



[Resumen]

En la restauración de dientes individuales se buscan con creciente denuedo nuevas posibilidades para tratar a los pacientes. En este ámbito, las técnicas de carilla mínimamente y no invasivas desbancarán cada vez más a la preparación de coronas clásica, y conducirán a resultados extraordinarios precisamente en interacción con los nuevos conceptos de tratamiento. Así, dichas técnicas permiten llevar a cabo no sólo irregularidades estético-cosméticas, sino también correcciones funcionales. Esto implica un estrés mínimo tanto para la sustancia dental dura y el tejido circundante como para el odontólogo y el paciente. En el presente artículo se describen y se comparan en la situación en boca a partir de un caso clínico, concretamente un cierre de diastema interproximal entre los dientes 11 y 21, las tres técnicas de confección esenciales de la técnica de carilla adicional.

Carillas adicionales

¿Tres caminos, un resultado!?

Axel Gütges

La situación de partida en este caso clínico muestra un diastema muy pronunciado por interproximal de los dos incisivos centrales (fig. 1). Además de la mejora puramente estética, la paciente requería ayuda para la fonación. A nivel profesional, la paciente aspiraba a una actividad de canto en el teatro y además impartía clases de canto. Necesitaba una técnica de fonación especial aprendida para evitar los sonidos sibilantes. A fin de proporcionar a la paciente alivio en este sentido además de la corrección estética, se le propuso cerrar este diastema con carillas adicionales (también denominadas carillas sin preparación) sin preparación.

La imagen detallada (fig. 2) muestra la dificultad de la configuración de las carillas en la transición hacia el borde marginal. La papila interdental fuertemente abombada y sobre todo la pronunciada zona retentiva de la corona clínica dificultan el cierre de los espacios libres.

También la fotografía (fig. 3) con la boca ligeramente abierta muestra que existen irregularidades en el recorrido del borde incisal, sobre todo hacia el labio inferior.

La cuestión entonces era qué técnica para la confección de carillas adicionales constituía la mejor solución posible para este caso: Para ello se contrapusieron las tres técnicas de confección protésicas esenciales y se compararon en la situación en boca.

Introducción

Palabras clave

Carilla sin preparación. Carilla adicional. No invasiva. Técnica de capa de platino. Cerámica de inyección. Muñón piroresistente.

(Quintessenz Zahntech. 2010;36(3):302-16)

Fig. 1. La situación de partida de la paciente muestra un diaistema pronunciado y llamativo entre los dos incisivos.



Fig. 2. En la imagen de detalle se aprecian las dificultades desde el punto de vista técnico: la pronunciada zona retentiva de la corona clínica en el borde marginal.



Fig. 3 . Aquí se aprecia la ligera disonancia en el recorrido desde los bordes incisales hacia el labio inferior.

Figs. 4 y 5. Para las distintas técnicas se utilizan también modelos diferentes. El modelo de Geller (izquierda) y el modelo serrado casi clásico (derecha). Sin embargo, en este caso se conservaron en su mayor parte las porciones de encía.

Por una parte se trataba de la implementación con cerámica de inyección y el press pellet especial al efecto. En segundo lugar se procedió a la confección sobre muñón piroresistente y por último a la implementación mediante capa de platino y estratificación directa.

Con objeto de crear una situación de partida lo más idéntica posible para las tres variantes, se confeccionaron las carillas empleando las masas más transparentes disponibles, esto es, con los pellets más transparentes y la masa cerámica más transparente. De este modo fue posible establecer una comparación relativamente neutra.

Sin embargo, el trabajo colocado definitivamente se confeccionó individualmente, tal como se aprecia en las imágenes finales.

Para las distintas técnicas existen también distintos requisitos para la confección de los modelos de trabajo. Para la implementación en cerámica de inyección y el trabajo con masa piroresistente se confeccionó un modelo de Geller (fig. 4). Éste proporciona el mejor control posible de la situación gingival. Para trabajar sobre la capa de platino se confeccionó un modelo seguiteado clásico (fig. 5), dado que no es posible volver a reponer en un modelo Geller los muñones de trabajo individuales con la capa de platino colocada.

Naturalmente, debería contarse con un modelo sin serrar para fines de control tanto de todas las superficies de contacto proximales como de las zonas de contacto en la transición gingival.

REVISIÓN CERÁMICA

Las carillas adicionales de materiales de cerámica de inyección no comportan en lo esencial ninguna gran complicación técnica. En esta técnica se trabaja, como ya se ha mencionado, sobre un modelo de Geller. Como base se aplica en primer lugar una cera para bordes que no recupere la forma sobre toda la zona a completar, y a continuación se configuran mediante una cera de modelado las restantes zonas. Este tipo de modelo posibilita un excelente control permanente de la situación gingival, de modo que no existe absolutamente ningún problema en este sentido (fig. 6). Sin embargo, a este respecto conviene asegurarse de que el modelo de yeso no esté excesivamente aislado, dado que tras el prensado se forman irregularidades en la superficie interna de las piezas inyectadas y esto puede ejercer una influencia negativa sobre la conducción de la luz. Otro aspecto importante es precalentar ligeramente los modelos antes de iniciar el modelado.

De este modo se evita que se levanten las zonas marginales de la cera, dado que éstos deben modelarse extremadamente finos.

Si se han alisado las pequeñas complejones de cera con una servilleta de papel o un paño de seda, puede procederse a su puesta en recubrimiento.

El precalentamiento puede llevarse a cabo de las más diversas maneras: La elección entre el método acelerado o el precalentamiento nocturno es más una cuestión de preferencia personal o de sensaciones que del resultado técnico.

A este respecto, lo importante es escoger correctamente el grosor del canal de alimentación en función del grosor del objeto a inyectar (fig. 7a). Por ejemplo, si se tiene un objeto de sólo 1 mm de grosor, no debería vacilarse en disponer también una alimentación de sólo 1 mm de grosor.

