Para el sistema uvener es recomendable emplear

Composites de valor medio. - “por ejemplo Venus de Kulzer; Vit•l-escence se utilizan en muchos casos estéticos. Cuando se aplica con un grosor aproximado de 0,5 mm o más, pueden enmascarar y, al mismo tiempo, incorporar un; efecto camaleón”⁵.

Composites de valor alto. - “tenemos Amaris de Voco; Gradia de GC se utilizan en una capa delgada, con alta opacidad y capacidades de enmascaramiento, como en los casos en que se requiere cambiar el color del diente subyacente con un espesor compuesto mínimo, y sin tener que usar opacos, estas son solo sugerencias, porque una marca también puede incorporar los tres grupos en su gama⁵.

3M ESPE Filtek Supreme 350 XTE, carillas estéticas.-
“Restaurador Universal es una resina activada por luz visible, diseñada para ser utilizada en carillas estéticas, un adhesivo dental, como los que fabrica 3M, se utiliza para unir de manera permanente la restauración con la estructura ;dentalFiltek supreme XTE es un composite versátil de nano relleno que proporciona una excelente estética en restauraciones anteriores y excelente resistencia en restauraciones posteriores, posee una fluorescencia insuperable imitando de forma única la estética y resistencia natural de los dientes; posee una gran facilidad de uso por su sencilla manipulación, pues no se adhiere al instrumento y gracias a su sencilla lectura y su

codificación por colores hacen reconocible cada tonalidad inmediatamente; su fluorescencia mejorada, su facilidad de pulido y su amplio rango de tonos y opacidades consiguen resultados excelentes ya que los dientes obtienen un color natural”²⁴.



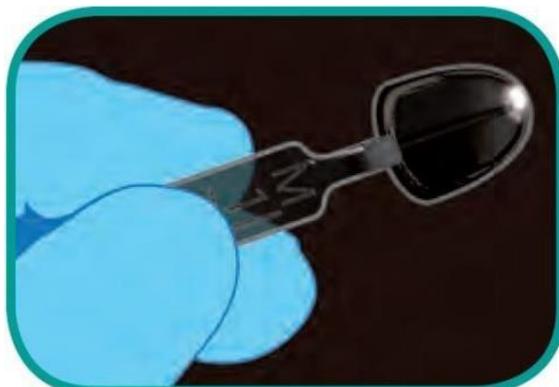
“El valor (value) es considerado la dimensión acromática del color; posee sinónimos como brillo o luminosidad y puede ser conceptualizada como la cantidad de negro y blanco en un objeto provocando sensaciones de profundidad o proximidad del mismo; está relacionado también con la opacidad y translucidez, cuanto mayor el valor, más opaco y blanquecino será el objeto y cuanto menor valor, más translucido o grisáceo”²⁵.

1.4.2.7. SISTEMA UVENEER²⁶

“Uvener es un sistema de moldes exclusivo, mínimamente invasivo, que permite crear hermosas carillas directas de composite con forma y simetría predecibles – todo en una cita;

cada molde reutilizable y autoclavable está diseñado para imitar la anatomía dental ideal de acuerdo a las reglas del diseño de sonrisa y a la “proporción áurea” mediante la incorporación de una relación ideal entre altura y ancho, contorno, tronera y línea media central, debido al preciso contorno dental de la anatomía vestibular de los modelos, el resultado final generará diferentes espesores de composite (menores hacia las áreas del tercio incisal y gingival y mayores en el medio de la superficie vestibular). Debido a que esa variación en el espesor crea diferentes efectos y valores, sólo se necesita un tono de composite para lograr un efecto de gradiente natural. Sin embargo, aún pueden utilizarse múltiples tonos de composite dependiendo de qué técnica se prefiera”²⁶.

