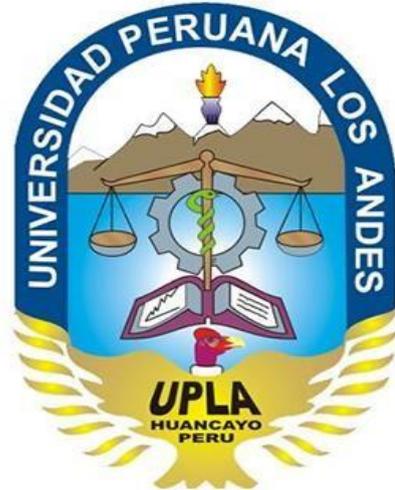


“UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES”
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA
PROFESIONAL DE ODONTOLOGIA



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

TÍTULO: RESTAURACIONES TIPO ONLAY DE CERÁMICA.

PARA OPTAR: EL TÍTULO PROFESIONAL DE
CIRUJANO DENTISTA

BACHILLER: KATHERINE MARIEL CUBAS QUINTO.

ASESOR: MG. CESAR MAYORCA ILIZARBE

Línea de investigación de la universidad y Gestión de la salud

Línea de Investigación de la Escuela Profesional: Investigación
Clínica y Patológica

Resolución de Expedito : N°2441-2021-D-FCCSS.-UPLA

Lugar o institución: Clínica Odontológica Privada

HUANCAYO – PERÚ

2021

PÁGINA DE APROBACIÓN DE JURADOS

Dedicatoria:

A Dios quien me ha permitido que culmine esta carrera de Odontología.

A mi Esposo por apoyarme en todo momento y animarme en cada paso, por su profundo amor.

A mis, Padres por ser mi estímulo y ejemplo, a ellos mi reconocimiento y mi gratitud.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Peruana Los Andes y a la Escuela Profesional de Odontología, por todo este trascorrir en sus aulas.

A mis padres, por su confianza, apoyo y sobre todo gracias por la formación que me han sabido dar.

A los docentes de la especialidad por transmitirme sus conocimientos necesarios en especial al Doctor Carlos Pérez García quien ha sido guía fundamental en el aprendizaje de esta hermosa carrera.

Katherine Mariel Cubas Quinto.

RESUMEN

La odontología actualmente se sustenta en la filosofía preventiva, busca preservar las estructuras naturales y se considera como mínimamente invasiva, lo cual se realiza en restauraciones, buscando que sean como fusionadas sin filtración, lo que se consigue con un adecuado cementado, entre la restauración y el tejido dentario, el presente trabajo de suficiencia profesional, propone y desarrolla, una restauración tipo Onlay de cerámica, para el sector posterior, diente 3,7 en una paciente de sexo femenino de 47 años para ello hemos seguido, una correcta planificación, en dos citas, tallado adecuado de la cavidad, sin retención y expulsivo considerando la oclusión y su biomecánica, buscando que estas restauraciones tengan duración y buena performance en el tiempo.

Palabras clave: Restauración onlay – Porcelana, Cerámica

SUMMARY

Dentistry is currently based on the preventive philosophy, seeks to preserve natural structures and is considered as minimally invasive, which is done in restorations, looking for them to be fused without filtration, which is achieved with a suitable cementing between the restoration and the dental tissue, this work of professional sufficiency, proposes and develops, a restoration type Onlay ceramic For the posterior sector, tooth 3. 7 in a 47-year-old female patient for this we have followed a correct planning, in two appointments, proper carving of the cavity, without retention and expelling considering the occlusion and its biomechanics, looking for these restorations to have duration and good performance over time.

Keywords: Restoration onlay – Porcelain, Ceramics

INDICE DE CONTENIDOS

CARATULA	I
HOJA DE RESPETO	li
CARÀTULA INTERNA	lii
PÀGINA DE APROBACIÒN DE JURADOS	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
RESUMEN	vii
ABSTRAC	viii
INDICE DE CONTENIDOS	Ix
	Pàg.
I.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
DIAGNOSTICO DE SALUD GENERAL	12
II. MARCO TEÒRICO – BIBLIOGRAFÍA	13
Restauraciòn Indirecta (Incrustaciòn)	13
Tipos de incrustaciones	13
Materiales de las incrustaciones	14
Las incrustaciones de porcelana	14
Ventajas de las incrustaciones	14
Desventajas de las incrustaciones	14
Contraindicaciones	14
Onlay	15
Indicaciones y contraindicaciones generales para la incrustaciòn Onlay	16
ventajas y desventajas de incrustaciones onlay	16
Preparaciòn yCaracterísticas de la preparaciòn de la incrustaciòn onlay	17
Secuencia clínica	19

Antecedentes -Bibliografía

CONTENIDO DE FIGURAS:

Figura 1. conformación de paredes.	Pág. 17
Figura 2. Tallado los ángulos internos.	Pag.18
Figura 3. De desgaste.	Pág. 18
Figura 4. Fotografías.	Pág. 27
Figura 5. Arcada inferior.	Pág. 28
Figura 6. Lesión cariosa.	Pág. 28
Figura 7. Imagen radiopaca.	Pag.29
Figura 8. Amplitud de la cavidad.	Pág. 29
Figura 9. Eliminación de tejido carioso.	Pág. 29
Figura 10. Preparación de la cavidad.	Pág. 30
Figura 11. Toma de impresión.	Pag.30
Figura 12. montaje de los modelos.	Pag.31
Figura 13 Restauración cerámica.	Pag.31
Figura 14 Acondicionamiento. 31	Pág.
Figura 15 Grabado ácido. 32	Pág.
Figura 16 Colocación adhesivo. 32	Pág.
Figura 17 Adhesivo Single bond. 33	Pág.
Figura 18 Fotopolimerizado. 33	Pág.
Figura 19 Silanización	Pag.33
Figura 20 Cementación final.	Pag.33
Figura 21 Restauración indirecta. 33	Pág.
Figura 22 Trabajo concluido.	Pag.35
Figura 23 imágenes que muestran el inicio y final.	Pag.35

III. DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO	25
Historia Clínica	25
Examen clínico general	25
Evaluación Integral	26
Diagnóstico y pronóstico	26
IV. PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL	27
V.DISCUSIÓN	36
VI CONCLUSIONES	38
VI. RECOMENDACIONES	39
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	40
ANEXOS	42

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Hay creciente exigencia estética en los pacientes no solo en el sector anterior sino en el posterior, con una toma de conciencia de la preservación de tejidos dentarios, las restauraciones en molares, se complican por la amplitud, de las cavidades, poco soporte dentinario, microfiltración, por lo que estas, se deben realizar con un control oclusal y su biomecánica, así también con gran adherencia, sin filtración llamadas como “fusionadas” o un “continuum restaurador” lo que se consigue realizando mínimos y necesarios, desgastes de los tejidos dentarios sanos, en la que se da fundamentalmente con una relación sub-estructural del onlays, muy precisa, el cemento adhesivo y el tejido dentario si se presentasen fracasos en este tipo de restauraciones son de mínima invasión ,consiguientemente menos lesivas y fácilmente subsanables. La restauración indirecta de tipo Onlay es una opción restauradora acentuada y empleada en la odontología actual, comprende una o dos cúspides del diente a restaurar ya sea por fractura, caries, o desgaste, las cuales se confeccionan en un laboratorio, empleando la cerámica o porcelana dental, brinda solidez estructural, es biocompatible y conserva el sustrato.

I.1 Diagnóstico de salud general

Los dientes premolares y molares cuando son afectados ya sea por caries o traumatismos, fractura, rotura, incluso causado por el bruxismo, presentan cavidades amplias y para poder rehabilitar estos dientes, restaurarlos, se emplean los onlay, que son incrustaciones dentales, usadas para restaurar una o dos cúspides, es decir se vean afectados menos de tres cúspides en molares, este tipo de tratamiento hará que se eviten las coronas dentales, el tallado es mínimo y si la restauración es confeccionada, con cerámica o porcelana dental se consigue el color adecuado, se indican las onlay también después de realizada una endodoncia, al estar las paredes del diente debilitadas esta opción es idónea, es sumamente fuerte y resistente, pese a considerarse a la cerámica como frágil, evita fracturas posteriores, la adhesión es óptima con el empleo de los cementos duales, es de señalar que la incrustación debe ser tratada con ácido fluorhídrico y mejorar su adhesión, también se coloca el xilano lo cual configura un tratamiento que devuelve, la función masticatoria,, con un excelente mimetismo y armonía estética.

II. MARCO TEÓRICO – BIBLIOGRAFÍA

2.1. Restauración Indirecta (Incrustación)

Incrustación es una restauración de oro porcelana o resina compuesta personalizada y cementada en el diente¹.

Pineda afirma al respecto que “Literalmente, una incrustación es un bloque macizo de material que repone parte de una corona dentaria y que se fija a una cavidad preparada con anterioridad, la incrustación es la reconstrucción de una parte perdida del tejido dentario como alternativa para rehabilitar la estructura dentaria tanto fonética y funcional ya que la pieza dental ha tenido alguna fractura leve o estar muy lesionado con tejido careado, asimismo señala que, según la American Dental Association una Incrustación es una restauración intracoronaria indirecta; una restauración dental que se confecciona fuera de la boca para posteriormente ser cementada”².

2.2. Tipos de incrustaciones³

Los inlay, onlay u overlay.

Los inlay son aquellas incrustaciones que reemplazan estructura dental sin afectar ninguna cúspide, pero si el daño es más extenso y afecta a las cúspides de trabajo se le llamará onlay, si de lo contrario todas las cúspides han de ser reemplazadas, como si fuera una corona, se le llamará overlay³.