Si, por el contrario, se dimensionan los canales con un tamaño excesivo, precisamente en el caso de carillas adicionales tan finas pueden generarse zonas térmicas distintas tan grandes que pueden producirse fisuras en el objeto. Sin embargo, si los parámetros masa de recubrimiento, horno de inyección y cerámica de inyección están perfectamente armonizados entre sí, pueden obtenerse incluso los grosores de capa más finos (fig. 7c).

Por estos motivos, la elección del material adecuado para esta técnica casi podría depender únicamente de la variedad de los distintos pellets disponibles.

En el sistema aquí utilizado (Authentic-Ceramay, Vertrieb Jensen GmbH, Metzingen, Alemania) existen cinco pellets transparentes con cinco grados de intensidad cromática y pellets transparentes puros con cuatro grados distintos de enturbiamiento. Esto posibilita un gran espectro de aplicación.

Los objetos se separan empleando un pequeño disco diamantado bajo suministro constante de agua, con una presión de apriete escasa y un número de revoluciones reducido (fig. 7b). A continuación se pule el saliente del canal de inyección y pueden ajustarse las carillas. Para ello han acreditado su idoneidad pastas especiales (en este caso Pasta Rossa, anaxdent, Stuttgart, Alemania), las cuales marcan con gran precisión de trazo las eventuales zonas defectuosas o los sobrecontorneados (fig. 7d). Esto permite eliminarlas con gran precisión, completándose así rápidamente el ajuste (fig. 7e).

La carilla adicional de cerámica de inyección



Fig. 6. Para la carilla de cerámica de inyección se modelan en cera las porciones a completar.

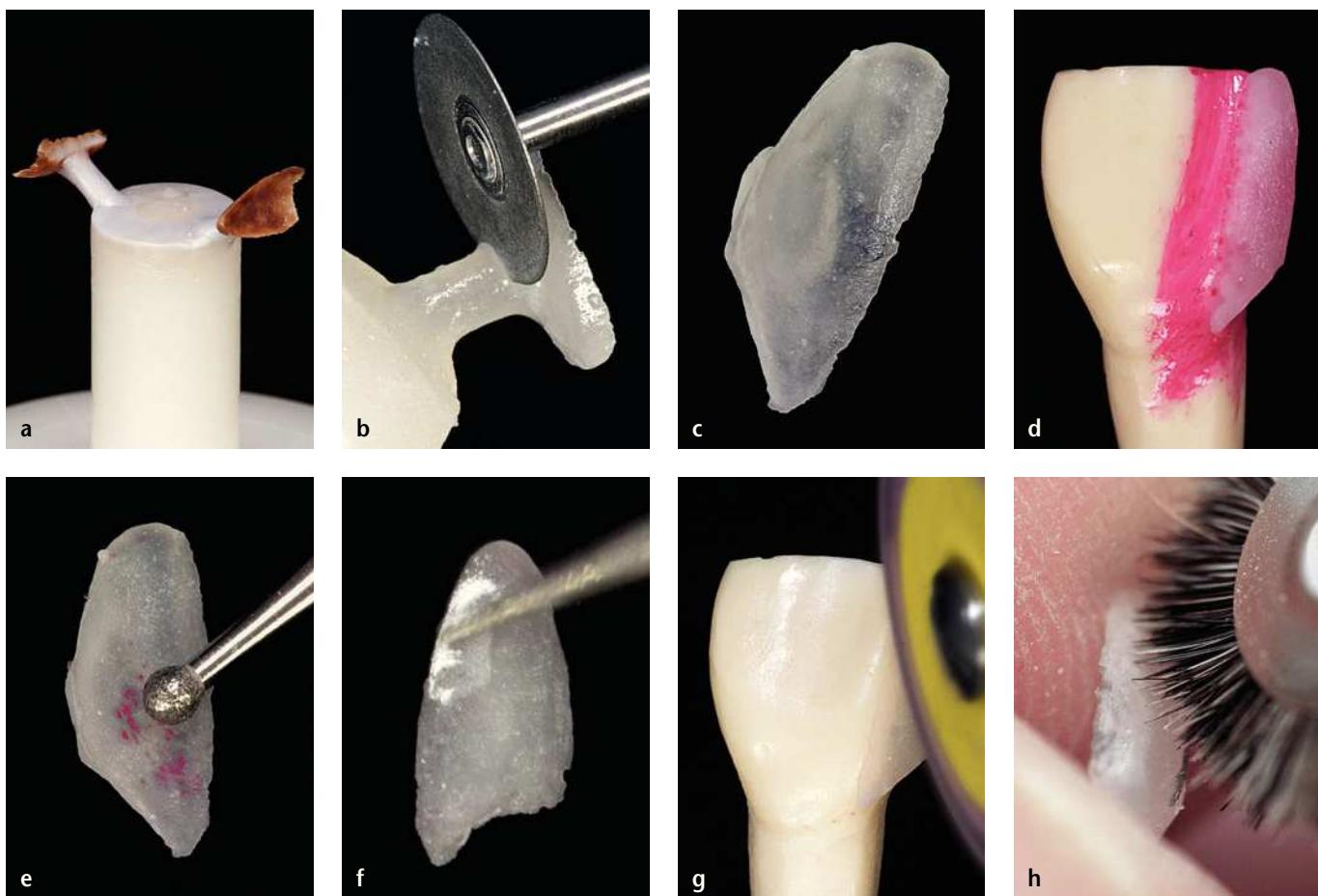


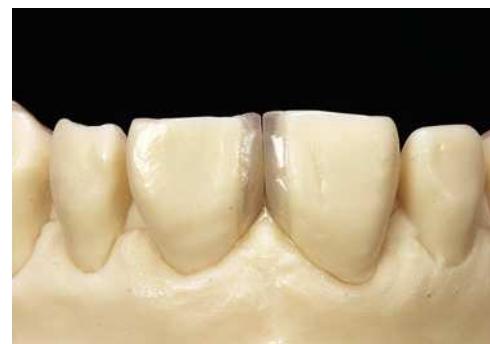
Fig. 7. El proceso de confección muestra la sencillez de esta técnica.