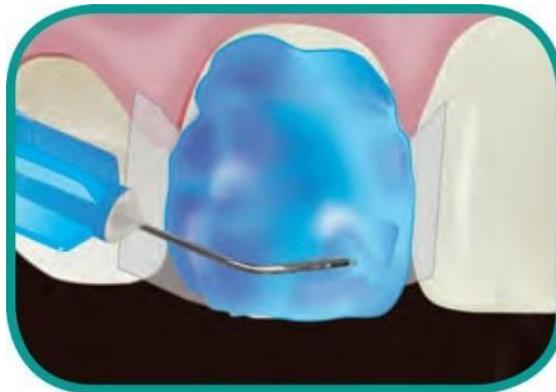
“Para la creación de carillas directas en composite, siga los pasos que se detallan a continuación”²⁶:



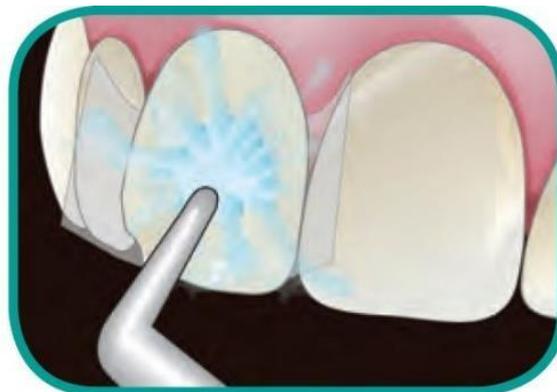
1. “Seleccione el molde que corresponda al diente a restaurar (vea en el molde del mango el número correspondiente al diente tamaño y arcada”²⁶.



2. "Remueva caries si fuese necesario prepare mínimamente el diente"²⁶



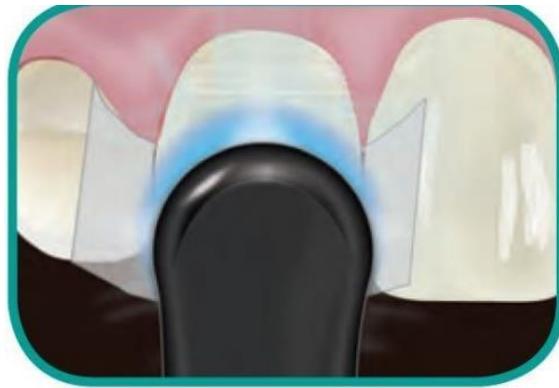
3. "Coloque matrices de separación y ácido grabador"²⁶



4. "Enjuague el ácido grabador"²⁶



5. "Coloque adhesivo (Universal bond)"²⁶



6. "Fotopolimerice por 20s"²⁶.



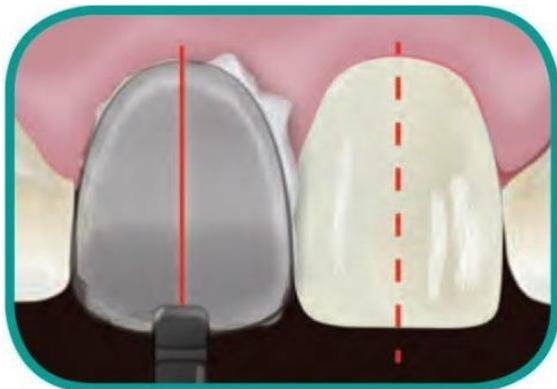
7. "Aplique el composite"²⁶



8. "No fotopolimerice el composite"²⁶



9. "Seleccione el molde uvener elegido, lo ideal es que el molde cubra completamente la superficie vestibular, de no ser así se utiliza composite adicional en la periferia para compensar"²⁶.



10. "Alinee la línea media del molde, en forma paralela a la línea media de la cara y perpendicular al plano incisal, utilizando el pulgar presione el lado cóncavo del molde sobre el diente, presione firmemente para remover cualquier vestigio de aire entrampado"²⁶.



