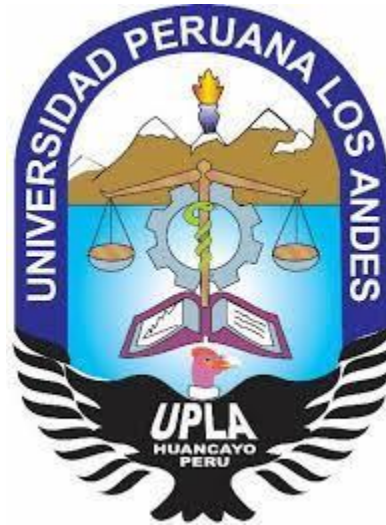


UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

CARILLAS DE PORCELANA SIN PREPARACIÓN DEL DIENTE

Para optar el título de : Cirujano Dentista

Autor : BACH. José Manuel Gamarra Herrera

Asesor : C.D. Roger Américo Pariona Galván

Líneas de Investigación de la Escuela Profesional: Investigación clínica y patológica

Lugar o institución de investigación: Clínica Odontológica Privada

Huancayo – Perú

2021

DEDICATORIA

A:

Dios, por darme cada día maravilloso.

Mis padres, y hermanos, quienes siempre me inspiraron para ser mejor cada día, baluartes fundamentales en todo lo que soy, en especial a mi madre Nery.

Todo este trabajo fue posible gracias a ellos.

AGRADECIMIENTO

A mis padres, por su entereza apoyo y por los valores con los que me han formado; siempre estuvieron conmigo, dándome lo mejor de ellos.

Agradezco de todo corazón a mis docentes quienes supieron guiarme y encaminarme a realizar bien las cosas, por su esfuerzo, dedicación, brindando y compartiendo la dicha del saber y sus amplias experiencias.

José Manuel Gamarra Herrera

CONTENIDO

	Págs.
I. Título	1
Dedicatoria	2
Agradecimiento.....	3
Contenido	4
Contenido de Figuras ..	6
Resumen	8
Abstract	9
II. INTRODUCCIÓN	10
2.1 Planteamiento del problema	11
2.2 Marco Teórico	12
2.2.1 Antecedentes	12
2.2.2 Bases teóricas	19
2.3 Objetivos	30
III. DESARROLLO DEL CASO CLINICO	31
3.1 Historia Clínica	32
3.2 Examen clínico general.....	32
3.3 Evaluación integral.....	32
3.4 Diagnostico.....	33
3.5 Pronostico	33
IV. PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL.....	34
4.1 Formulación del Plan de tratamiento general.....	35
4.2 Plan de control y mantenimiento.....	46

V. DISCUSION 47

VI. CONCLUSIONES..... 49

VII.RECOMENDACIONES..... 50

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 51

ANEXOS..... 53

CONTENIDO DE FIGURAS

Figura 1 Preparación tipo ventana

Figura 2 Preparación tipo pluma

Figura 3 Preparación tipo “overlap”

Figura 4 Fotografías 1 y 2. Del rostro, de frente y perfil, al sonreír muestra los dientes.

Figura 5 Fotografías 3y 4. Fotografías con separador

Figura 6 Fotografías 5 y 6. Fotografías oclusales

Figura 7 Fotografías 7 radiografía 1,1-2,1—Foto 8. Fotografía por palatino

Figura 8 Fotografías 9 y 10. Limpieza profilaxis

Figura 9 Fotografía 11y 12.Tallado contorneado del diente, con fresa de fisura; leve contorneado

Figura 10 Fotografía 13.Toma de color.-: Toma de color se utilizó Colorímetro ivoclar vivadent

Figura 11Fotografía 14, 15 y 16.Toma de Impresion, se colocó hilo retractor en los dos dientes incisivos centrales a tratar

Figura 12 Fotografía 17.Toma de impresión maxilar inferior con alginato

Figura 13 Fotografías 18 del modelo de trabajo

Figura 14 Fotografía 19 Carillas previo a ser cementadas. Fotografía sobre el modelo

Figura 15 Fotografía 20. Prueba de las carillas, en la paciente

Figura 16 Fotografía 21 La carilla de porcelana se graba en la clínica

Figura 17 Fotografía 22.Después se lavan abundantemente

Figura 18 Fotografía 23. Silanizar

Figura 19 Fotografía 24 limpieza con piedra pómez y agua de los dientes incisivos

Figura 20 Fotografía 25. Es aconsejable desproteinizar

Figura 21 Fotografía 25. Grabado con el ácido fosfórico al 35% por 15 segundos.

Figura 22 Fotografía 26. Colocación del adhesivo

Figura 23 Fotografía 27.Fotopolimerizado del adhesivo

Figura 24 Fotografía 28 y 29 .Cementado de las carillas pasos en los que intervienen Allcement y agentes fotopolimerizables.

Figura 25 Fotografías 30,31 y 32. Cementación de las carillas cerámicas y Fotocurado del agente cementante All cem se utilizó puntas de goma para su colocación.

Figura 26 Fotografías 33, 34 y 35. Después del cementado de las carillas

Figura 27 Foto 36 y 37.Paciente sonriendo, nótese la amplitud de la misma

Figura 28 Fotografías 38 y 39Antes y Después

CARILLAS DE PORCELANA SIN PREPARACIÓN DEL DIENTE

RESUMEN

Este reporte de caso clínico describe el manejo exitoso de un tratamiento conservador usando carillas de porcelana; cementado mediante técnicas adhesivas en dientes sin preparar, o con mínima preparación, siendo clínicamente probado en una paciente femenina. Los pacientes están informados y requieren procedimientos conservadores, sin desgastar sus piezas dentales y procedimientos sin dolor, buscando excelentes resultados estéticos. El objetivo de este caso clínico fue demostrar el manejo y elaboración de carillas con gran dureza y menor espesor, la misma que nos otorga ventajas al compararla con técnica convencional, dándose una mejor adhesión la que se lleva a cabo en el esmalte, además lo refuerza en casos que este agrietado o debilitado y sobre todo menor sensibilidad posoperatoria, es de señalar que también nos evita tener que colocar provisionales, solventa un blanqueamiento permanente, y lo más fundamental es que evita la reducción de estructura dental, siendo el primordial motivo de los pacientes para elegir este sistema. Desde el punto de vista estético una carilla de porcelana nos permite lograr una gran armonía en la sonrisa, y lograremos que los pacientes adquieran gran confianza en sí mismos y tengan un buen desarrollo y desenvolvimiento en su personalidad. De esta forma se restauró la salud y función de dos incisivos centrales en una paciente de sexo femenino; tratamiento que involucró dos sesiones, que se había visto afectado por desgaste y lesión que se tornó irreversible con el paso del tiempo

Palabras clave: carilla, porcelana, adhesión, estética.

PORCELAIN VENEERS WITHOUT TOOTH PREPARATION

SUMMARY

This clinical case report describes the successful management of a conservative treatment using porcelain veneers; cemented by adhesive techniques on unprepared teeth, or with minimal preparation, being clinically tested on a female patient. Patients are informed and require conservative procedures, without wearing out their teeth and painless procedures, seeking excellent aesthetic results. The objective of this clinical case was to demonstrate the handling and elaboration of veneers with great hardness and less thickness, the same that gives us advantages when comparing it with conventional technique, giving a better adhesion that is carried out in the enamel, in addition it reinforces it in cases that this cracked or debilitated and mainly smaller postoperative sensitivity, it is to indicate that also it avoids us to have to place provisional ones, solves a permanent whitening, and the most fundamental thing is that it avoids the reduction of dental structure, being the main reason for patients to choose this system. From the aesthetic point of view, a porcelain veneer allows us to achieve a great harmony in the smile, and we will achieve that the patients acquire great confidence in themselves and have a good development and development in their personality. In this way, the health and function of two central incisors was restored in a female patient; treatment that involved two sessions, who had been affected by wear and tear and the lesion that became irreversible over time.

Keywords: veneer, porcelain, bonding, aesthetics.

II. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de suficiencia profesional, describe un tratamiento conservador, usando carillas de porcelana; cementado mediante técnicas adhesivas en dientes incisivos anteriores, la paciente informada solicitando una preparación mínima, sin desgastar sus dientes anteriores y procedimientos con ausencia de dolor, buscando óptimos resultados estéticos. Siendo el objetivo demostrar el manejo y elaboración de carillas con pequeño espesor y gran dureza , la misma que nos otorga ventajas al compararla con técnica convencional, dándose una mejor adhesión al esmalte, además lo intensifica en casos que este agrietado o debilitado y sobre todo menor sensibilidad posoperatoria, es de señalar que también nos evita tener que colocar provisionales, solventa un blanqueamiento permanente, y lo más fundamental es que evita la reducción de estructura dental, siendo el primordial motivo de los pacientes para elegir este sistema. Desde el punto de vista estético una carilla de porcelana nos permite lograr una gran armonía en la sonrisa, y lograremos que los pacientes adquieran gran confianza en sí mismos y tengan un buen desarrollo y desenvolvimiento en su personalidad. De esta forma se restauró la salud y función de dos incisivos centrales en una paciente de sexo femenino; tratamiento que involucró dos sesiones, que se había visto afectado por desgaste y lesión que se tornó irreversible con el paso del tiempo.

2.1. Planteamiento del problema

En los últimos 20 años, la odontología cosmética marco una evolución rápida y constante, aplica el arte, la armonía, la estética en la boca, efectúa tratamientos nada dolorosos ni invasivos, se busca no desgastar tejidos dentarios tal es el caso de problemas de coloración, fracturas dentarias, caries problemas de bruxismo y otros, los pacientes asisten a la consulta y refieren tener problemas los cuales son por la forma y color y casos de holgura de los espacios interdentes, los cuales les impiden una sonrisa plena e interactuar socialmente, para casos como estos descritos el tratamiento conservador empleando carillas de porcelana con mínima preparación, o sin preparar, en este lapso de tiempo ha sido probado, en la actualidad los pacientes demandan tratamientos moderados, sin desgastar los dientes, e intervenciones sin dolor, con notables resultados estéticos, consideramos que este método no invasivo hace que la forma convencional, para colocar carillas se haga cada vez más obsoleto, hoy se emplea porcelanas feldespáticas debido a su estructura cristalina, poseen distribución uniforme y en algunos casos esta reforzada por leucita, se pueden preparar sobre el modelo y las carillas pueden tener gran resistencia con espesor entre los 0,3 y 1 milímetros, comparable a la de los lentes de contacto ¹.

2.2 Marco Teórico

2.2.1 Antecedentes

“Muchos dentistas consideran que los inicios o apertura de la odontología cosmética, se dieron con las resinas, la percepción estética que patentiza la sonrisa se ha tenido en cuenta desde los primeros retratos representativos, hasta que se dio la fotografía, esta fue evolucionando y perfeccionándose; “ en el cine ocurrió lo mismo; es así que en los años 20 mejoraron las técnicas de proyección, apreciándose más los defectos estéticos, debido a ello los productores de Hollywood exigían a los actores una mayor perfección, especialmente en sus sonrisas; ya que no todos poseían una dentición perfecta, por aquel entonces el Dr. Charles Pincus, en 1937, dentista de Beverly Hills, intentaba mejorar el aspecto estético de sus pacientes, muchos de los cuales trabajaban en la industria cinematográfica, presentó, por primera vez, las carillas en dientes anteriores, que consistían en facetas de porcelana colocadas provisionalmente, según las exigencias de los primeros planos a actores de Hollywood, con ello mejoraba los primeros planos de las sonrisas con algo estético, cómodo, que no interfiriera con la función fonética y que se mantuviera en la boca el tiempo necesario que empleaban en el rodaje de las películas, confecciono las carillas de porcelana, que cumplían estos requisitos, para fabricar las carillas de porcelana procedía a cocer una capa muy fina de porcelana sobre papel de aluminio, diseñando de esta forma unas carillas ferulizadas, que se pegaban temporalmente sobre los dientes del actor que iba a actuar, el gran inconveniente de estas carillas era la falta de componentes de adhesión que posibilitaran la estabilidad de estas reconstrucciones a largo plazo, es recién que en 1955, Buonocuore consigue grabar el esmalte dental, lo que supuso un paso importante en la adhesión al tejido dentario, pero no se conseguía adherir a las cerámicas, en 1972 el Dr. Alain Rochette publica un artículo donde describe un nuevo concepto de adhesión entre esmalte grabado y restauraciones de porcelana sin grabar, por lo tanto podemos afirmar que Rochette, en Francia, fue el primero en proponer, en

1975, el uso de restauraciones de cerámica adheridas en la dentición anterior sobre esmalte previamente grabado a ésta, la porcelana, se le aplicaba un producto, el silano, para facilitar la adhesión química de un cemento de resina sin partículas de relleno; aunque los resultados obtenidos a lo largo de un año fueron excelentes, durante mucho tiempo se dejó de hablar de su producto transcurrieron los años hasta que los doctores Simonsen y Calamia, en la década de los 80, descubren el efecto de grabado del ácido fluorhídrico sobre la cerámica, a partir de entonces cuando se puede decir que comienza el avance de las carillas de porcelana, estas carillas originales eran de 0,5 mm.; de grosor aproximadamente, siendo actualmente de 0,3 mm, incluso de 0,1mm”^{1,2}.

Cedillo J.; el 2011, en su investigación titulada “carillas sin preparación, sobre el material empleado afirma; que la Porcelana Cerinate es una porcelana del tipo feldespática, ideal para elaborar carillas de menor grosor o espesor y gran dureza; es de señalar que posee estructura micro cristalina, siendo sus cristales distribuidos uniformemente y a su vez reforzada con cristales de leucita, este autor considera, que está porcelana puede ser fabricada con 0.2 milímetros de espesor, aproximadamente como el grosor de una lente de contacto, como conclusión afirma que la técnica habitual de carillas demanda eliminación de importante material dental sano, lo cual no concilia con el orden de la conservación dental, es de resaltar que los materiales y técnicas disponibles actualmente, hacen posible que con mínima preparación o sin preparación, se obtenga resultados estéticos, duraderos, gracias a estas técnicas y materiales, el paciente obtiene un trabajo estético que guarda gran fidelidad al modelo natural, con respeto a criterios funcionales”³.

Salgado Á.;en el 2015 en su trabajo que titula “Carillas sin tallado, sostiene que las carillas confeccionadas sobre dientes sin preparación, ofrecen los medios para conseguir restauraciones naturales, con preparaciones mínimamente invasivas y mediante el desarrollo de la “Odontología adhesiva” el principal objetivo de este artículo es comunicar y hacer saber la técnica de carillas sin

preparación dentaria, abordando diferentes aspectos, entre ellos casos en los que se indican y en los que no, que inconvenientes existen y las ventajas que son muchas, entre ellas la individualización, los procedimientos que tienen en cuenta características del paciente a tratar, como conclusión afirma que las carillas sin preparación son una elección estética a tener en cuenta por sus sobresalientes resultados clínicos a mediano y también a largo plazo, siendo lo más importante, la agresión insignificante al tejido dentario, empero, no en todos los casos se pueden emplear este tipo de restauraciones, es imprescindible conocer perfectamente sus contraindicaciones, e indicaciones, así como las diversas fases clínicas a emplear así como las de laboratorio dental, para poder alcanzar resultados satisfactorios incluso predecibles, del mismo modo, no todos los casos se deben de tratar con carillas cerámicas indirectas, ya que es posible encontrar otras alternativas como los Composites, con ellos se pueden conseguir resultados estéticos muy favorables”⁴.

Ortiz-Calderón G, Gómez-Stella L. ; en el 2016;en su trabajo al que denominaron, “Aspectos relevantes de la preparación para carillas anteriores de porcelana: una revisión ,afirman categóricamente que en la zona antero superior, es fundamental saber qué tipo de preparación se debería realizar, porque la terminación palatina repercute en la conservación de estas restauraciones, así como de la estructura del diente restante, la literatura especializada odontológica detalla tres tipos de preparación para las carillas anteriores, tipo “ventana” o intraesmalte, la cual se limita sólo al desgaste del esmalte de la pieza de 0,3 a 0,5 mm, la preparación tipo “pluma” o con reducción incisal, la cual tiene un mini chamfer incisal de hasta 1 mm, y la preparación tipo “overlap” o con solapa incisal que, además del desgaste vestibular y reducción incisal, tiene una preparación de tipo chamfer palatino, llegando así a una preparación incisal total de 2 mm,; en referencia a los artículos revisados, se propone al respecto que la preparación más idónea o

favorable más duradera en función del tiempo a largo plazo es la tipo “overlap” o solapa incisal, debido a que favorece a la retención de la carilla y a la distribución homogénea de las fuerzas oclusales, es importante mantener la estructura dental restante en boca, por lo tanto las carillas anteriores de porcelana son una alternativa de tratamiento conservador, con fines estéticos, y restablecen la función, sostienen que no hay diferencias relevantes o muy importantes entre los distintos tipos de preparaciones dentarias realizadas para las carillas de porcelana, se llega a la conclusión que si es necesario mejorar la estética, la preparación de tipo “ventana” satisface con ese requerimiento, resistiendo cargas debido a que al semejarse al comportamiento natural del diente, se logra evitar mayor desgaste dentario”⁵.