Se repasan completamente una vez las carillas con un pulidor diamantado muy fino, a fin de obtener una superficie lo más lisa posible para el proceso de pulido con goma (fig. 7f). A continuación se coloca la carilla sobre el muñón y se reduce la transición hacia la corona clínica empleando una rueda de pulido de goma muy homogénea para cerámicas hasta obtener un resultado lo más fino posible (fig. 7g), lo cual posibilita posteriormente una adaptación perfecta de la carilla al diente natural. Mediante una pasta de pulido diamantada se trabajan los objetos hasta obtener el brillo intenso final a mano alzada o sobre un segundo muñón (fig. 7h). Naturalmente, también es posible intercalar en este punto una cocción final. Sin embargo, en este proceso se deberían repasar las transiciones con una rueda de pulido de goma después de la cocción final, dado que las transiciones pueden ser tan finas que podría producirse deformación durante la cocción. A continuación sólo queda ajustar definitivamente las superficies de contacto sobre el modelo sin serrar (fig. 8). Las carillas inyectadas terminadas ya muestran sobre el modelo una excelente capacidad de adaptación (fig. 9).

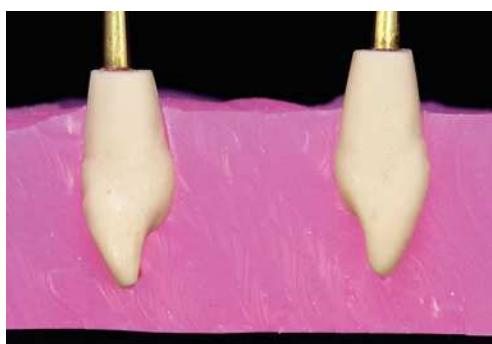
Carilla adicional
confeccionada sobre
muñón piroresistente

El modelo de partida para la carilla adicional en esta técnica es también el modelo de Geller. En primer lugar se duplican los dos muñones maestros hasta aprox. 3 mm por debajo del margen gingival con una silicona de duplicación con una dureza Shore muy

REVISIÓN CERÁMICA



Figs. 8 y 9. Sobre un modelo no serrado se ajustan definitivamente los contactos proximales, y ya en el modelo se aprecia una adaptación excelente.



Figs. 10 a 12. Para la técnica sobre muñón piroresistente se duplican los muñones maestros hasta aproximadamente 3 mm por debajo de la transición marginal hacia la encía y se vacían con masa de muñones Anaxvest SI.



Fig. 13. De este modo se obtienen unos muñones piroresistentes perfectamente reponibles en el modelo de Geller.

baja (en este caso dureza Shore 8). (figs. 10 y 11). A continuación se vacía el duplicado con un material para muñones piroresistente (fig. 12). En este caso ha acreditado su eficacia el nuevo material Anaxvest SI (anaxdent). Tras el proceso de endurecimiento, gracias a la elevada flexibilidad de la silicona utilizada pueden retirarse del molde los muñones piroresistentes sin que se desprendan ni tan siquiera los bordes más finos, para a continuación reponerlos sin problemas en el modelo de Geller (fig. 13).

Una vez pretratada la masa de muñones siguiendo las indicaciones del fabricante puede empezarse con la estratificación. En primer lugar se empapan los muñones en agua destilada hasta que se hayan saturado totalmente de agua (fig. 14a). A continuación se aplica como primera capa una imprimación transparente. Ésta se aplica en una capa muy fina pero cubriendo toda la zona a completar (fig. 14b).

Dado que el material para muñones absorbe de forma extrema el calor, el programa de cocción para este material debería situarse aprox. 30 °C por encima de la temperatura de cocción propiamente dicha de las cocciones de dentina. De este modo se obtiene

