

CARILLAS DE PORCELANA EN DIENTES ANTERIORES II

Tito Ramírez Erika¹
Mgs. Dra. Bustamante C. Gladys²

RESUMEN

Las carillas de porcelana, son una alternativa terapéutica estética para las piezas deterioradas de la región anterior de los dientes, permitiendo su restauración a partir del uso de la porcelana, como elemento de alta resistencia, fácil aplicación, biocompatibilidad y modificabilidad del color antes de su aplicación.

La técnica de inserción de las carillas requiere un cuidadoso manejo de los dientes, los cuales pueden sufrir agresiones por exceso de tallado de los mismos.

Su construcción requiere el consentimiento del paciente en relación al color y tamaño. Una vez probadas las características finales con el uso de las carillas provisionales se procede a la aplicación de las definitivas, manejando con cuidado los elementos adhesivos al diente.

PALABRAS CLAVE

Carillas de porcelana, carillas cerámicas, restauración

INTRODUCCION

La odontología estética ha introducido en la restauración de piezas deterioradas el uso de carillas de porcelana, basadas en el fundamento del uso de un material que no contenga metal y que sea estéticamente aceptable. Es por ello que su uso es cada vez más difundido, ya que tiene un elevado éxito luego de 15 años de su aplicación.¹

Las carillas de porcelana se constituyeron cerca a los años 20 en una exigencia estética de actores de cine quienes requerían mostrar una apariencia perfecta ante el público. El problema en dicha época era la fijación del material en forma permanente, siendo utilizadas solo de manera provisional. En la actualidad esta limitante fue corregida con los avances tecnocientíficos de la última década.^{2,5}

La carilla de porcelana, no es más que una lámina trabajada de porcelana que irá a cubrir parcialmente un diente a modo de *veener*, unido a través de adhesivos micromecánicos, aplicados luego de grabar el esmalte. Dicha adhesión se consigue luego de grabar la misma carilla en su cara posterior (la que se aplica al diente), el acondicionamiento de la superficie adamantina del diente que recibirá la carilla, a través de un elemento silánico de unión entre la carilla de porcelana y el cemento de composite, el cemento que va en medio del diente y la *veener* cerámica de porcelana.¹

CONSTRUCCION DE CARILLAS DE PORCELANA

Los pasos para la construcción de las carillas de porcelana, incluyen:

- a) *Consentimiento informado*: el cual se realizará en pacientes adultos, y sin daño psíquico, debiendo

¹ Univ. Cuarto Año Facultad de Odontología UMSA
² Médico Internista, docente emérito Semiología UMSA.
Mgs. en Psicopedagogía y Educación Superior, Mgs. en Desarrollo Local, Mgs. en Planificación, ejecución y evaluación de Proyectos. Miembro de la Comisión Nacional De Bioética

considerarse en que en individuos ancianos, se cuente con el sentimiento del paciente y de sus familiares. Se le comunicará cuales serán los resultados esperados, con una visión realista del manejo, explicándose paso a paso los procedimientos que se realizarán, incluyendo el tallado de los dientes, y los riesgos probables del manejo y posibles causas de fracaso del mismo. Una vez que el paciente ha tomado conocimiento de todos los pasos a realizar, se debe obtener el consentimiento informado escrito, donde se especifique toda la información brindada al paciente y la comprensión del mismo a las ventajas y riesgos de la terapia instaurada.

- b) *Encerado de estudio y carillas provisionales*: se toman modelos, sobre los cuales se realiza un encerado de estudio, que tiene como función el mostrar el resultado esperado con el tratamiento, además de permitir la construcción de las carillas provisionales en composite o acrílico. Sobre el encerado se aplica una llave de silicona pesada cortada en secciones horizontales desde incisal a gingival, unidas en uno de los extremos libres de la llave de silicona, permitiendo despegar las secciones horizontales a manera de rodajas y en forma de abanico, observándose todas las superficies dentarias por debajo de los segmentos horizontales de la llave de silicona, con el fin de contornear las superficies vestibulares de los dientes en los cuales se aplicarán las carillas de porcelana.⁵