Cacciamano, J.; en el 2017, en su tesis doctoral a la que denomina “Evaluación in vitro de la resistencia a la fractura de carillas funcionales cerámicas, con diferentes diseños de tallado palatino; afirma que los nuevos materiales cerámicos, disponibles para la profesión dental, ofrece opciones de tratamiento para resolver casos diversos en forma conservadora y segura, tal es el caso de las carillas, cuando son empleados en dientes anteriores, se aplican diferentes técnicas de fabricación de carillas asimismo distintas preparaciones dentaria, este estudio experimental in vitro determinó la influencia del diseño palatino en la solidez a la fractura, de carillas cerámicas, empleo como muestra 80 incisivos centrales superiores, exentos de caries, sobre los que se efectuaron preparaciones dentarias para carillas, conformaron cuatro grupos de 20 muestras c/u, los dientes fueron preparados en su porción vestibular, incisal y palatina, las muestras fueron impresionadas con silicona y vaciadas con yeso piedra, las carillas fueron cementadas con resina de fotopolimerización, en los dientes respectivos, para luego ser sometidos a carga en una máquina de ensayo universal, Digimess M-8000, hasta producir la fractura, arribo a las conclusiones: el tipo de diseño de la preparación dentaria y el material utilizado, no influyeron significativamente, en la

resistencia a la fractura de carillas cerámicas, las carillas moldeadas con sistema Cad/Cam, fueron las que obtuvieron los mejores resultados”⁶.

Mena P. et al el 2018 presentan su trabajo de investigación “Rehabilitación funcional y estética del sector anterior con carillas indirectas de disilicato de litio, sostienen en su trabajo que los nuevos materiales y técnicas empleadas permiten que los odontólogos adquieran nuevas habilidades y proporcionen restauraciones estéticas funcionales, dan a conocer un caso clínico de colocación de carilla con la técnica de cerámica indirecta, consiguen el restablecimiento de una sonrisa funcional y armónica realizado en un paciente de sexo femenino, de 35 años de edad, quien manifestó como motivo de consulta “disgusto de la forma, tamaño y color de sus dientes, junto con el deseo de realizarse un diseño de sonrisa “, el diagnóstico para este caso fue agenesia de la pieza # 22, dimorfismo y discromía, del cuadrante antero superior; el tratamiento elegido fue la colocación de carillas indirectas de di silicato de litio, para ello realizaron clareamiento dental con técnica combinada, concluyendo que con la aplicación de esta técnica se puede obtener resultados altamente estéticos, conservadores y de durabilidad a largo plazo”⁷.

Barrigón G. et al el 2019 presentan su trabajo al que denominan “Consideraciones Diagnósticas y Clínicas en Carillas no-prep; informan sobre un caso clínico con exigencia estética, resuelto con carillas no-prep (o sin preparación), explican la realización de cada fase del tratamiento, cual es el aporte, como lo ejecutaron, asimismo, discutieron puntos de vista relacionados con las carillas no-prep: la selección meticulosa del caso, los factores que nos limitan a la hora de indicarlas, y si son subsanables con tratamientos previos no restauradores; desventajas y sobre todo las ventajas específicas de este tipo de restauraciones; las dificultades que afrontaron en su manejo clínico y en el laboratorio; y una breve revisión de la literatura acerca de este tipo de carillas, como conclusiones dicen que el tratamiento con carillas no-prep es una solución terapéutica prometedora que presenta

algunas ventajas frente a las carillas con preparación, sin embargo, hacen falta estudios clínicos longitudinales que evidencien los resultados a largo plazo y sus complicaciones, la preservación de la estructura dentaria, siempre y cuando sea posible, debe ser el objetivo primordial de todo dentista que se dedique a la Odontología Restauradora y Estética, y ese criterio debe ser el que guíe todas sus decisiones diagnósticas y terapéuticas”⁸.

Masson M. Armas A. En el 2019 presentan una investigación a la que llaman “Rehabilitación del sector anterior con carillas de porcelana lentes de contacto, guiado por planificación digital. Informe de un caso; afirman que los pacientes asisten, al consultorio odontológico para mejorar su sonrisa, se da gran demanda de procedimientos estéticos, y es compromiso del odontólogo ofrecer distintas técnicas para que el paciente escoja elija un tratamiento óptimo, abocado a la conservación de los tejidos dentales en esta dirección aspecto; las carillas de cerámica sin preparación, denominadas también como lentes de contacto, son una opción conservadora muy útil para mejorar la estética del sector anterior, describen un caso sobre restauración estética mínimamente invasiva en el sector anterior, usan para tal fin porcelana IPS e. max Press, planifican por medio del diseño digital , como conclusiones dicen que el éxito en una rehabilitación de la estética y función de un paciente, se debe realizar bajo un enfoque integral, debiendo realizar un amplio análisis del diagnóstico y condiciones previas del paciente, previo a la selección de las técnicas restauradoras; la odontología actual se enfoca cada vez más hacia la conservación de los tejidos dentarios y la aplicación de los postulados de la mínima invasión; se debe estudiar con amplitud los materiales disponibles y las nuevas técnicas, planificando conforme a las solicitudes de los pacientes, recordando siempre que la funcionalidad es el principal objetivo, además de lograr una estética adecuada al gusto y exigencia del paciente, aunque de todas maneras siempre se presentaran sus excepciones”⁹ .

Farías-neto, A, et al en el 2019 presentan su trabajo de investigación a la que denominan “Tooth preparation for ceramic veneers:when less is more (Preparación de dientes para carillas de cerámica: cuándo menos es más) afirman que Históricamente, las preparaciones para carillas de cerámica variaban desde ser extremadamente agresivo hasta una mínima reducción o falta de preparación, hoy se ha avanzado hacia una odontología no invasiva consideran que menos reducción de dientes significa más adhesión y longevidad clínica, lo que debe tenerse en cuenta al realizar preparaciones mínimamente invasivas es que en un número de casos el elemento dental recibirá una lámina ,chapa que modificará su contorno final, esto es bastante común en casos de dientes conoides, diastemas o pérdida de estructura dental por abrasión, erosión o atrición, presentan en este artículo un protocolo, para conseguir preparaciones conservadoras para carillas de cerámica, el contorno final deseado para la carilla, es su prioridad como técnica, como resultado preparaciones menos invasivas como conclusión sustentan que los enfoques tradicionales para la preparación de los dientes pueden conducir a que se muestre dentina expuesta, porque la cantidad de reducción dental recomendada está cerca del grosor del esmalte, la técnica que debe impulsarse requiere tener en cuenta el contorno final deseado para la carilla, lo que resulta en preparaciones dentales considerablemente menos invasivas”¹⁰.

Coello K. en el 2020 presenta su tesis de grado a la que llama “Carillas de disilicato de litio 1; afirma que hay una evolución a lo largo del tiempo sobre la restauración en dientes anteriores, desde los usuales desgastes excesivos, hasta la preparación poquísima o mínima con el empleo de carillas de disilicato de litio que presentan una excelente fuerza tensional y sobretodo mimetización, en su trabajo, analiza información actualizada sobre rehabilitación con carillas de disilicato de litio, para esta se valió de artículos científicos en bases de datos Pubmed, Science Direct, El Sevier, Scielo donde más del 50% son de estudios realizados en los últimos 5 años, arriba

a la conclusión, diciendo que este tipo de tratamientos con restauraciones indirectas han demostrado ser totalmente fiable, presentando una elevada supervivencia en boca cuando el proceso ha sido exhaustivamente examinado paso a paso”¹¹.