11. “Remueva cualquier exceso de compositi de la periferia”²⁶



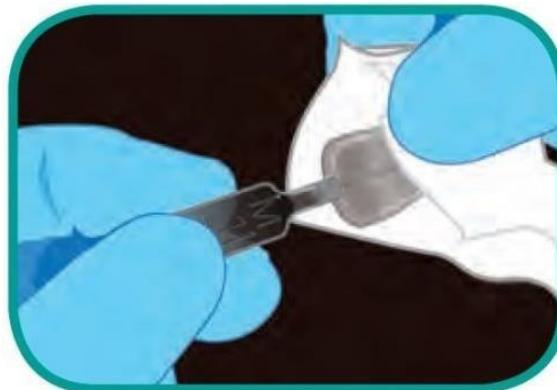
12. “Polimerice el composite a través del modelo, por cada capa de 2mm polimerice 1-2x 10 s. de potencia estándar (de acuerdo a la lámpara a usar)”²⁶



13. “Remueva suavemente el molde uvener levantando suavemente del mango, efectuó una polimerización directa sobre el composite para asegurar que esté completamente polimerizado”²⁶.



14. “Evitando la superficie vestibular brillante retire los excesos de composite de la superficie con una fresa fina del tipo de llama del avio utilice pulidores para composite, tiras diamantadas o sierras proximales para una terminación y ajustes mínimos”²⁶.



15. “Inmediatamente después del uso limpie en forma meticulosa el molde con una gasa y alcohol, seque coloque en la bolsa y autoclave de acuerdo a las instrucciones de uso de uvener, no deje ningún residuo de composite sobre el molde para mantener su translucidez y brillo. Uvener puede utilizarse también para ‘mock-ups’ cosméticos (pruebas estéticas) y selección de tonos, así como para provisionales durante la creación de una carilla de porcelana”²⁶.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo general

Recobrar la armonía funcional y estética del sector anterosuperior empleando carillas directas de resina compuesta con sistema Uveneer

1.5.2 Objetivos específicos

Aprestar de forma conservadora el sustrato dentario.

Emplear de manera correcta el protocolo de adhesión dental.

Utilizar adecuadamente las plantillas Uveneer.

Imitar la dentición natural al reproducir las carillas de resina compuesta.

CAPÍTULO II

2.1 DESARROLLO DEL CASO CLINICO

Concurre a la consulta una paciente de sexo femenino, 25 años de edad, procedente de la ciudad de Huancayo, Provincia de Junín, Perú, por razones estéticas; expresa, la inconveniencia de sonreír por las manchas que presentan sus incisivos centrales superiores. Inicialmente se confeccionó una historia clínica, odontológica, que tiene importancia legal, y permite conocer al paciente recogiendo datos, para determinar el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento, es necesario evaluar el estado de salud periodontal, que debe ser bueno, para efectuar cualquier restauración adhesiva en operatoria dental; se efectúa el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento tuvimos en cuenta en el diagnóstico el estado de salud pulpar, radiografías previa y diagnóstico diferencial, Lo primero que se realiza, es la toma del color, los registros de los contactos oclusales; a razón de las alteraciones de color más usuales que se presentan en el sector anterior, tales como, hipocalcificación, caries, amelogénesis imperfecta y fluorosis, hipoplasia, restauraciones estéticas decoloradas, luego de valorar elementos que las diferencian unas de otras como la etiología, dentición, , tejidos afectados,

forma, color, localización, textura superficial e inspección clínica, se determinó que la alteración cromática era por restauraciones estéticas decoloradas

2.2. HISTORIA CLÍNICA:

Datos de Filiación:

- ▶ **NOMBRE Y APELLIDOS:** Thalía Chanca Ariste
- ▶ **EDAD:** 25 años
- ▶ **SEXO:** femenino
- ▶ **ESTADO CIVIL:** Soltera
- ▶ **DOMICILIO:** calle Túpac Amaru s/n Centro Poblado Auquimarca
- ▶ **TELEFONO:** 924719622
- ▶ **OCUPACION:** Estudiante
- ▶ **FECHA DE NACIMIENTO:** 15/01/1994
- ▶ **LUGAR DE PROCEDENCIA:** Huancayo

ANAMNESIS:

- ▶ **A. MOTIVO DE CONSULTA:** “QUIERO QUE MI SONRISA SEA BONITA”
- ▶ **B. ENFERMEDAD ACTUAL:** Paciente sistémicamente sano, refiere que hace 2 años aproximadamente le realizaron curaciones en el sector anterior, al poco tiempo observo decoloración y la curación no era muy uniforme, manifiesta no sentir dolor ni a los cambios de temperatura frío ni calor.
- ▶ A la actualidad diente 1,1 y 2,1 asintomático.
- ▶ **C. ANTECEDENTES MEDICOS FAMILIARES:** no refiere.