Una vez construidas las carillas provisionales se aplican a las superficies labiales de los dientes, permitiendo al paciente observar la imagen de lo que serán las carillas

definitivas. El tiempo con el que el paciente permanecerá con esta nueva forma dental, es por lo menos una semana, hasta que se adapte a las mismas, pasado éste tiempo, y solo con la aceptación del paciente se realizará el molde de silicona que se llevará al laboratorio, para la elaboración de las carillas definitivas.^{1,5}

- c) *Tallado dentario*: Si el paciente no requiere reducción dentaria, se realizará el tallado en la cara vestibular del diente, reduciendo en forma conservadora la superficie del mismo, permitiendo observar por lo menos un 50% de esmalte para que la adhesión de la carilla sea óptima. La reducción estándar varía de 0,5 a 0,7 mm de profundidad, con un mínimo de 0,3 mm para la zona axial del diente, y 1,5mm en el borde incisal. El tallado vestibular va de 0,5 a 0,8 mm dependiendo del grosor establecido de la carilla o la modificación de la forma del diente, este tallado se realizará con piedra diamantada troncocónica de extremos redondos, de grano grueso y longitud definida por el profesional tratante. Se tallan inmediatamente, surcos verticales paralelos al eje mayor del diente en profundidad deseada, reduciendo uniformemente el esmalte que está entre estos surcos.^{1,3}

Las caras proximales, mesial y distal han quedado expuestas con las maniobras previas, debiendo reducirse hacia palatino/lingual hasta las áreas no visibles del diente, con chaflán curvo de extremo redondeado, logrando un ángulo con la cara proximal igual o mayor a 90°. La terminación incisal puede realizarse en la mitad vestibular del borde o en toda la anchura incisal utilizando piedra troncocónica de

diamante de grano grueso, de manera que el borde incisal sea de chaflán curvo prolongado sin solución de continuidad con el margen de las caras proximales.

- d) *Reparación de piezas:* En caso de necesidad de reparación del borde incisal se reconstruye el mismo aumentando su longitud en 1 mm, ya que la carilla cubrirá todo el borde finalizando en el 1/3 incisal de la cara palatina del diente, lejos del área de contacto oclusal con el antagonista. Se reducirá consiguientemente para tal propósito 1 a 1,5 mm, luego de lo cual se reduce la estructura dentaria intersurcos y se extiende la reducción hacia palatino/lingual hasta lograr la profundidad deseada.
- e) *Reducción gingival,* debiendo buscarse que el margen gingival este en el esmalte y no en el cemento a menos que exista recesión gingival. En relación al margen yuxtagingival será el ideal para que no invada el espacio biológico ni el surco gingival, rara vez se localiza en el margen supragingival, sobre todo cuando la sonrisa es baja. Se usa el margen subgingival en casos de alteraciones del color invadiendo no más del 0,5 mm de la zona, no siendo el tipo ideal de aplicación por la frecuencia de microfiltraciones y tinciones en la interfase.
- f) *Alisamiento de ángulos y aristas,* que es la preparación final para la aplicación de las carillas, lo que reduce las fracturas por sobreesfuerzo y humecta el diente.¹
- g) *Prueba de carillas:* En las que se evaluará el color, modificándose con el uso de cementos con color en caso de que se requiriese, insertando pastas de color que no tienen capacidad de fraguado, hasta tener el color deseado. De igual forma se evaluará el tamaño, y ajuste de las carillas en los dientes, eliminándose sobrante en caso de que se requiera, y finalmente fijar el orden en que se cementarán, evitando desplazamiento o interposiciones en su colocado.^{1,4}
- h) *Colocación de las carillas:* Se limpian las superficies de los dientes, retirando cualquier residuo de cemento de las carillas provisionales, inmediatamente después se prepara la encía de modo que no exista contaminación de las superficies usando hilos de retracción. Una vez concluidos estos pasos se graba el esmalte con ortofosfórico al 7-9,6% durante 15 seg. Y se lava abundantemente con agua, se aplica el agente adhesivo en toda la superficie, se aplica aire por 5 segundos, se polimeriza el adhesivo hasta que este brillante y húmedo. Para aplicar la carilla esta debe estar limpia, retirando la pasta de prueba y aplicando ácido fluorhídrico por 1-4 minutos, lavando con agua inmediatamente y secando cuidadosamente la cara que se aplicará al diente, luego de lo cual se dan pinceladas de silano y se seca con aire caliente, se coloca óxido de aluminio de 80 u a alta presión y se cementa con composite fluido fotopolimerizable o de polimerización dual, protegiendo de la luz del equipo y ambiente para evitar el prepolimerizado que impida la aplicación correcta de las carillas, aplicándolas sobre el diente y sosteniendo en la posición deseada, después de lo cual se polimeriza puntiformemente con lámpara halógena por 3-5 segundos, se retocan excedentes cuidadosamente y se procede al pulido.^{1,4,6}