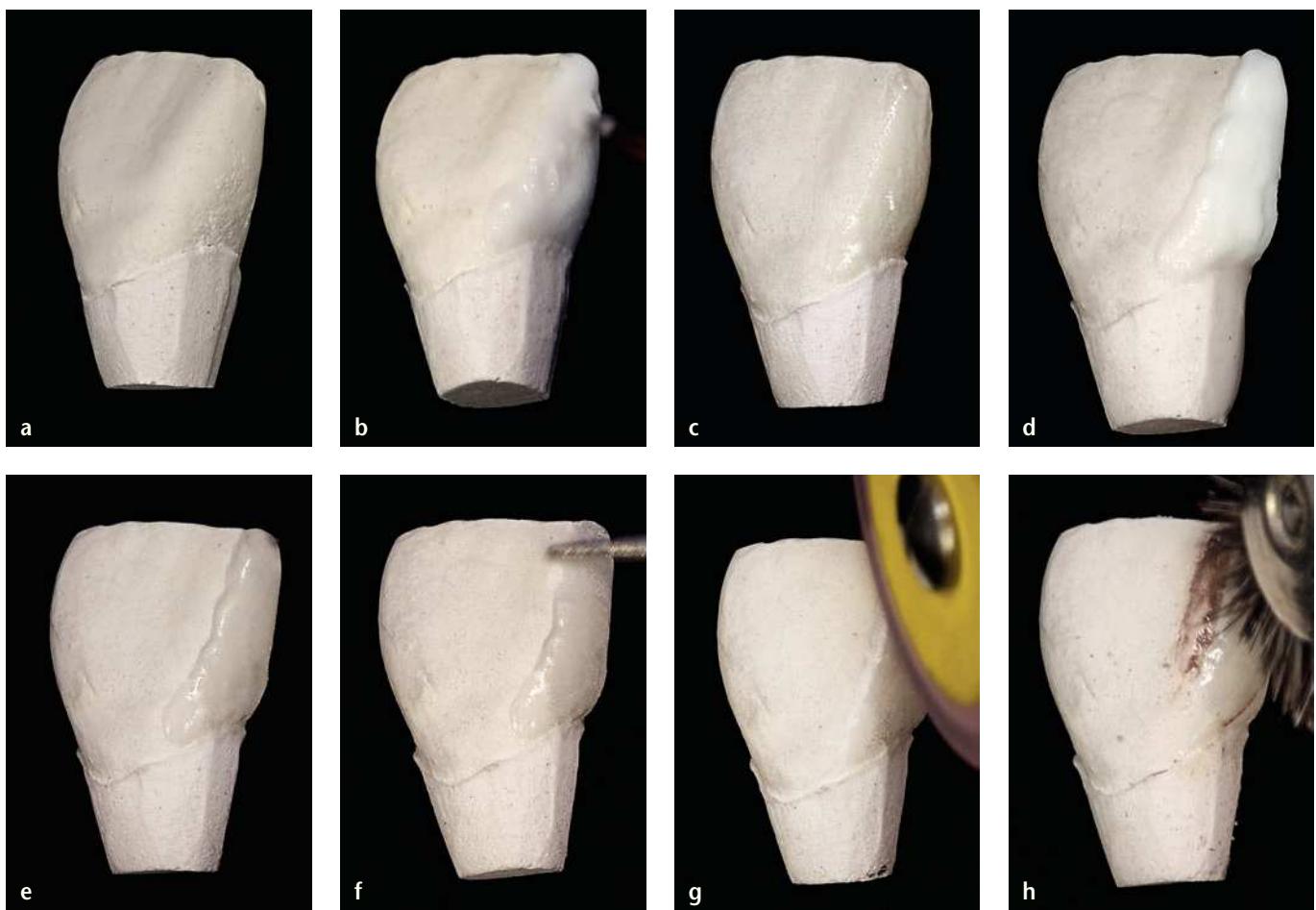


Fig. 14. El proceso sobre muñón piroresistente muestra la ejecución selectiva de todos los detalles.

un primer sustrato altamente densificado que sirve para la dispersión del color y como conector de masa (fig. 14c).

A partir de este paso, el procedimiento de estratificación es análogo a la estratificación sobre capa de platino. En el apartado siguiente se describe con mayor detalle el procedimiento individual. Así pues, por motivos de comparabilidad se completó la estratificación con masa transparente.

Antes de la segunda cocción se remojan de nuevo los muñones y a continuación se aplica la segunda capa (fig. 14d). En este proceso se deberían configurar de forma protuberante las transiciones hacia la corona clínica (fig. 14e), a fin de poder someterla tras la cocción a un acabado muy fino mediante una fresa diamantada fina sin que se produzca desprendimiento (fig. 14f).

La cocción se lleva a cabo, al igual que todas las demás cocciones de capa (si fueran necesarias) algo más reducida que la cocción de conector, sólo que incrementada en aprox. 20 °C. Naturalmente, durante toda la fase de estratificación pueden reponerse los muñones en el modelo de Geller y controlar la situación de contactos y gingival (fig. 15).

Tras la última cocción de capa se someten las transiciones al último pulido utilizando nuevamente una rueda de pulido de goma fina (fig. 14g). Para terminar se lleva a cabo una cocción final, también a temperatura incrementada.

REVISIÓN CERÁMICA



Fig. 15. Todos los aspectos, tales como la función, los contactos proximales y la adaptación gingival pueden controlarse en todo momento sobre el modelo de Geller.



Fig. 16. El ajuste definitivo de los contactos tiene lugar nuevamente sobre el modelo no serrado.



Fig. 17. También esta variante de carilla se adapta ya aquí.

Una vez se ha realizado el pulido final ya sobre el muñón de masa de recubrimiento (fig. 14h) se elimina la masa de muñones de las carillas en el aparato chorreador. Para ello debería utilizarse un chorreador de dosificación precisa, con una presión máxima de 1,5 bar y material de chorreo abrillantador. De este modo se pretende evitar que las finas carillas cerámicas sufran daños. Una vez se ha liberado la carilla de la masa de muñones, es preciso ajustarla con Pasta Rossa de forma similar al procedimiento seguido con la primera versión, a fin de lograr un asiento perfecto. El ajuste de las superficies de contacto tiene lugar nuevamente sobre el modelo no serrado (fig. 16). También en este caso se aprecia ya en este punto una adaptación excelente (fig. 17).

La última técnica de confección para carillas adicionales exige, como se mencionó al principio, unos requisitos de confección del modelo algo distintos. Así, en este caso se utiliza un modelo serrado casi clásico, con la única diferencia de que se conservan las porciones de encía que rodean a la corona clínica. Simplemente se reduce ligeramente su altura, a fin de posibilitar la adaptación de la capa de platino. Dependiendo de la forma del diente se recorta a medida la capa de platino, de modo que sobresalga aproximadamente 2 mm sobre el punto final deseado de la carilla terminada. En un primer momento, la capa se aplica ejerciendo únicamente una ligera presión con el dedo. En el ángulo de transición en el margen gingival se aprieta la capa utilizando un instrumento fino pero romo. A continuación se alisa de nuevo toda la superficie mediante una espátula de ágata. Dependiendo también de la forma del diente será preciso disponer un pliegue en el borde incisal. En caso de formas dentales juveniles muy redondeadas, a menudo esto no es necesario, mientras que en caso de dientes que presenten un mayor desgaste es imprescindible crear el pliegue.

En este caso clínico se creó un pliegue, si bien no se rebatió todavía antes de la primera cocción (fig. 18a).

Al contrario que en la estratificación sobre muñón piroresistente, en esta técnica no es necesaria una cocción de conector transparente y puede empezarse inmediatamente con la estratificación individualizada. Cuanto más extensa y voluminosa sea la zona a restaurar, tanto más necesarias serán las masas cerámicas turbias (fig. 18b).