Bansode, Pradnya V., et al. en el 2020 presentan su trabajo de investigación llamado “Lumineers- New Era of Restorative Dentistry (Lumineers: la nueva era de la odontología restauradora), las carillas laminadas son una de las técnicas más conservadoras en comparación con todos los demás tipos de restauraciones, hacer carillas con suplemento de porcelana minimizará la cantidad de reducción de dientes y acumulación bacteriana, también mejora la estética y permite proporcionar una estructura dental realista en nombre de sombra y forma del diente, hasta ahora, varios autores han explicado varios diseños, principalmente concentrándose en la máxima conservación de los dientes y técnicas de mínima intervención, en este artículo, afirman estar apuntando a Lumineers como una opción de tratamiento, lumineers son carillas de porcelana que ofrecen la forma indolora de un Sonrisa más blanca y estéticamente alineada, los Lumineers están fabricados con la nueva tecnología de porcelana Cerinate que les da fuerza pero les permite ser delgados como lentes de contacto, se colocan sobre dientes existentes sin tener que para nada eliminar la estructura dental y no es procedimiento doloroso; los lumineers también se pueden colocar sobre coronas o puentes existentes, como conclusión afirman enfáticamente que los lumineers son revestimientos delgados con forma de dientes, se sitúan sobre la superficie vestibular o labial de dientes manchados, astillados o torcidos, están hechos a medida en un tono que se adapte mejor a su entorno, dientes; este artículo presentó la Importancia de una intervención mínima y la máxima conservación de los dientes para mantener la estética óptima del paciente”¹².

2.2.2 Bases teóricas

Clasificación de las carillas

Una carilla para Macchi, es un “bloque que se fija a la superficie vestibular de un diente anterior, fundamentalmente para mejorar sus aspectos estéticos”² .

En función de la composición del material:

- Resinas conocidas como Composites
- Porcelanas.

De acuerdo al método:

- Resinas compuestas:

Directas, se realizan en el consultorio y a mano alzada

Indirectas, cuando se realizan enviando los modelos al laboratorio

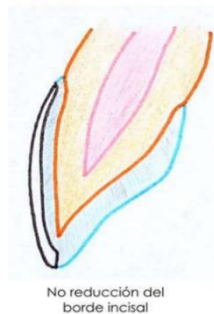
- Porcelanas indirectas confeccionadas en el laboratorio

Preparación para Carillas

Preparación intra-esmalte, llamada de tipo “ventana”

“Indicada en casos con cambio leve del color, se realizara un desgaste en la cara bucal o vestibular y también en la cara proximal aproximadamente 0,3 mm a 0,5 mm, lo más parejo posible; no debe reducirse el borde incisal; entre una de las ventajas está la excelente mimetización con la configuración dentaria y evita el sobre contorno de la restauración, estudios,e investigaciones evidencian que este tipo de preparación actúa tan igual que un diente anterior ante la masticación”³.

Figura 1 Preparación tipo ventana

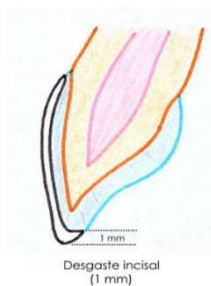


Fuente: Ortiz-Calderón, G; Gómez-Stella, L. Aspectos relevantes de la preparación para carillas anteriores de porcelana: Una revisión³.

Preparación con reducción incisal, de tipo “pluma”

“ La reducción vestibular también es de 0.3 mm a 0.5 mm.;siendo el desgaste incisal de 1 mm, a manera de un pequeño chamfer, se considera como un diseño funcional ya que está indicado cuando se necesita alargar la zona incisal del diente, sin embargo, este alargamiento no debe de ser mayor a 2 mm porque se crearía un efecto de palanca,investigaciones estudios in vitro,afirman que la mayor carga de estrés se puede concentrar en la interfase restauración – diente, es por esto que es necesario verificar la oclusión antes de la preparación”³.

Figura 2 Preparación tipo pluma

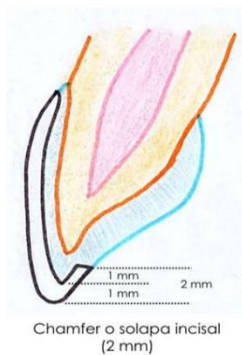


Fuente: Ortiz-Calderón, G; Gómez-Stella, L. Aspectos relevantes de la preparación para carillas anteriores de porcelana: Una revisión³.

Preparación de tipo solapa incisal “overlap”

“Igualmente la reducción vestibular se encuentra en el rango de 0.3 mm a 0.5 milímetros.; la reducción incisal es de 1 mm en longitud, y 1 mm hacia la cara palatina, creando un chamfer palatino o solapa incisal de 2 milímetros; este diseño es el mejor según la mayoría de estudios, ya que muestra mayor resistencia a la fractura gracias a la solapa incisal, que le da más soporte dentario y mejor distribución de cargas y por ello está indicado para devolver la guía anterior”³.

Figura 3 Preparación tipo “overlap”



Fuente: Ortiz-Calderón, G; Gómez-Stella, L. Aspectos relevantes de la preparación para carillas anteriores de porcelana: Una revisión³.

“Esta preparaciones se encuentra dentro del concepto de “bioestética”, debido a que son técnicas que priorizan procedimientos de adición, o micro o mínimamente invasivos con el objetivo de preservar la estructura y biomecánica dental, los sistemas cerámicos sin preparación son reforzados con leucita y disilicato de litio en carillas laminadas que proporcionan a la preparación gran resistencia con espesores de 0,1 a 0,7 mm; estas carillas reemplazan la porción de esmalte visible y son adheridas fuertemente a la superficie del diente”³.

Consideraciones sobre las carillas

¿Qué son las carillas?

Las carillas son cubiertas dentales que se pegan a la superficie frontal, vestibular o bucal de los dientes para mejorar la apariencia, se adhieren a los dientes y se utilizan para arreglar la apariencia de un diente roto o astillado o para crear una sonrisa simétrica, generalmente se aplican a los ocho dientes frontales, generalmente duran entre cinco y siete años ¹³.

¿Cuál es la diferencia entre las carillas tradicionales y las sin preparación?

En nuestra Región ,Junín, los más utilizados son las carillas tradicionales, que requieren un trabajo de preparación intensivo y generalmente implican tallar la estructura del diente que se va a instalar, el procedimiento para colocar las carillas es claramente permanente debido a la remoción del esmalte e incluso la pulpa del diente para asegurar que las carillas permanezcan estables; se utiliza anestesia local durante el procedimiento para evitar el dolor, sin embargo, dependiendo de la condición previa del diente, las carillas tradicionales podrán reemplazar el aspecto cosmético del diente y reemplazarlo con una solución más agradable a la vista, afirmamos que las carillas sin preparación requieren menos preparación para el diente, centrándose únicamente en el esmalte del diente para una extracción e instalación mínima, similar a la naturaleza de una lente de contacto cosmética, cubre la parte frontal del diente sin uso de anestesia local, ambos tipos de carillas se pueden realizar a través de composite o porcelana, precisamos que las carillas compuestas generalmente las hace el dentista, y una sola cita es todo lo que necesita para el procedimiento, las carillas de porcelana brindan mejores resultados, pero deben realizarse en un laboratorio utilizando impresiones hechas con la boca del paciente, una vez que se toman y esculpen las impresiones, se cementan al diente¹³.

Los beneficios de las carillas sin preparación

Las carillas sin preparación brindan una sonrisa más simple y atractiva sin las drásticas consecuencias del tallado pulido de los dientes, tanto las carillas de resina compuesta como las de porcelana sin preparación ayudan a reparar los espacios en los dientes, cubrir los dientes más afilados, de forma inusual y muy decolorados sin tratamientos largos y muchas veces sin emplear anestesia.

Indicaciones para carillas de porcelana ^{1, 5, 13}

• Cuando se necesite superponer pigmentaciones dentales persistentes a los métodos de blanqueamiento:

- Pigmentación resultada por traumatismos
- Coloración por tratamiento endodóntico
- Coloración tenue por medicamentos (tetraciclinas)

• Para realizar cambios morfológicos principalmente en dientes anteriores:

- Cerrar o reducir espacios interdientales y diastemas
- Incremento de longitud y aumento relieve incisal
- Malposiciones mesuradas
- Piezas dentarias conoides

— Piezas dentarias deciduos. En forma no muy frecuente, permanecen en boca caninos deciduos, generalmente los superiores, estos provocaran una alteración de la estética de la sonrisa, se visualiza un color diferente y en desarmonía, también el tamaño será menos que los demás dientes.

- En tratamientos amplios en dientes anteriores:

- Retratamientos de coronas

- Dientes considerablemente sensibles

Estará contraindicado por

- Modificaciones ocurridas en el esmalte:

- Graves hipoplasias

- Esmalte con poca superficie

- Bruxismo que ocasiono desgastes y se nota pérdida en la dimensión vertical

- Ausencia de Higiene dental

- Cambios o modificaciones oclusales:

- Grandes diastemas en el grupo anterior.

- Mordidas cruzadas anteriores no funcionales.

- Policaries.

- Respiradores bucales.

- Pacientes que practican deportes de contacto

En estos casos es adecuado recomendar el uso de protectores.