VENTAJAS DEL USO DE CARILLAS

Las principales ventajas relacionadas al uso de las carillas se relacionan a la alta estética del material usado, la facilidad del procedimiento, a lo cual se adiciona la durabilidad del material además de su resistencia y biocompatibilidad. Es importante mencionar que su uso no requiere desgaste importante de las piezas dentarias (no más del 30% de la estructura), por lo que el grosor de la lámina permite una transmisión lumínica óptima, acercando al color natural del diente, a partir del uso de tintes internos, o maquillajes cerámicos, y permitiendo la visualización radiográfica del diente cubierto por la carilla.^{1,2}

Las ventajas descritas del uso de carillas en casos que lo requieran permiten establecer que la pigmentación de las mismas es mínima durante su vida útil, mostrando alta resistencia a las sustancias químicas como el ácido cítrico, alcohol, antibióticos, etc.

De igual forma el uso de carillas permite modificar el tamaño de los dientes en caso de que así se requiera, estableciendo un modelo más anatómico y estético de la sonrisa del individuo.^{5,6}

DESVENTAJAS DEL USO DE CARILLAS DE PORCELANA

La técnica de laboratorio es compleja, requiriendo gran precisión para un ajuste exacto en la superficie del diente, por lo que el manejo inadecuado de laboratorio puede llevar a fracasos terapéuticos de este procedimiento, de tal manera que la lámina delgada trabajada cuidadosamente puede sufrir fracturas en la disposición anatómica de la misma, o durante el moldeamiento de aquella, siendo imposible una reparación perfecta. De igual forma la técnica de aplicación es minuciosa y larga y en

ocasiones puede lesionar definitivamente el diente, o limitar el color del material a un tono, mismo que no puede ser modificado.^{1,2}

BIBLIOGRAFIA

1. Peña López J. M. Técnica y sistemática de la preparación y construcción de carillas de porcelana. RCOE 2003; 8 (6):647-668. URL disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/rcoe/v8n6/clinico1.pdf> Fecha de acceso 1 de julio del 2012
2. Anónimo. Carillas de porcelana. URL disponible en: <http://www.salud.com/salud-dental/carillas-porcelana.asp> Fecha de acceso: 1 de julio del 2012
3. Anónimo. Carillas de porcelana. URL disponible en: <http://pruebas.publicar.com/cali/natalyneira/PHI/Carillas%20de%20Porcelana.pdf>. Fecha de acceso 1 de julio del 2012.
4. Gamborena Querejeta I. Aspectos clínicos y de laboratorio en la Elaboración de Carillas de Porcelana. Maxillari S. 2002; 33-58 URL disponible en: <http://www.maxillaris.com/hemeroteca/200202/ciencia.pdf>. Fecha de acceso 1 de julio del 2012.
5. Anónimo. Carillas. Facetas de porcelana, frentes laminados o Veneers. URL disponible en: <http://www.infomed.es/amudenes/articulo5.pdf>. Fecha de acceso 1 de julio del 2012.
6. 3M ESPE Relyx™ Veneer Cement System URL disponible en: http://multimedia.3m.com/mws/media/webserver?mwsId=66666UF6EVsSyXTt4XT_MxT6EVtQEVs6EVs6EVs6E666666--&fn=rel_veneer_tp_la.pdf. Fecha de acceso 1 de Julio del 2012