En este caso se utilizan las más diversas masas transparentes e incisales y, dependiendo de la extensión, también masas de dentina. A este respecto, cuanto más fina discurra

La carilla adicional sobre capa de platino

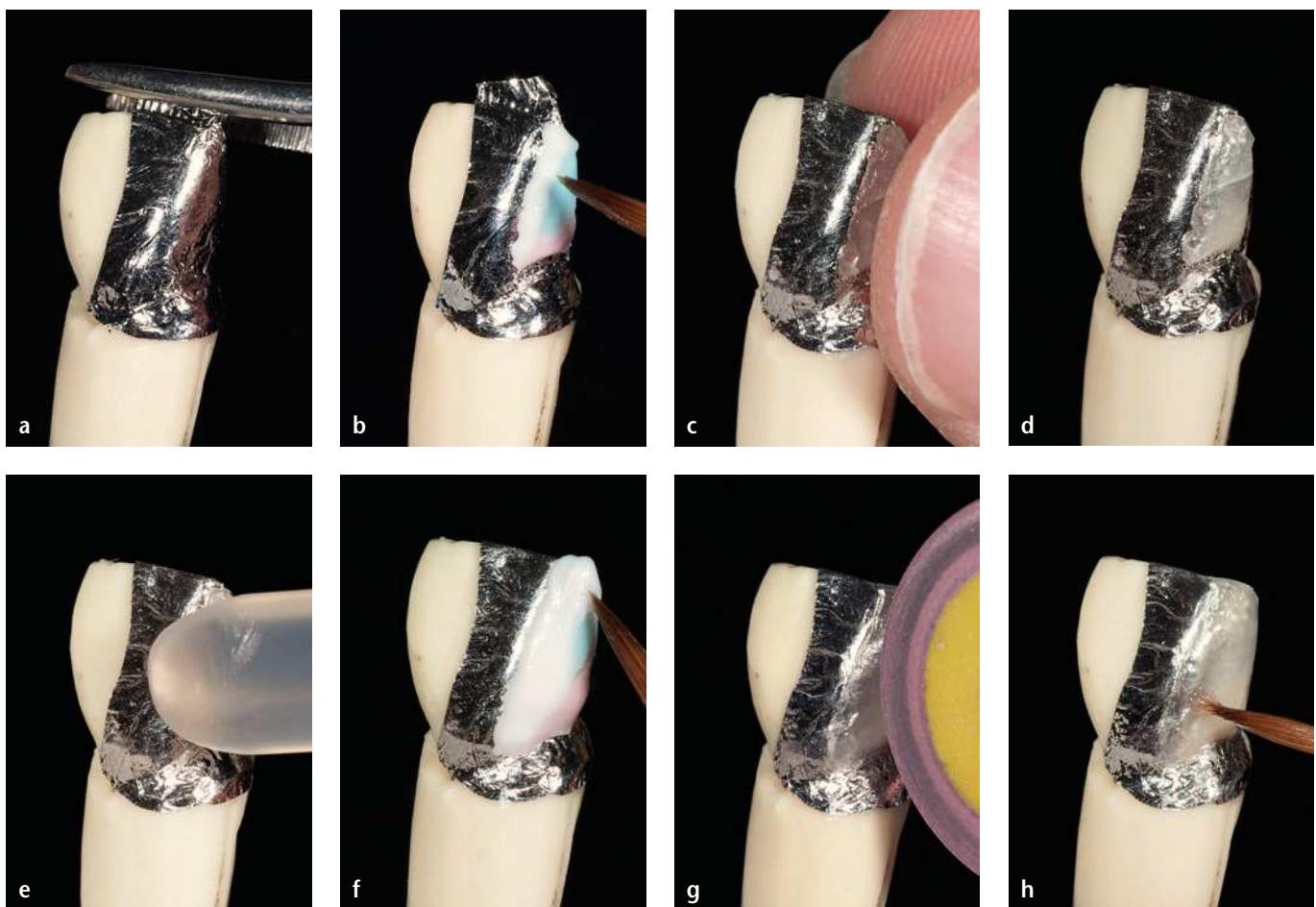


Fig. 18. El procedimiento sobre capa de platino requiere una cierta práctica y habilidad manual.

la transición hacia la corona clínica, es esencial trabajar con masas cerámicas tanto más transparentes, a fin de posibilitar así una transmisión perfecta de la luz.

Debido a la contracción de cocción de la cerámica durante la primera cocción, la cerámica tira también de la capa de platino adherida. Esto explica también por qué no se rebate todavía antes de la primera cocción el pliegue creado. A fin de restablecer el ajuste, se vuelve a aplicar la capa sobre el muñón ejerciendo una presión energética (fig. 18c), incluso hasta que aparezcan fisuras en la cerámica (fig. 18d). A continuación se rebate el pliegue y se vuelven a «planchar» las transiciones hacia el muñón utilizando la espátula de ágata (fig. 18e). Tras esta preparación puede iniciarse la segunda estratificación cerámica. En este proceso se pueden recubrir fácilmente las fisuras que hayan podido aparecer en la cerámica (fig. 18f). Éstas vuelven a unirse de forma totalmente homogénea mediante sinterización en el horno.

Después de la segunda cocción, en primer lugar se ajustan los contactos proximales sobre el modelo serrado y se procede al acabado de las superficies mediante fresas diamantadas. Sin embargo, el contacto debería ajustarse todavía de forma relativamente estrecha, dado que posteriormente se deberá retirar la capa de platino (fig. 19). A con-

REVISIÓN CERÁMICA



Fig. 19. También en esta técnica resulta posible el control de la función y de los contactos proximales.



Fig. 20. Tras la cocción final puede desprenderse fácilmente de la cerámica la capa de platino mediante unas pinzas.