Tipos de porcelana utilizados para confeccionar carillas

Porcelana Cerinate del tipo feldespática posee estructura microcristalina, Cedillo afirma que “los cristales en esta porcelana tienen una distribución uniforme, reforzada con cristales irregulares de leucita, esta porcelana puede ser fabricada con 0.2 mm.; de espesor (aproximadamente como el grosor de una lente de contacto), presenta grandes ventajas una de ellas es que se confeccionan carillas con un espesor delgado y gran dureza, entre las principales ventajas que tiene, comparada con la técnica convencional, es la menor sensibilidad posoperatoria, ya que la adhesión se lleva a cabo en el esmalte, además refuerza el esmalte debilitado o agrietado”⁵.

Técnica confección de carillas sin preparación¹

No se debe generalizar el protocolo para diseñar carillas se debe ser específico para cada caso en función y expectativas de cada paciente, por lo que hay que individualizar, debemos tener en cuenta también sobre las expectativas del paciente y si estamos en la capacidad de satisfacerlas, debemos recrear el resultado con un modelo encerado, mock-up o también emplear un ordenador^{1,5,13}.

Fases previas a considerar (Procedimiento)

- Muy importante es confeccionar la historia clínica, bajo todo punto de vista incluso legal.
- Exploración clínica y oclusal de esta forma evaluamos el estado de salud periodontal, de suma importancia para restauraciones del tipo adhesiva, también se tendrá en cuenta las parafunciones, esta última puede ser desfavorable

- Diagnóstico bucal del estado dentario, observándose la vitalidad de los dientes a restaurar, análisis radiográfico, observar alteraciones de color, en casos de hipoplasia caries restauraciones incluso hipocalsificación,
- Análisis fotográfico
- Indicar la necesidad de blanqueamiento, si fuese necesario, si se aclara los dientes menor grosor de carillas, y en el cementado elegir adecuadamente el color.

Fases clínicas

- Obtener modelos de estudio, discusión del caso, analizando tamaño, forma y contorno dentario
 - Encerar la futura restauración y obtener llave de silicona de este modelo de diagnóstico conocido también como mock-up
- b) El mock-up, nos facilita sobre longitud de la corona precisa y nos permite indicar la conveniencia de la cirugía mucogingival, también la prueba nos permite observar el perfil de emergencia adecuado.

Pre-tratamiento de las carillas ^{1,3,13}:

- 1) Arenar para mejorar la retención de la carilla.
 - 2) Limpiar adecuadamente las carillas.
- Prueba de carillas en clínica estas deben ser exactas asentar bien con ajuste adecuado.
 - Grabar la carilla con ácido fluorhídrico al 10% si son confeccionadas con disilicato se grabara en 20 segundos las feldespáticas hasta 60 segundos, para luego lavarlas en un baño de ultrasonido, se emplea para ese fin agua destilada o alcohol de 96° n

- Silanización de la carilla nos facilita la adhesión.
- Para cementar la carilla es preferible usar hilo de retracción de 00, aislar en forma absoluta preferentemente y limpiar los dientes con piedra pómez para luego proteger los dientes adyacentes con bandas de acetato y luego grabar con, ácido ortofosfórico al 37% ,lavar secar y colocar adhesivo en capas finas no polimerizar en forma rápida previamente se aplica aire para realizar la cementación una a una las carillas ^{1,3,13} .

El agente cementante

“La cementación de las carillas debe ser realizada bajo un protocolo estricto, depende de ello el éxito para el caso de cerámicas grabadas, el cemento debe de ser polimerizado completamente, sino, sus propiedades se alterarían, siendo el espesor de la carilla factor determinante, en el mercado hay colores de cemento los cuales deben de ser elegidos para cada caso, el color final de la carilla de porcelana está determinado por diferentes factores que incluyen el color y el espesor de la carilla de porcelana, que es factor fundamental y del agente cementante, además del color de la estructura dental subyacente, generalmente, una carilla cerámica relativamente fina, cementada sobre un diente con no demasiadas alteraciones en el color, produce un buen resultado estético, por otro lado, cuando no se consigue un color similar al de los dientes adyacentes, los clínicos suelen usar cementos de resina con diferentes tonalidades para enmascarar el color del diente subyacente y modificar el tono final de la restauración cerámica, aunque actualmente no hay un consenso en la literatura acerca de la influencia del cemento en el cambio de color; los cementos de foto polimerizado usualmente se emplean en carillas delgadas libres de metal”^{15,16} .

Avances significativos en las técnicas de cementación resinosa de un paso incluyen:

“La eliminación de todos los pasos de preparación del diente (Grabar, acondicionar, adherir, desensibilizar, etc.); auto mezclado con jeringa de doble cilindro (a través de una punta para mezclar), eliminando la necesidad de mezclar cementos manualmente, se logra

distribuir los cementos directamente en la corona; previsibilidad y facilidad de uso clínico; adhesión a la dentina y al esmalte; adhesión a las cerámicas y los metales; después del endurecimiento de cada una de las técnicas de cementación descritas, los márgenes deben de estar parcialmente foto curados y el exceso de cemento, removido, después los márgenes pueden ser foto curados completamente y pulidos una vez que el cemento endurezca, luego de la cementación, la relación entre el diente y la restauración son tan efectivos que funcionan juntos como un monobloque, similar a el diente original; con la simplificación del protocolo de cementación, la confusión clínica ha sido reemplazada por predictibilidad y facilidad de uso, los cementos de resina de hoy en día ofrecen variedad de opciones clínicas, clínicamente son predecibles y fáciles de usar, también, continúan desarrollando regularmente procesos simplificados, los cementos resinosos se adhieren a las superficies dentales (dentina y esmalte) y se adhieren a los materiales restauradores que utilizamos comúnmente (metales y cerámicas), se relacionan estos sustratos tan efectivamente que por todos los intentos y propósitos se comportan como un monobloque, formando una unidad funcional única”¹⁶.

PermaShade,LC es un Cemento para Carillas Polimerizable



Cemento resinoso dual

“Los cementos resinosos duales son agentes de cementación lanzados en el mercado con el fin de unir las características favorables de los cementos resinosos fotoactivados y de los autopolimerizados.; actualmente, son utilizados en situaciones donde existe la pérdida o la ausencia de luz debido a la distancia de la fuente activadora al agente cementante, como en los casos clínicos envolviendo la utilización de pernos intracanales, o en situaciones donde existe la atenuación del pasaje de luz a causa de la interposición de un material restaurador indirecto metálico o de un material restaurador indirecto estético espeso”¹⁷



2.3 Objetivos

Objetivo General

Realizar un tratamiento restaurativo estético y funcional con carillas de porcelana sin preparación o mínima de los dientes Incisivos centrales que presentan manchas y decoloración.

III. DESARROLLO DEL CASO CLINICO

3.1 Historia Clínica

Historia Clínica:

Datos de Filiación:

- ▶ **NOMBRE Y APELLIDOS:** NERIDA VIOLETA HERRERA LAZO
- ▶ **EDAD:** 62 AÑOS.
- ▶ **SEXO:** FEMENINO.
- ▶ **ESTADO CIVIL:** CASADA.
- ▶ **DOMICILIO:** JR. CAJAMARCA N°459
- ▶ **TELEFONO:**
- ▶ **OCUPACION:**COMERCIANTE
- ▶ **FECHA DE NACIMIENTO:**
- ▶ **LUGAR DE PROCEDENCIA:** HUANCAYO

Anamnesis:

- ▶ **A. MOTIVO DE CONSULTA:** “QUIERO QUE MIS DIENTES SE VEAN BONITOS”
- ▶ **B. ENFERMEDAD ACTUAL:** Paciente de 62 años presenta pigmentación y fractura en los incisivos centrales superior, con incomodidad para hablar sonreír e interactuar, solicita una intervención indolora y estética, recalcando que no quiere que se le toquen sus dientes para nada, refiere tener parientes odontólogos, y por tanto tiene muy claro qué es lo que espera del tratamiento, precisa que su tratamiento sea el más corto por la pandemia, sus exigencias estéticas son muy altas,
- ▶ A la actualidad diente 1.1y 21 asintomático.
- ▶ **C. ANTECEDENTES MEDICOS FAMILIARES:** no refiere.

3.2 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.

3.3 Evaluación integral:

ATM: Sin alteración evidente.

GANGLIOS: No palpables.

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

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:, amígdalas aumentadas de tamaño no secretante. Úvula vibrante

LENGUA: húmeda, con tamaño normal, presenta saburra en el tercio medio del dorso de la lengua.