EXAMEN CLÍNICO GENERAL:

FUNCIONES VITALES:

- ▶ **PA:** 116 / 82 mm Hg.
- ▶ **PULSO** : 68 pulsaciones x minuto.
- ▶ **TEMPERATURA** : 36.5 °C.
- ▶ **FREC. RESPIRATORIA** : 20 respiraciones x minuto.
- ▶ **ESTADOS DEL PACIENTE** : ABEG, LOTEP.

EXAMEN ESTOMATOLÓGICO ELEMENTAL:

ATM: Sin alteración evidente.

GANGLIOS: No palpables.

LABIOS: Labios de color rosado, humectados, comisuras conservadas con presencia de macula de color marrón de 1 mm aproximadamente en el labio superior izquierdo.

CARRILLOS: De color rosado coral, humectados, presencia de línea oclusal (línea alba), salida de conducto de stenson permeable sin alteración.

PALADAR DURO Y BLANDO: De color rosado coral, rugas palatinas conservadas, rafe medio, sin alteración, no presenta lesión en el paladar.

OROFARINGE: Úvula vibrante, amígdalas aumentadas de tamaño no secretante.

LENGUA: De tamaño normal, húmedo, ovalada, con saburra en el tercio medio del dorso de la lengua, puntillado múltiple en el tercio medio y anterior de la lengua.

PISO DE BOCA: Frenillos sin alteración importante.

REBORDE GINGIVAL: Gingivitis leve asociado a placa bacteriana.

OCLUSION: R.M.D = Clase I. R.M.I = Clase I.

R.C.D = Clase I. R.C.I = Clase I.

SISTEMA DENTARIO: piezas dentarias.

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO: posibles caries recidiva por microfiltración

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

Restauración estética decolorada

PRONÓSTICO:

Favorable.

CAPÍTULO III

PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL

Carillas estéticas en una sola cita

ODONTOGRAMA

(LLENAR UTILIZANDO NORMAS ESTANDARIZADAS)

ODONTOGRAMA

ESPECIFICACIONES: 4/6 mesializada

FECHA: 06/01/20 SELLO Y FIRMA DEL DOCENTE:

• ÍNDICE DE PLACA:

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

X: 10 %

NOMBRE DEL OPERADOR CASTELLARES RECUAY Kenia

Dentición permanente completa

Restauración directa curación diente 1,1y 2,1 defectuosa

IMÁGENES DE RX



Radiografía periapical dientes 1,1-2,1 sin alteración evidente

FOTOS INTRAORALES, EXTRAORALES

Foto # 1 Frontal



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Kenia Castellares Recuay

Biotipo craneal: mesocéfalo.

Biotipo facial: mesofacial

Foto # 2 lateral derecha e izquierda

Perfil convexo.

Fuente: Propia de la investigación

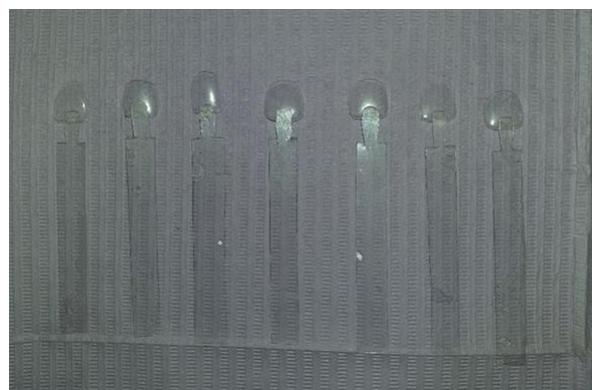
Autor: Kenia Castellares Recuay



PROCEDIMIENTO CLÍNICO

Foto N° 3 Moldes para Carillas Uvener

Sistema de plantillas para carillas directas de composite Uvener





Fuente: Propia de la investigación

Autor: Kenia Castellares Recuay

Se observa decoloración y la curación no muy uniforme en la pieza 1,1 y 2,1.