Fig. 21. Al trabajar sobre el muñón maestro no es necesario el ajuste de las carillas. Ya sólo es preciso reajustar los contactos proximales.



Fig. 22. También en este caso: las carillas terminadas sobre el modelo no serrado.

tinuación se recortan hasta el nivel de la capa de platino las zonas de transición hacia la corona clínica, empleando una rueda de pulido de goma fina (fig. 18g).

Tras la cocción final (fig. 18h) puede retirarse del objeto la capa de platino empleando unas pinzas finas (fig. 20). Para ello, la carilla con la capa de platino incluida debería haberse introducido previamente durante algunos minutos en el baño de ultrasonidos. En principio, las carillas así confeccionadas, al contrario que en los otros dos métodos, por lo general ya no necesitan ser ajustadas, dado que ya se confeccionan sobre el muñón original. Así pues, el último paso ya sólo es de hecho un ajuste de las superficies de contacto sobre el modelo no serrado (fig. 21). También en esta técnica se aprecia ya sobre el modelo una excelente adaptación (fig. 22).

Como ya se ha mencionado al principio, para la comparación directa y lo más neutral posible se confeccionan las tres técnicas con el material más transparente que estaba disponible en cada técnica, esto es, para la cerámica de inyección el pellet más transparente, en este caso el pellet CT puro (Authentic-Ceramay, Vertrieb Jensen GmbH, Metzingen, Alemania).

Para las dos técnicas a estratificar se utilizó una masa TranspaClear pura (Pulse-Ceramay, Vertrieb Jensen GmbH).

Al comparar las tres carillas transparentes terminadas sobre un fondo neutro con una franja de contraste coloreada en negro, se observa que, si bien la carilla confeccionada

La comparación



Figs. 23 a 25. La comparación de transparencia de las carillas de ensayo. La carilla de cerámica de inyección (23), la confeccionada sobre muñón piroresistente (24) y la elaborada sobre capa de platino (25) muestran grados de transparencia muy distintos.

con cerámica de inyección (fig. 23) conduce muy bien la luz, la carilla confeccionada sobre muñón piroresistente (fig. 24) y especialmente la carilla confeccionada sobre capa de platino (fig. 25) ofrecen ventajas considerables en este sentido.

En la comparación directa en la situación clínica con una dinámica labial natural se observa que las tres técnicas alcanzan un efecto excelente (figs. 26 a 28).

Sin embargo, en la imagen de detalle se aprecian las diferencias. Aquí se pone de manifiesto que, en virtud del enturbiamiento más pronunciado del pellet transpa-



Figs. 26 a 28. Las carillas de ensayo in situ. En la dinámica labial, incluso sin estratificación individualizada las tres variantes de ensayo puramente transparentes muestran ya una estética excelente: cerámica de inyección (26), con masa de muñones piroresistente (27) y sobre la capa de platino (28).



Fig. 29. En la imagen de detalle se aprecian las diferencias. La carilla de cerámica de inyección se adapta bastante bien, pero sólo puede individualizarse mediante la elección del pellet.

Fig. 30. La carilla de masa de muñones muestra claramente la translucidez más elevada, pero es individualizable y por consiguiente adaptable exactamente a la situación del paciente.

Fig. 31. Al presentar la mayor translucidez, la carilla sobre capa de platino ofrece la mejor adaptabilidad en las zonas de transición hacia la sustancia dental dura, y además puede individualizarse perfectamente.

rente, la adaptación a la situación gingival de la carilla de ensayo de cerámica de inyección parece la mejor, mientras que las carillas estratificadas son demasiado transparentes (figs. 29 a 31). No obstante, si se utilizará un pellet perfectamente ajustado en la transición gingival, con esta forma dental y con esta cantidad de sustancia dental a restaurar se produciría un efecto demasiado turbio en el borde incisal. Naturalmente, esto ejercería una enorme influencia sobre la estética. Tampoco se plantea un maquillaje, toda vez que los colores de maquillaje actúan como un bloqueador de la luz.

En las otras dos técnicas de confección, mediante la estratificación de las masas pueden crearse selectivamente zonas más turbias y más coloreadas, así como zonas más transparentes. Así pues, se tiene la flexibilidad necesaria para poder responder a cualquier requisito.

A este respecto, tal como ya se ha mostrado en las imágenes de contraste de las carillas de ensayo, la carilla sobre capa de platino volvió a demostrar ventajas sustanciales, dado que gracias a la elevada transparencia en la transición hacia la sustancia dental dura posee los mayores potenciales fotoópticos.

Así se aprecia también en otra imagen con franja de contraste de la restauración definitiva, confeccionada sobre capa de platino mediante estratificación individualizada (fig. 32). Se aprecian claramente las zonas dotadas selectivamente de distintos grados de turbiedad mediante masas de dentina, incisal y transparente.

Naturalmente, el laboratorio y la consulta deben esmerarse a fondo en el tema de la [La fijación adhesiva](#)

Así, la utilización en la técnica de carillas empleando dique de goma debe considerarse sin duda un requisito fundamental.

Pero siempre hay una excepción a la regla, como ocurre en la situación aquí mostrada, dado que en este caso también estaba perfectamente indicada su utilización sin dique de goma. El responsable del tratamiento (en este caso el odontólogo Achim Gütges, M.Sc., Mönchengladbach, Alemania) pudo prescindir tranquilamente de este paso.

Así, el área de trabajo se halla en la zona frontal más central, a la cual pudo accederse muy bien en el caso de esta paciente. No existía flujo de saliva incrementado y la paciente mostraba una mentalidad muy positiva.

Así pues, no hubo grandes problemas para mantener seca la zona de trabajo. Además, en el caso de este tipo de carillas nos encontramos en la zona del esmalte absoluta, lo cual también facilita en gran medida la fijación. No obstante, si se tratara de carillas con técnica de preparación, debería preferirse en todo caso la aplicación de dique de goma.