PISO DE BOCA: Frenillos sin alteración

REBORDE GINGIVAL: Gingivitis leve asociado a placa bacteriana.

OCLUSION: **R.M.D = Clase I R.M.I = No Reg.**

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

SISTEMA DENTARIO: 24 piezas dentarias.

ODONTOGRAMA

DATOS DE AFILIACION	NOMBRES Y APELLIDOS: <u>NERIDA VIOLETA NEGRERA LAZO</u>															
	E-MAIL	EDAD: <u>41 años</u>														
ANAMNESIS	DOMICILIO: <u>Dr. CAYAMAICA 455</u>	TELEFONO: <u>No tiene</u>														
	MOTIVO DE CONSULTA: <u>NERIDA: MIS DIENTES</u>	OCUPACION: <u>41 años</u>														
	ALERGIAS: <u>No tiene</u>	ESTADO DE SALUD GENERAL														
	ENFERMEDADES SISTEMICAS: <u>DIABETES TIPO II</u>															
	ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES: <u>No tiene</u>															
	HABITOS: <u>No tiene</u>															
SALUD BUCAL: <u>Regular</u>																
EXAMEN CLINICO:																
ODONTOGRAMA																

3.4 Diagnóstico

Diagnóstico Presuntivo:

Dientes del frente anterior con grandes manchas y decoloraciones, posibles caries recidiva por microfiltración

Diagnóstico Definitivo:

Restauración estética decolorada Incisivo central derecho 1,1

Restauración estética decolorada atrición y pequeña fractura en el Incisivo central izquierdo 2,1.

3.5. Pronóstico: Paciente es favorable para el tratamiento con carillas dentales sin preparación de los dientes incisivos centrales.

IV. PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL

4.1 Formulación del Plan de tratamiento general

Examen Extraoral.

Paciente braquicéfalo, sin asimetrías facial evidente, ganglios sin alteración, articulación

Temporomandibular, sin patologías aparentes, glándulas salivales aparentemente normales.

Figura 4 Fotografías 1 y 2. Del rostro, de frente y perfil, al sonreír muestra los dientes.



Autor: José Manuel Gamarra Herrera

Figura 5 Fotografías 3y 4. Fotografías con separador.



Autor: José Manuel Gamarra Herrera

Examen Intraoral

Al examen la cavidad oral no presenta alteración ni patología aparente, a la revisión dental se encontro obturaciones con resina compuesta en el sector anterior y posterior asimismo obturaciones con amalgama, presenta un puente del tipo cantiléver en 22-23.

Figura 6 Fotografías 5 y 6. Fotografías oclusales.



Autor: José Manuel Gamarra Herrera

Exámenes Radiográficos

La radiografía peri apical permite visualizar el estado pulpar de los dientes incisivos centrales superior, donde podemos observar, que no hay patología aparente. Imagen radiopaca compatible con apoyo palatino de metal en el incisivo 2,1 por mesial debido a puente cantiléver, con pinledge en el canino por ausencia del diente 2,2.

Figura 7 Fotografías 7 radiografía 1,1-2,1—Foto 8. Fotografía por palatino



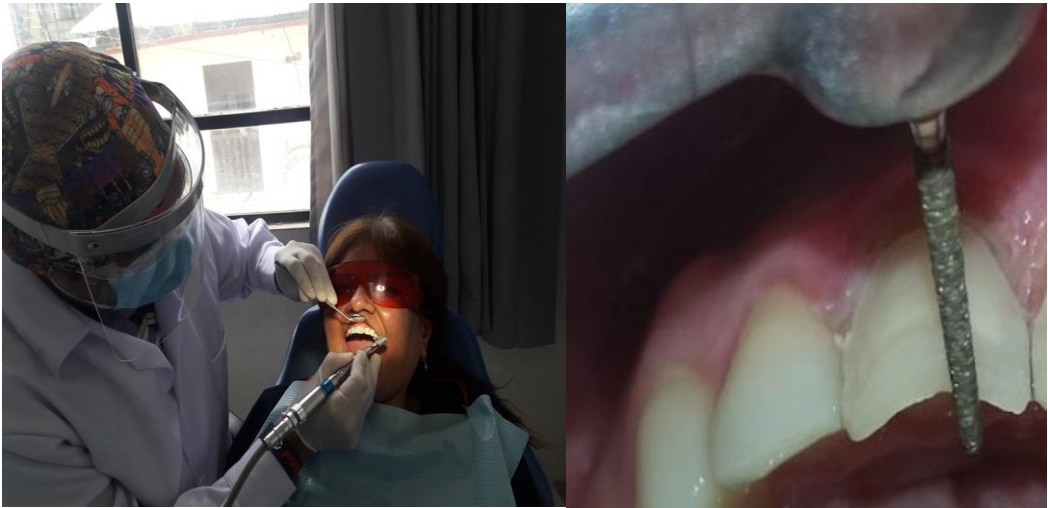
Autor: José Manuel Gamarra Herrera

Figura 8 Fotografías 9 y 10. Limpieza profilaxis



Autor: José Manuel Gamarra Herrera

Figura 9 Fotografía 11y 12.Tallado contorneado del diente, con fresa de fisura; leve contorneado



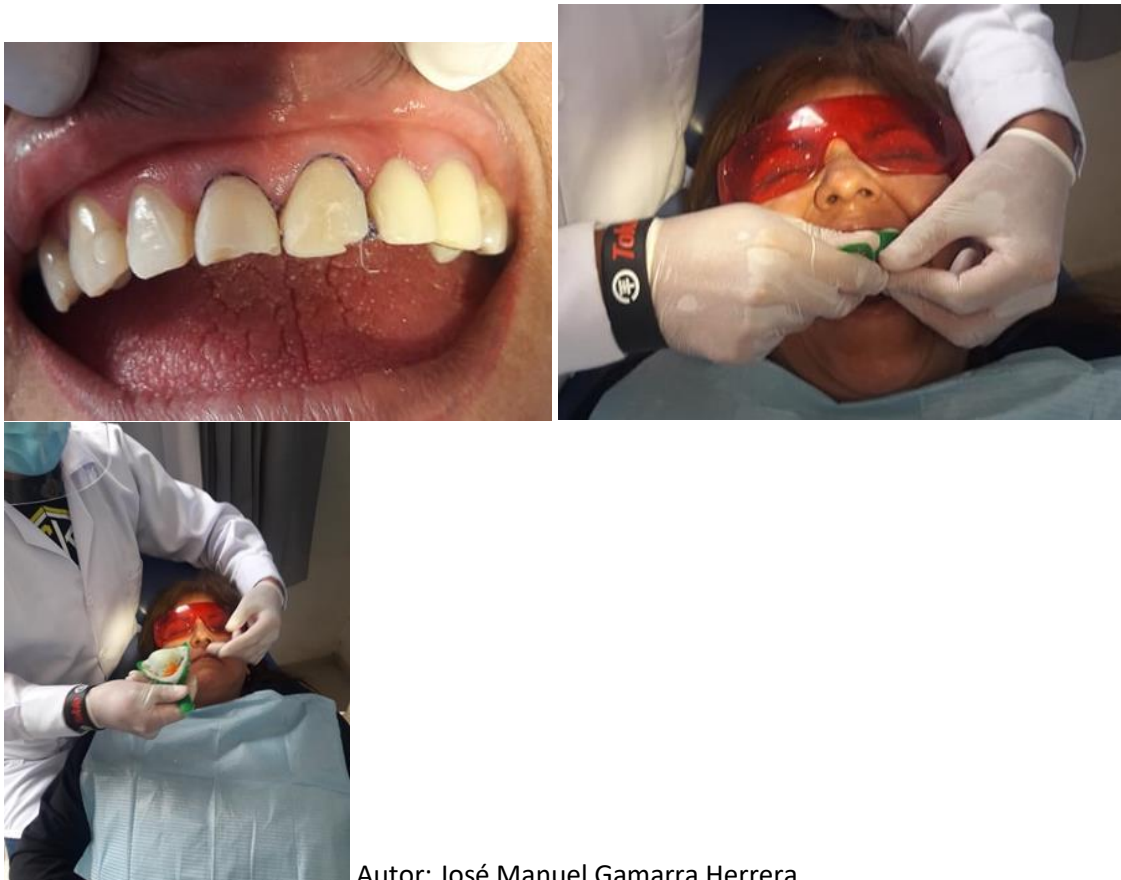
Autor: José Manuel Gamarra Herrera

Figura 10 Fotografía 13. Toma de color.-: Toma de color se utilizó Colorímetro ivoclar vivadent



Autor: José Manuel Gamarra Herrera

Figura 11 Fotografía 14, 15 y 16. Toma de Impresión, se colocó hilo retractor en los dos dientes incisivos centrales a tratar



Autor: José Manuel Gamarra Herrera

Figura 12 Fotografía 17. Toma de impresión maxilar inferior con alginato



Autor: José Manuel Gamarra Herrera

Figura 13 Fotografías 18 del modelo de trabajo



Autor: José Manuel Gamarra Herrera

Figura 14 Fotografía 19 Carillas previo a ser cementadas. Fotografía sobre el modelo



Autor: José Manuel Gamarra Herrera

Figura 15 Fotografía 20. Prueba de las carillas, en la paciente



Autor: José Manuel Gamarra Herrera

Preparación de las carillas de cerámica

Figura 16 Fotografía 21 La carilla de porcelana se graba en la clínica, después de haber hecho las pruebas necesarias, para no dañar la superficie, se realiza con ácido fluorhídrico al 10 por ciento durante 20 segundos, permite crear superficie óptima para la unión de la restauración, rugosidades internas que favorecen a la adhesión, se trabaja con guantes para evitar quemaduras por reacción xantoproteica.