Foto # 5 Limpieza de la zona anterosuperior



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Kenia Castellares Recuay

Se limpia las superficies a trabajar, con: cepillo Robinson (profiláctico), pasta de piedra pómez y suero fisiológico, se deben de remover restos orgánicos, microbianos, presentes en la superficie que se va a trabajar.

Foto N° 6 Toma de color



Registro inicial del color con colorímetro Vita 3D Master



Registro inicial del color con colorímetro Opalescence. (Colorímetro de resinas dentales)

Lo primero que se realiza, es la toma del color, los registros de los contactos oclusales

Fuente: Propia de la investigación

Autor: Kenia Castellares Recuay

Foto N° 7 Elección de plantilla Uvener.



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Kenia Castellares Recuay

Se selecciona la plantilla uveneer que corresponde a la pieza a tratar (el número de la pieza está grabado en el mango de la plantilla). Prueba de plantilla Uvener, se eligió la plantilla que enmarque de cervical a incisal y de mesial a distal, siguiendo la línea media, se eligió M.

Foto N° 8 Acondicionamiento de los dientes

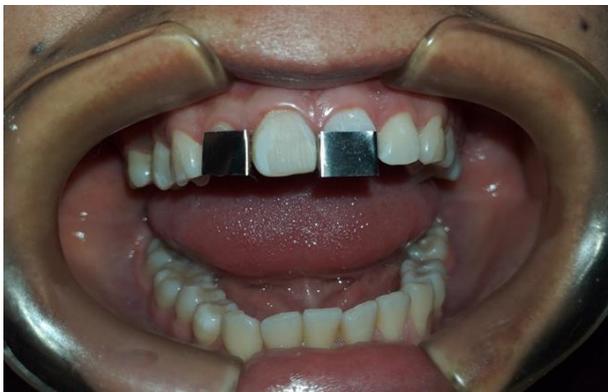


Fuente: Propia de la investigación

Autor: Kenia Castellares Recuay

Grabado con ácido ortofosfórico al 37% por 10 segundos. (Aislamiento relativo con separadores)

Foto N° 9 Lavado de las superficies, secado y colocación de matrices de separación



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Kenia Castellares Recuay

Foto N° 10 Aplicación de adhesivo

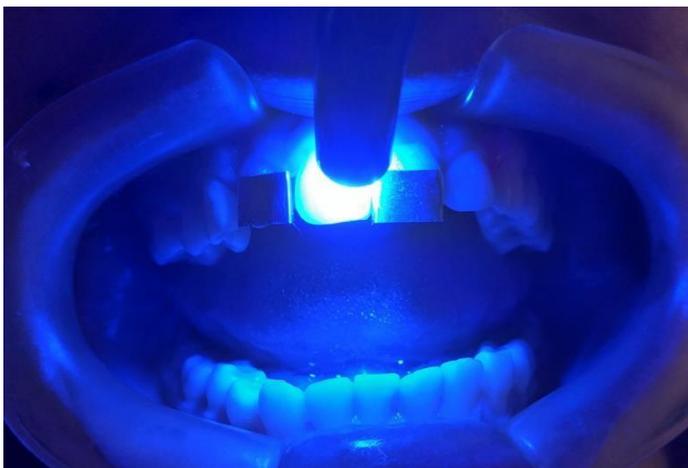


Fuente: Propia de la investigación

Autor: Kenia Castellares Recuay

El adhesivo de quinta generación universal, 3M –Scotchbond, aplicar el adhesivo, en una sola capa cubriendo la superficie del diente; friccionar durante 20 segundos soplar el líquido durante aprox. 5 segundos con aire suavemente, hasta que ya no se mueva y el disolvente se haya evaporado por completo.

Foto N° 11 Fotocurado del adhesivo



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Kenia Castellares Recuay

Polimerizar el adhesivo durante 20 segundos con una lámpara de fotocurado.

Foto N° 12 Conformación de la carilla con plantilla uveneer



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Kenia Castellares Recuay

Se colocó la resina compuesta en una sola capa (monolítica) 3M™ Filtek™ Z350 XT Restaurador Universal A1, en la plantilla y se llevó al diente preparado, siguiendo el eje vertical del diente, se retiró excesos de resina, luego se fotocuró con la plantilla puesta por 20 segundos, se retiró la plantilla y se fotocuró sobre la resina 20 segundos más.