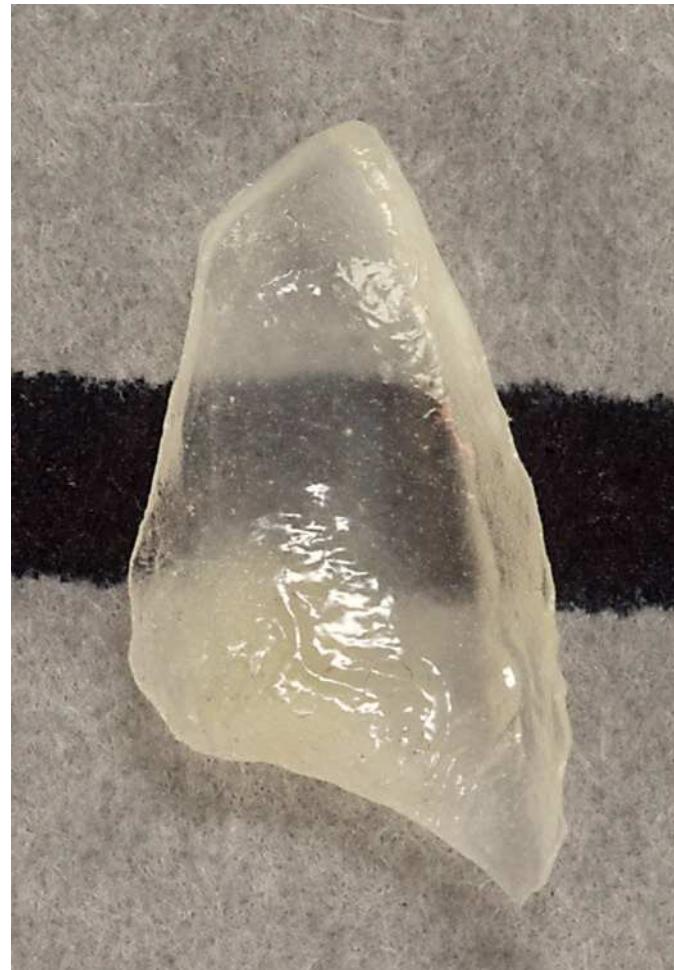
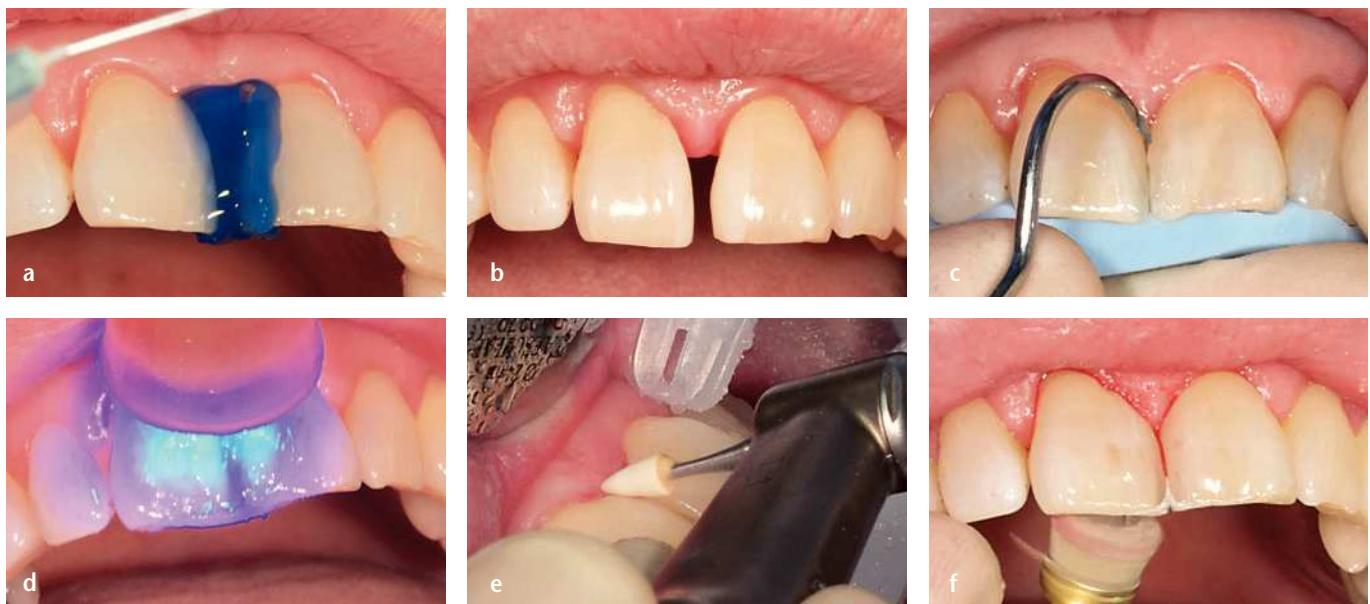


Fig. 32. La carilla definitiva, confeccionada sobre capa de platino con estratificación individualizada. En la imagen de contraste se aprecian las zonas con diversos grados de enturbiamiento (figs. 23 a 25).



Figs. 33a a 33f. Para la fijación adhesiva resulta especialmente útil como ayuda para la colocación la llave posterior confeccionada aquí en el laboratorio.

Antes de la fecha de colocación, se sometieron las carillas adicionales a grabado ácido con Etching-Gel en el laboratorio, a continuación se limpian y de este modo se prepararon para la fijación.

Una vez liberada la sustancia dental dura de cualquier impureza mediante un pulido a fondo, como primer paso puede procederse al grabado ácido de la sustancia dental dura (fig. 33a). Puede apreciarse claramente la zona grabada (fig. 33b). A continuación se silaniza toda la zona y pueden aplicarse empleando el adhesivo preferido las carillas cerámicas también silanizadas. Para facilitar la determinación de la posición se ha reve-



Fig. 34. Las carillas adicionales colocadas definitivamente resultan inapreciables.

