

CARILLAS ESTÉTICAS EN DIENTES ANTERIORES

Paredes Chavez Dilver¹
Huaynoca Achá Naira²

RESUMEN

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 éste 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 de óptimas características para el diseño de carillas estéticas que cumplan con los requerimientos del paciente.

PALABRAS CLAVE

Resinas – Carillas de confección directa.

CARILLAS ESTÉTICAS EN DIENTES ANTERIORES

La utilización de carillas estéticas en la región dental anterior es un concepto utilizado ya hace bastante tiempo. Jenkins fue el primero que reportó la utilización de inlays en porcelana esmaltada en 1898¹. Su técnica fue demostrada inicialmente ante la New York Odontological Society. Con la llegada de los nuevos materiales y las dificultades técnicas para la realización de estas operaciones muy pocos profesionales continuaron utilizando el método de Jenkins y empezaron a usar el nuevo método reportado por Smith en 1967¹ que consistía en un método veloz al fuego para la construcción de carillas estéticas anteriores en porcelana que él y otros odontólogos utilizaron durante muchos años con excelentes resultados clínicos.

Posteriormente surgió el uso de la resina compuesta que podía ser colocada estéticamente, pero presentaba dos grandes desventajas, entre ellas:¹

1. *Contracción por polimerización:* Como consecuencia la apertura del material a nivel del margen del surco gingival dejando un área proclive a la acumulación de placa y materia alba lo que posteriormente favorecería a la formación de caries.¹
2. *Desgaste relativo:* Ocurren tres tipos de desgaste en las resinas que afectan su durabilidad favorable, éste desgaste se presenta localizado, generalizado o en forma de ranuras marginales quitando la estética a las carillas.¹

Sin embargo en el afán de la búsqueda de nuevos materiales que cumplan con las condiciones necesarias para proporcionar resistencia, estética y funcionalidad se sugirieron el uso otros

¹ Univ. Tercer Año Facultad de Odontología UMSA

² Univ. Tercer Año Facultad de Odontología UMSA

materiales como la resinas combinadas con otros materiales que brindan cierto reforzamiento, como sucede con la porcelana, acrílico, cerámica y zirconio entre otros. Estos materiales deben cumplir ciertos requisitos para proporcionar un resultado favorable para el paciente y el operador evitando así resultados desfavorables.²

- a) Protección pulpar: La respuesta pulpar al trauma de la preparación de carillas estéticas puede traer como resultado molestias post-operatorias sin embargo con una adecuada protección pulpar, es posible disminuir estos síntomas.²
- b) Estabilidad posicional. Las carillas estéticas deben proveer una total estabilización de los dientes preparados, esto es importante tanto en dirección mesial y distal como la ocluso-gingival.²
- c) Función oclusal: La restauración estética debe proveer una armonía oclusal, esto puede definirse como carencia de movilidad, migración o uso anormal de la dentadura.

MARGENES QUE NO PRODUZCAN TRAUMA

Los márgenes de la restauración no deben producir traumas en la encía y así mismo no deben ser cortos. La violación de estos principios puede llevar a producir edemas, proliferación de tejido o ambos, lo que causaría problemas futuros.²

FUERZA Y RETENCION

La fractura de una carilla estética puede ser el resultado de la selección de un material pobre, preparación dentaria inapropiada o desbalance de las fuerzas oclusales.²

ESTETICA

Las carillas estéticas como su mismo nombre lo menciona deben mantener la lucidez y ayudar al operador tanto como al paciente en la decisión del resultado final. La morfología general, los contactos inter-proximales, la longitud incisal y gingival y el color para la aprobación final.²

Una vez que los materiales cumplen con los requisitos anteriormente mencionados, dando total confianza al operador para su óptimo desempeño también se debe tomar en cuenta el empleo adecuado de las carillas estéticas frente a diversas situaciones enmarcadas dentro de cuatro grandes grupos.³

1. Alteraciones de la armonía óptica

Dentro de este grupo se encuentran todas las disarmonías estéticas referidas a piezas con defectos principalmente de color. Entre ellas se encuentran las siguientes indicaciones.³

a. 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.³

b. Fluorosis dental:

La característica de ésta lesión se manifiesta con estructuras con diverso grado de hiper-mineralización, son piezas absolutamente sanas desde la visión cariológica, pero altamente antiestéticas. Las piezas

afectadas presentan lesiones que van desde zonas de color blanco tiza a otras de marrón intenso, incluso con presencia de resquebrajamientos superficiales por la extrema rigidez que adoptan las estructuras adamantinas que no les permite poseer cierta elasticidad para acompañar la flexión de las piezas dentarias anteriores en situaciones de función o para función. Dado que estas alteraciones son antiestéticas por vestibular y no afectan estructuralmente las áreas funcionales de las piezas anterosuperiores, su resolución mediante el empleo de carillas es la ideal, ya que no se cambia de manera alguna las trayectorias de la guía anterior.³