Foto N°13 Primer pulido de carilla directa



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Kenia Castellares Recuay

En esta cita se realizó un rápido pulido con la finalidad de retirar excesos

Foto N°14 Segundo pulido a las 24 horas de carillas directas.



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Kenia Castellares Recuay

El pulido final se realizó a las 24 Horas de haber realizado las carillas directas, para lo cual se empleó discos de pulido soflex, y luego puntas de silicona.

Foto N°15 El Antes y después



ANTES



DESPUES

Fuente: Propia de la investigación

Autor: Kenia Castellares Recuay

Foto N° 16 Tratamiento finalizado



CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES

- Las confecciones de carillas directas de resina compuesta con plantillas uveneer ahorran tiempo, son mínimamente invasivos, tienen concepto conservador.
- Después de aplicar el composite en la superficie vestibular de un diente preparado y presionar la plantilla adecuada, se efectúa la fotopolimerización para luego retirar la plantilla uveneer se produce una restauración sin vacíos, ni poros es uniforme.
- La adaptación de las plantillas Uveneer fue de forma impecable; exacta y exitosa, se alcanzó el tono ideal al adaptar las carillas de resina compuesta en los dientes a tratar y presenta poca necesidad de modelar y pulir

CAPÍTULO V

RECOMENDACIONES

- Los Cirujanos dentistas deben estar atentos a nuevas técnicas mientras preservan la estructura dental, valiéndose del sentido común y confianza en la odontología basada en la evidencia.
- Las carillas directas son la mejor elección en casos de dientes decolorados, se necesita poco tiempo para su elaboración, tal es el caso de las carillas realizadas con el sistema uveneer.
- Las carillas deberán ser supeditadas a controles periódicos cada seis meses con el propósito de asegurar su buen estado a futuro, se debe de verificar el tratamiento periodontal del paciente, también se examinará el tipo de higiene que lleva el paciente y corroborar si cumple las indicaciones sobre ello.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Macchi, R. Materiales dentales. Médica Panamericana, 2000.
- 2.- Cuello-Salas J., et al. Carillas directas con resinas compuestas: una alternativa en Operatoria Dental. RCOE [Internet]. 2003 ago. [Citado 2020 Ene 15]; 8(4): 415-421. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138123X2003000400004&lng=es.
- 3.- Gonzales O et al. Parte I. Aspectos psicológicos relacionados a la estética bucal. Acta odontológica venezolana, 1999, vol. 37, no 3, p. 33-38.
- 4.- Paredes D, Huaynoca N. Carillas estéticas en dientes anteriores. Rev. Act. Clin. Med v. 22 La Paz Jul, 2012.
5. - <https://ultradentla.wordpress.com/.../uveneer-el-unico-sistem>.
- 6.- Orozco J, Berrocal J, and Díaz A. "Carillas de composite como alternativa a carillas cerámicas en el tratamiento de anomalías dentarias: reporte de un caso." Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral 8.1 (2015): 79-82.
- 7.- Alarcón P. Carillas directas con resina compuestas. Una alternativa en operatoria dental. BS thesis. Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología., 2015.
- 8.- Hernández Núñez Yuritza, Ramos Rodríguez Dileidy, Enriquez León Anamary. Carillas estéticas con la utilización de resinas compuestas como alternativa ante la hipomineralización. Presentación de un caso. Medisur [Internet]. 2015 Jun [citado 2019Dic30];13(3):429-435. Disponible http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727897X2015000300013&lng=es.