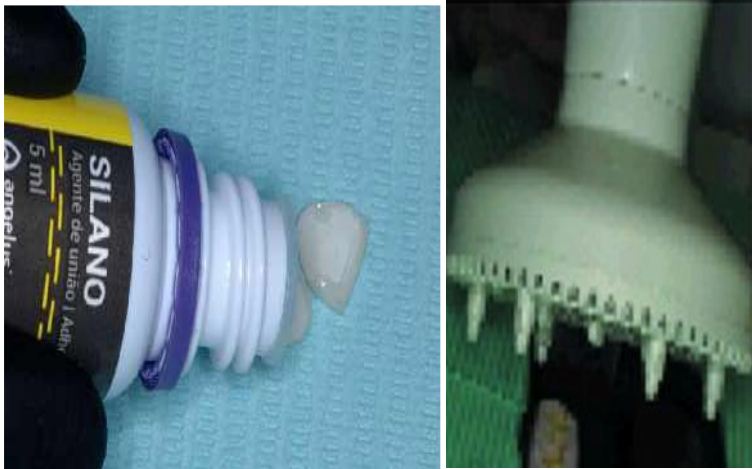
Autor: José Manuel Gamarra Herrera

Figura 17 Fotografía 22. Después se lavan abundantemente y se secan observaremos que usualmente quedan películas blanquesinas por disolución de la cerámica queda una película de color blanquecino que son sales de la disolución de los cristales de la cerámica al grabarse, puede impedir una correcta adhesión por lo que hay que lavar con alcohol al 96%.



Autor: José Manuel Gamarra Herrera

Figura 18 Foto 23. Silanizar con la finalidad de mejorar la adhesión por un tiempo de tres minutos, luego secar en horno o secadora por un minuto.



Autor: José Manuel Gamarra Herrera

Figura 19 Foto 24 limpieza con piedra pómez y agua de los dientes incisivos



Autor: José Manuel Gamarra Herrera

Figura 20 Foto 25. Es aconsejable desproteinizar con lejía, hipoclorito de sodio al 5.25% por espacio de un minuto colocando sobre el esmalte, se considera que ello genera el doble de adhesión, lavar con agua destilada



Autor: José Manuel Gamarra Herrera

Figura 21 Foto 25. Grabado con el ácido fosfórico al 35% por 15 segundos.



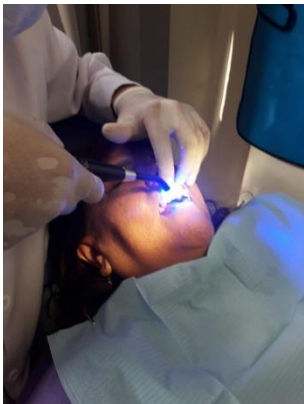
Autor: José Manuel Gamarra Herrera

Figura 22 Foto 26. Colocación del adhesivo



Autor: José Manuel Gamarra Herrera

Figura 23 Fotografía 27.Fotopolimerizado del adhesivo



Autor: José Manuel Gamarra Herrera

Figura 24 Fotografía 28 y 29 .Cementado de las carillas pasos en los que intervienen Allcem y agentes fotopolimerizables.



Autor: José Manuel Gamarra Herrera

Figura 25 Fotografías 30,31 y 32. Cementación de las carillas cerámicas y Fotocurado del agente cementante All cem se utilizó puntas de goma para su colocación.



Autor: José Manuel Gamarra Herrera

Figura 26 Fotografías 33, 34 y 35. Después del cementado de las carillas



Autor: José Manuel Gamarra Herrera

Figura 27 Foto 36 y 37. Paciente sonriendo, nótese la amplitud de la misma.



Autor: José Manuel Gamarra Herrera

Figura 28 Fotografías 38 y 39 Antes y Después



Autor: José Manuel Gamarra Herrera

4.2 Plan de control y mantenimiento

“Cementadas las carillas el paciente debe tener cuidado en el mantenimiento de su higiene buco-dental, y lograr en el tiempo aspecto irreprochable de sus carillas, para ello se aconseja cepillado suave después de cada comida, debido a que ciertos alimentos y bebidas que contienen colorantes podrían causar cambios de color en el tiempo, debe usar hilo dental y un enjuague bucal, las carillas de cerámica son muy duraderas, 10 años o más con buena higiene bucal según estudios clínicos”¹³.

V. DISCUSION

“Con el tiempo han evolucionado las porcelanas, por lo tanto las opciones de tratamiento se han visto ampliados, en la actualidad se tienen una tasa de éxito del 95% a los 15 años, consideramos que aplicar la técnica de desproteinización del esmalte es un procedimiento que ayudara a superar este porcentaje de éxito, asegura una mejor y fuerte unión de la porcelana al esmalte, el autor Cedillo afirma que, en relación al empleo durante 8 años de esta técnica es mejor no hacer el desgaste dental, en ese lapso de tiempo no tuvieron descementación de las carillas, casos de fractura por mal cuidado del paciente, el aprendizaje que ha dejado en quien esto escribe, de aprender ésta técnica, es el no preparar el diente para recibir carillas, o realizar un desgaste mínimo, así como el protocolo de cementación, esto es congruente con la filosofía de invasión mínima, de respetar los tejidos, en este caso el dentario, teniendo que la meta principal es mejorar la calidad de vida a través de una salud oral duradera, concluye diciendo que personalmente recomendamos la porcelana Lumineers como primera opción, por los años que tiene en el mercado y el soporte de los estudios científicos reportados y como segunda opción la vitrocerámica de disilicato de litio IPS e. Max, lo cual requiere de un buen ceramista dental y habilidad del Odontólogo”³. En referencia a ello concordamos plenamente a lo dicho por Cedillo ,aplicamos en nuestra paciente la cerámica e.Max la cual nos dio óptimos resultados en color ,brillo y adaptabilidad para el cementado.

Salgado es concluyente cuando afirma que “Es mejor el no desgaste dental que realizar la técnica convencional, ya que apenas hay casos de descementación de las carillas o fractura de la restauración, además, proporcionan una opción de tratamiento sin deteriorar la superficie del esmalte, teniendo en cuenta que la meta principal es mejorar la calidad de vida a través de una salud oral duradera”⁴. Ortiz sostiene algo similar cuando dice al respecto de las carillas sin preparación citando a “Hui y col., quienes demostraron in vitro que las preparaciones para carillas sin reducción incisal eran más resistentes que las preparaciones con solapa o sobre pase incisal”⁵.

Cacciamano es concluyente al afirmar que “Aunque el éxito de las carillas cerámicas en la actualidad está bien establecido, la fragilidad del material con el que son confeccionadas, es un factor de riesgo, que influye en los resultados relacionados a largo plazo, precisa asimismo que en sus pesquisas bibliográficas, hay estudios clínicos que informan que una falla de coronas cerámicas sin preparación son por fractura”⁶, concuerda a lo referido por Cedillo³.al respecto concordamos plenamente a lo vertido por Cacciamano⁶, considerando que se debe incidir en los procedimientos de laboratorio en su confección.