c. Tetraciclinas: Esta situación comprende aquellas piezas dentarias que durante el proceso de formación de su esmalte dentario tuvieron la afluencia de la tetraciclina a través del aporte sanguíneo, este compuesto químico tan empleado a fines de la década de los sesenta y principios de los setenta, determinó en los consumidores una disminución en el valor de sus piezas dentarias como consecuencia de la quelación del ion de calcio. El grado del consumo del antibiótico en tiempo y dosis determina la mayor o menor indicación para el empleo de carillas: piezas afectadas por fluorosis dental, cuando existe una alteración estética menor involucrada las lesiones adoptan en el tercio cervical y medio de los dientes el diseño de bandas grisáceas intercaladas con otras anaranjadas y en el tercio incisal,

una superficie gris con diversos grados de valor. Estas alteraciones son muy difíciles de responder a las técnicas de blanqueamiento por lo cual las carillas estéticas son adecuadas.³

2. Alteraciones de la anatomía y la función de la guía anterior: Dentro de éste grupo se encuentran todas las alteraciones que pueden afectar la forma anatómica o la función de la pieza dentaria y comprenden:

a. Cierre de diastemas :Una de las principales indicaciones para éste 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 mismo maxilar.³

b. Dientes conoides, enanos o 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 y oclusal.³

c. 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 remanente dentario.³

3. **Alteraciones de formación de los tejidos dentarios:** Este grupo de indicaciones comprenden todas aquellas situaciones en las que el desarrollo embrionario o primario del germen haya sufrido algún tipo de alteración. Entre ellas principalmente se encuentran:

- a. **Amelogénesis imperfecta:** Esta alteración se caracteriza por zonas de tejido adamantino con un cambio notorio de la armonía óptica por un mal desarrollo del tejido que da origen a zonas hipoplásicas, de color blanco opaco que cambian notablemente de índice de comportamiento de la luz al incidir sobre ellas.³
- b. **Labio leporino:** Esta alteración del desarrollo embrionario de los maxilares se traduce casi siempre en defectos asociados con los gérmenes dentarios que deberían evolucionar en sus estructuras, la utilización de carillas para solucionar los graves inconvenientes estéticos que acusan estos pacientes es una alternativa de tratamiento válida.³

4. **Mejora la autoestima del paciente:** Esta no es una razón de indicación académica, pero muchas veces pacientes que padecen alteraciones de la armonía óptica de sus dientes desean una apariencia estética para su total conformidad por lo cual es uso de carillas estéticas proporciona un resultado natural y adecuado a los requerimientos de muchos pacientes.

Las carillas estéticas así como presentan beneficios para los pacientes y el uso de los odontólogos también presentan contraindicaciones inherentes

al paciente, entre las más comunes están todas las situaciones relacionadas con el paciente que resultan en el fracaso clínico como ser en pacientes bruxómanos, pacientes bulímicos, fumadores crónicos.⁴

Después de la valoración adecuada sobre los requisitos que deben cumplir las carillas estéticas y una evaluación junto al paciente sobre el uso adecuado de estas restauraciones tomando en cuenta el caso que presente, se procede a la confección de las futuras restauraciones estéticas, para tal existen dos métodos tradicionales denominados métodos directos e indirectos.⁴

- I. **Método directo:** Para ésta técnica, ejecutada completamente sobre la boca del paciente, se utilizan resinas compuestas de partículas micro híbridas o micro articuladas combinadas con híbridas o micro híbridas. En éste tipo de procedimiento se necesita un elevado grado de entrenamiento en el manejo de las resinas compuestas, principalmente cuando se intenta confeccionar más de una restauración.^{4,6,7}
- II. **Método indirecto:** El procedimiento incluye la toma de la impresión de la situación clínica preparada, para luego vaciarla y reproducirla mediante un yeso densita o una resina epóxica. A partir de ella, se realizará la confección de la carilla mediante dos grupos de materiales.^{4,6}

VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LAS CARILLAS ESTÉTICAS

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.⁵

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.⁵

BIBLIOGRAFIA

1. Operatoria dental. Barrancos Mooney 4ª Cuarta edición. Editorial Panamericana España. Año 2009; 461 a 472.
2. Journal de Clínica Odontológica. Volumen 17 Edición en español. Editorial Amolga Venezuela Año 2005; 195 -198 – 321 -326.
3. Odontología restauradora. Nocchi Concei. Editorial Panamericana. Año 2009; 232 - 281.
4. Operatoria Dental Estética y Adhesión. Gregoret J. 1ª edición Reimpresión. Editorial Espax. Barcelona. 2008; 473, 474, 475 ,476.
5. Prótesis fija y estética un enfoque clínico e interdisciplinario. Ernest Mallat. 1ª edición Reimpresión.

Editorial Elseiver Madrid España. 2006; 95 - 98.

6. Bertone M., Zaiden S. Optimizando la técnica para el logro de una sonrisa estéticamente más agradable. Revista Facultad de Odontología (UBA) 2005; 20(49): 7-13.
7. Cuello Salas J.L. Carilla directas con resinas compuestas una alternativa en operatoria dental. URL disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/rcoe/v8n4/415%20carillas.pdf> Fecha de acceso 1 de julio del 2012.