9. - Thakur, Vinay Bal Singh, et al. "Direct Esthetic Rehabilitation of Teeth with Severe Fluorosis Using Uvener Facial Template: A Case Report." *Annals of International Medical and Dental Research* 2.6: 24.
- 10.- Magaña S. "Tratamiento restaurador con carillas directas de resina en dientes primarios." (2018).
- 11.- Córdova J. Carillas directas de resina compuesta de silicato de zirconio con guía palatina. BS tesis. Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología, 2019.
- 12.- Mite J. Frecuencia de pacientes rehabilitados con carillas directas de resina compuesta en Clínica Integral del Adulto y Adulto Mayor. BS tesis. Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología., 2019.
- 13.- Yáñez P. Procedimiento y técnicas de las carillas dentales directas de resina compuesta. BS tesis. Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología., 2019.
- 14.- Narula, Harleen et al. "Una evaluación comparativa de la resistencia a la fractura y la discrepancia marginal de las carillas de composite directas utilizando cuatro técnicas diferentes de preparación dental: un estudio in vitro". *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry* 37.1 (2019): 55.
15. - Yanikian F., Yanikian D., and RBE Lins, LRM Martins. "Direct Composite Resin Veneers in Nonvital Teeth: A Still Viable Alternative to Mask Dark Substrates." *OPERAT* 44.4 (2019): 445.
- 16.- Peralvo, Á., et al. "Carillas sin tallado." *Gaceta dental: Industria y profesiones* 268 (2015): 151-163.
- 17.- Paredes D., Huaynoca N. Carillas estéticas de dientes anteriores. *Rev. Act. Clin. Med* [online]. 2012, vol.22, pp. 1147-1151. ISSN 2304-3768.
- 18.- Mallat E. *Prótesis fija y estética un enfoque clínico e interdisciplinario*. 1ª edición Reimpresión.2006

- 19.- Bonilla Represa, Victoria, et al. "Alteraciones del Color de los Dientes Publicado el: 21/02/2007 17: 17: 31."
- 20.- Cheesman H. "alteraciones de tamaño, forma y número en piezas dentales" Universidad de san Carlos de Guatemala; facultad de odontología, 2011.
- 21.- Rivas de Armas, R, Barrios L. "Anomalías de número, forma y tamaño de los dientes (I, II parte)." Acta Med Centro 6.3 (2012).
- 22.- Roig M, Morelló S. Introducción a la patología dentaria. Parte 1. Anomalías dentarias. Rev Oper Dent Endod 2006; 5:51
- 23.- John Nicholson, Beata Czarnecka, en Materiales para la restauración directa de dientes, 2016.
- 24.- <https://www.dentalcost.es/www.dentalcost.es> › Composites Universales
- 25.- Higashi, C, et al. "Color y características ópticas para restauraciones estéticas de dientes anteriores." Acta odontológica venezolana 49.4 (2011): 37-38.
- 26.- <https://uveneer.com/es/sobre-uveneer/>. (Tomado el 15 Dic. 2019 01:47:05 GMT.)

ANEXOS

1. Consentimiento informado



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo CHANCA ARISTE, Thalia (Como paciente), con DNI
Nº 48064874, mayor de edad, y con domicilio
en Jr. Santos Chacano # 1225

Se me ha explicado procedimientos y recomendaciones para un tratamiento con carillas sistema Uneveer, : Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas con respecto a la naturaleza y el propósito del tratamiento cosmético y he recibido las respuestas a mi satisfacción. Yo voluntariamente asumo cualquier y todos los posibles riesgos incluyendo un riesgo substancial si estuviera relacionado con una fase del tratamiento en espera de obtener los resultados deseados los cuales pueden o no ser alcanzados. Los costos del tratamiento me han sido explicados a mi satisfacción.

Firmando esta forma yo doy mi libre consentimiento y autorizo al Bach. CASTELLARES REWAY KENIA MINERVA y/o asociados a rendir cualquier tratamiento necesario o recomendable incluyendo la administración y/o prescripción de anestésicos o medicamentos.

chanca Ariste, thalia 

10 / 01 / 19

Nombre del Paciente

Fecha

2. Odontograma y ficha periodontal

(LLENAR UTILIZANDO NORMAS ESTANDARIZADAS)

ODONTOGRAMA

ESPECIFICACIONES: 4/6 mesializada

FECHA: 06/01/20 SELLO Y FIRMA DEL DOCENTE:

• **ÍNDICE DE PLACA:**

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
X								X							
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

X: 10 %

NOMBRE DEL OPERADOR CASTELLARES RECUAY Kenia