REVISIÓN CERÁMICA



Figs. 35 y 36. Vista detallada: la situación antes (35) y después del tratamiento (36), una transmisión de luz absolutamente natural. La figura 36 permite apreciar asimismo la perfecta interacción entre la sustancia dental dura, las carillas y la encía.



Figs. 37 y 38. La comparación vista desde palatino. El gran espacio antes (37) y la perfecta adaptación de la carilla adicional después (38). Esto fue posible también gracias al aprovechamiento de elementos de estilo estético, como en este caso las denominadas alas de Geller.

lado muy útil una llave posterior que se confecciona previamente sobre el modelo no serrado con las carillas asentadas (fig. 33c). El endurecimiento tiene lugar empleando Air-Barrier y una lámpara de fotopolimerización adecuada (fig. 33d). Debido a la no creación de un límite de la preparación, el retoque subsiguiente de las transiciones hacia el esmalte natural reviste una importancia clave para el éxito estético del trabajo. Para ello, en primer lugar deben recortarse de forma aproximada las porciones de adhesivo sobrantes (fig. 33e). A continuación se utilizan fresas y pulidores de goma cada vez más finos, hasta que finalmente se otorga a todas las transiciones de un brillo natural empleando una pasta diamantada fina y un cepillo de pulido, especialmente las porciones palatinas (fig. 33f). El resultado final muestra el efecto absolutamente natural y discreto de las carillas (fig. 34).

Como ya se ha mencionado, la restauración definitiva se confeccionó sobre capa de platino con estratificación individualizada (fig. 18, parte 1).

La comparación entre la situación antes y después pone de manifiesto cómo puede obtenerse un resultado perfecto con un esfuerzo relativamente pequeño (figs. 35 y 36), la armonía con la que las carillas adicionales se adaptan a la sustancia dental dura y cómo el flujo de luz es idéntico al del diente natural. También desde la vista palatina se aprecia cómo mediante el aprovechamiento hábil de todos los medios estilísticos estéticos puede cerrarse de manera excelente el espacio interdental, en este caso mediante la aplicación de las denominadas alas de Geller (figs. 37 y 38).

La vista de las carillas fijadas definitivamente en comparación con la situación de partida en dinámica labial permite apreciar que también aquí se ha alcanzado una armonía muy

La restauración definitiva



Figs. 39 y 40. Los bordes incisales muestran ahora en comparación con la situación de partida (39) un recorrido armonioso muy logrado estéticamente (40).



Figs. 41 y 42. Las imágenes comparativas laterales muestran aún más claramente la nueva armonía.

lograda en el recorrido hacia el labio inferior (figs. 39 y 40). Esto se aprecia con especial claridad en la comparación lateral (figs. 41 y 42).

Conclusión

Básicamente se constata que las tres variantes posibilitan resultados estéticos excelentes, si bien las tres variantes de carilla poseen ámbitos de indicación distintos.

Así, las carillas inyectadas se utilizan principalmente en caso de guías caninas o anteriores funcionales. Pueden utilizarse en algunos casos con cierres de espacios proximales muy pequeños y p. ej. en caso de obturaciones del cuello dental, en las cuales puede trabajarse con pellets muy transparentes. Su gran ventaja es la confección sencilla y rápida. Una gran desventaja es la posibilidad limitada de individualización de este método.

La técnica sobre muñón piroresistente está especialmente indicada en caso de carillas de gran tamaño que abarquen la totalidad del diente, o bien para preparaciones parciales en la zona estética. Además posibilitan también un control óptimo en la transición hacia zonas ya funcionales y durante la adaptación a la situación gingival. Otra gran ventaja es la posibilidad de estratificación individualizada, y por ende la buena adaptación individual. Un inconveniente es la confección y preparación laboriosa del modelo, y el resultado final algo más enturbiado en comparación con el método de capa de platino.

La técnica sobre capa de platino despliega sus virtudes en carillas de tamaño pequeño a mediano, donde la transición hacia la sustancia dental dura se encuentra en la superficie labial del diente natural, precisamente en trabajos de compleción parcial no invasiva o alargamientos incisales.

REVISIÓN CERÁMICA



Figs. 43 a 45. Si se escoge selectivamente el método adecuado se llega desde la situación de partida (43) pasando por la restauración definitiva (44) hasta la sonrisa radiante de una paciente feliz (45).

La gran ventaja radica, por una parte, en que el proceso técnico permite crear las zonas más transparentes, y por otra parte en la posibilidad de construir la estratificación desde la profundidad.

De este modo puede recibirse y continuarse perfectamente la transmisión de luz del diente natural. Esto posibilita una armonía perfecta entre la cerámica y el diente natural, también y precisamente en las zonas de transición, tan importantes estéticamente. Otra gran ventaja reside en la rapidez de este método y la rentabilidad que ello implica, puesto que en este caso no se plantean especiales requisitos a la confección y la preparación del modelo.

Las tres técnicas comportan un estrés mínimo tanto para la sustancia dental dura y el tejido circundante como para el responsable del tratamiento y para el propio paciente. Si se tiene en cuenta el estrés que un tratamiento odontológico puede significar para un paciente, con estas técnicas se han hallado métodos que permiten mitigar en gran parte los temores de muchos pacientes y alcanzar unos resultados de estética óptima predecibles.

Los retratos finales ponen de manifiesto que con este procedimiento selectivo y la elección del método adecuado puede llegarse desde la situación de partida, en virtud de la apariencia natural de la restauración definitiva, hasta la sonrisa radiante de una paciente feliz (figs. 43 hasta 45).

ZYM Axel Gütges.
Xcitedent Dentalabor Axel Gütges.
Kaiserstrasse 30a, 40479 Düsseldorf, Alemania.
Correo electrónico: aguetges@xcitedent.de

Resultado

Correspondencia