VI. CONCLUSIONES

- Para colocar carillas de porcelana sin preparación o mínima preparación, es necesario seleccionar el caso a tratar, y se debe realizar un plan de tratamiento adecuado, teniendo en cuenta de cómo sea la pieza sobre la que se ha de colocar la carilla, es posible se requiera en forma mínima un contorneado de la misma, lo cual no implica todos los casos.
- Para lograr el mejor resultado estético posible, se debe realizar una evaluación completa de la sonrisa, para lo cual debemos establecer como sería la situación ideal de los dientes y compararlos con la situación actual, siendo posible diseñar y seleccionar el material a emplear, teniendo en cuenta la información al paciente sobre el tipo y opciones de tratamiento y sus implicancias.
- Las carillas de porcelana, sin preparación o mínima preparación, son el procedimiento restaurador seguro debido al avance de la tecnología de adhesión eficaz, se presentan bajos porcentajes de fracaso, y es muy beneficioso en estética y confort, en el caso tratado se controló, forma, color de los dientes incisivos, cumpliendo con las expectativas del paciente, quién evidenció elevada satisfacción psicológica al concluir el tratamiento.
- Las carillas cerámicas son láminas que presentan un grosor muy parecido a un lente de contacto, presentan un espesor entre 1 y 0,3 milímetros, razón por la cual no se hace necesario realizar mayores desgastes salvo está el de acondicionamiento.

VII.RECOMENDACIONES

- Recomendamos a clínicos y pacientes el empleo de carillas cerámicas ultrafinas sin preparación o mínima preparación, en casos seleccionados adecuadamente, debido a que otorga mayores beneficios a largo plazo, el costo inicial es más alto el resultado es de hasta 15 años mientras que una carilla de composite es de 5 años.
- En el lapso del tratamiento se debe tener en cuenta las expectativas del paciente y, tener en cuenta la información sobre el tipo y opciones de tratamiento y sus implicancias.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Saldaña, R. Carillas Cerámicas. [Investigación Bibliográfica del Proceso de Suficiencia Profesional para obtener el Título de Cirujano Dentista]Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2011.
2. Macchi. Materiales dentales. [Internet] Vol1. 4ta Ed. Buenos Aires: Panamericana; 2007. [Citado 09/12/2020].
3. Cedillo, J. Carillas de porcelana sin preparación. Revista ADM, 2011, vol. 68, no 6.
4. Salgado, Á, et al. Carillas sin tallado. Gaceta dental: Industria y profesiones, 2015, N° 268, p. 151-163.
5. Ortiz-Calderón, G; Gómez-Stella, L. Aspectos relevantes de la preparación para carillas anteriores de porcelana: Una revisión. Revista Estomatológica Herediana, 2016, vol. 26, no 2, p. 110-116.
6. Cacciamano,J. Evaluación in vitro de la resistencia a la fractura de carillas funcionales cerámicas, con diferentes diseños de tallado palatino. 2017.
7. Mena;P. Hidalgo;V. Cevallos I. Rehabilitación funcional y estética del sector anterior con carillas indirectas de disilicato de litio. Revista UNIANDES de Ciencias de la Salud, 2018, vol. 1, no 1, p. 053-059.
8. Barrigón,G.et al. Consideraciones diagnósticas y clínicas en carillas no-prep. Gaceta dental: Industria y profesiones, 2019, no 313, p. 40-68.
9. Masson, M. Armas, A. Rehabilitación del sector anterior con carillas de porcelana lentes de contacto, guiado por planificación digital. Informe de un caso. Odontología Vital, 2019, no 30, p. 79-86.

10. Farias-neto, A, et al. Tooth preparation for ceramic veneers: when less is more. *Int J Esthet Dent*, 2019, vol. 14, no 2, p. 156-64.
11. Coello, K. Carillas de disilicato de litio 1. 2020. Tesis de Licenciatura. Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología.
12. Bansode, Pradnya V., et al. Lumineers-Nueva Era de Odontología Restauradora.
13. Mellado, B; Anchelia,S; Quea, E. Resistencia a la compresión de carillas cerámicas de disilicato de litio cementadas con cemento resinoso dual y cemento resinoso dual autoadhesivo en premolares maxilares. *International journal of odontostomatology*, 2015, vol. 9, no 1, p. 85-89.
14. <http://dentistaypaciente.com/punto-de-vista-121.html>. Es una instantánea de la página según apareció el 17 Dic. 2020 02:38:11 GMT.
15. Santana Gomes Gabriela Luna, da Costa Gomes Roberta Gondim, Braz Rodivan. Cemento resinoso: ¿Todo cemento dual debe ser foto activado? *Acta odontol. venez* [Internet]. 2009 Dic [citado 2020 Dic 22]; 47(4): 225-233. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652009000400020&lng=es.
16. Rickman, L .; Satterthwaite, J. Consideraciones para la selección de un cemento de cementación. *Actualización dental*, 2010, vol. 37, no 4, pág. 247-264.
17. Iñiguez, M. Carillas de porcelana pura en el sector anterior. 2016. Tesis de Licenciatura. Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología.

ANEXOS

Anexo 1 Consentimiento informado

ANEXO I.-CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CARILLAS DENTALES

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las complicaciones más frecuentes que ocurren. Este documento intenta explicarle todas estas cuestiones lealo atentamente y consulte todas las dudas que se le planteen. Le recordamos que por imperativo legal tendrá que firmar usted o su representante legal el consentimiento informado para que pueda realizarle dicho procedimiento.

Yo *Néida Violeta Herrera Jazo* identificado con DNI N° *20008828* con 62 años de edad he sido informado por el Bachiller en Odontología, José Manuel Gamarra Herrera, que me ha explicado que es conveniente en mi situación proceder a realizar el tratamiento de carillas dentales dándome la siguiente información.

Consideraciones.

Las carillas dentales (en ocasiones llamadas carillas de porcelana o láminas dentales de porcelana) son delgadas, hechas a la medida y con material del color del diente. Estas carillas se adhieren a la parte delantera de los dientes, cambiando su color, forma, tamaño y longitud.

El tratamiento de carillas para los dientes delanteros requiere eliminar menos estructura dental que la preparación para una corona completa. Sin embargo, el proceso es irreversible porque de todas maneras parte del esmalte del diente debe ser eliminado en forma mínima, para proveer el espacio adecuado para fijar con cemento la cubierta.

La restauración para una carilla requiere de dos fases: 1) la preparación del diente, que es mínima y la toma una impresión para enviarla al laboratorio 2) el ajuste y cementación de la carilla una vez que la estética y la función han sido verificadas.

Beneficios de las carillas.

Una carilla típicamente se usa para dientes que están decolorados o manchados, por diversas causas, como la presencia de largas curaciones de resina que han decolorado al diente, una carilla puede ser usada para propósitos estéticos al reparar dientes que están mal alineados, que no están uniformes o que tienen una forma irregular, así como para cerrar espacios entre dientes.

Riesgos de las carillas.

Para preparar un diente para una carilla consiste en eliminar el esmalte de la superficie del diente aunque sea mínimo puede irritar el tejido nervioso (llamado pulpa) en el centro del diente, dejando al diente sensible al calor, al frío o a la presión, los dientes sensibles pueden requerir tratamiento adicional, incluido el tratamiento de endodoncia. A pesar de que no es probable, las carillas pueden desprenderse y caerse, para minimizar el riesgo de que esto suceda, no debo de morder mis uñas, lápices, hielo u otros objetos duros, y tampoco debo de poner presión en mis dientes. Asimismo el rechinar los dientes puede causar que la carilla se desprenda. Entiendo que la carilla va a quedar cerca de la línea de mi encía, que es un área que tiende a la irritación, infección y/o deterioro.

He preguntado al señor Bachiller y al C.D. en la consulta sobre estas alternativas y sobre sus costos. He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el odontólogo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. En ese sentido doy pleno consentimiento para el tratamiento y técnica protésica propuesta tal y como se describe anteriormente, firmo dando mi anuencia para el tratamiento y por las imágenes, fotografías a utilizar.

Huancayo ____ de Diciembre, del 2020.



Nerida Violeta Herrera Lazo

DNI N° 20008826

Anexo 2

Anexo 2. DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA

yo JOSE MANUEL GAMARRA HERRERA, identificado con DNI N° -----, Domiciliado en JR. CAJAMARCA N°459 HUANCAYO, BACHILLER de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Odontología, me COMPROMETO a asumir las consecuencias administrativas y/o penales que hubiera lugar si en la elaboración de mi investigación titulada CARILLAS DE PORCELANA SIN PREPARACIÓN DEL DIENTE. Se haya podido considerar datos falsos, plagio, auto plagio, falsificación, etc. y declaro bajo juramento que mi trabajo de investigación es de mi autoría y los datos presentados son reales y he respetado las normas internacionales de citas y referencias de las fuentes consultadas.

Huancayo Mayo del 2021.

JOSE MANUEL GAMARRA HERRERA

DNI N° -----,