2.3. Materiales de las incrustaciones

Se dividen en dos grandes grupos:

Material no estético y Material estético.

2.3.1. Los materiales no estéticos

Son aquellos que no tienen un color parecido al diente como los metales: el oro, la plata-paladio y cromo-níquel, las incrustaciones metálicas con aleaciones nobles o no nobles fueron las primeras en aparecer, una de sus características es la protección importante que generan a la estructura coronal remanente, hay que hacer un gran desgaste al tejido dental sano³.

2.3.2. Material estético

Se parecen al color del diente natural, los más empleados son las cerámicas, encontramos las de metal-porcelana, empres, zirconia y los cerómeros como el bell-glass y las resinas compuestas.

2.3.2.1. Las incrustaciones de porcelana

Tienen la ventaja de que parecen tener un aspecto muy natural, para su fabricación se suele cocer la porcelana sobre un troquel refractario del diente preparado, también se pueden fabricar colando una cerámica vítrea o mediante diseño asistido por ordenador y mecanización asistida por ordenador, es decir, mediante CAD-CAM, tienen la ventaja de que permiten fabricar la incrustación en una sola sesión, al respecto es de señalarse que, los sistemas CAD-CAM comercializados resultan demasiado caros para la práctica habitual³.

2.4. Ventajas de las incrustaciones^{2,3}

1. Se pueden mejorar de las propiedades físicas dándole mayor resistencia a la tensión y al desgaste.
2. Se reproduce con gran detalle la anatomía, facilitando buen moldeado y contorneado.
3. En el laboratorio pueden terminarse, pulirse, glasearse fácilmente.
4. Mejorar propiedades físicas gracias al proceso de post-polimerización.

5. Los cambios de volumen se dan fuera de la boca, de tal forma que se compensa con la cementación.

6. El beneficio económico es relativo ya que es más barato que una corona, pero puede llegar a ser más caro que una restauración directa.

2.5. Contraindicaciones

No es posible colocar incrustaciones en todos los casos así por ejemplo en dientes con corona clínica muy pequeña y la pulpa grande, no está indicado en márgenes subgingivales u en personas con mala o pésima higiene oral, en casos que no se pueda aislar con dique de goma tendrá mayor dificultad realizar una buena colocación de la incrustación, se puede dejar la incrustación mal ajustada, señalamos que si hay dientes que son pilares en prótesis removible, no se podrán colocar incrustación ya que produce debilitamiento del diente, incluso la incrustación se descementa debido a las fuerzas ejercidas por la prótesis^{2,3}

2.6. Onlay

El empleo de incrustaciones para restaurar lesiones mesio-ocluso-distales en premolares, se considera no muy adecuado, la fuerza oclusal sobre una incrustación producirá tensión, principalmente a lo largo de las partes laterales de la restauración, asimismo en la base, la incrustación impulsa contra la estructura dentaria, como si la rodeara, lo cual podría fracturar el diente, razón por la cual la incrustación debemos modificarla, distribuir la carga en forma uniforme sobre una superficie más amplia y ancha³.

2.6.1. Indicaciones generales para la incrustación Onlay

- Restauraciones MOD con istmos anchos³.
- Dientes destruidos con cúspides vestibulares y linguales intactas³.
- Se recomiendan en dientes posteriores tratados endodónticamente con estructura dentaria vestibular y lingual sana, (El tratamiento endodóntico, debilitan la estructura, siendo recomendable colocar una incrustación, una vez ha finalizado el tratamiento^{2,3}.

2.6.2. Contraindicaciones generales para la incrustación Onlay

Onlays MOD son de modo relevante, menos retentivos y resistentes que una corona tres cuartos y no deben utilizarse, como retenedores de prótesis parciales fijas, estas carecen de retención suficiente para soportar con éxito las fuerzas adicionales que una prótesis parcial fija situada sobre el diente pilar^{2,3}.

2.7. Ventajas de las Incrustaciones inlay y onlay Cerámicas⁴

- Al ser una restauración de cerámica tendrá estabilidad en el color
- La duración a largo plazo es debida a la dureza, resistencia al desgaste e integridad marginal
- El producto estético de la incrustación es superior al que se llega con una corona de recubrimiento total
- Se consigue con ellas una oclusión estable, al no perderse por desgaste los contactos oclusales con el antagonista
- Como la porcelana acumula menos placa que otros materiales y como los márgenes son supra gingivales la salud periodontal resulta preservada

2.8. Desventajas de las Incrustaciones inlay y onlay Cerámicas⁴

- Presenta dificultades en el tallado

- El trabajo de laboratorio significa mayor el costo, y por otro lado es necesaria más de una cita.

-El proceso de cementado es un tanto complicado y requiere un mayor tiempo que el trabajo de una corona de recubrimiento total

- Al contacto con el antagonista se comprobó que es más abrasivo que los materiales que involucren los composites, la amalgama y el oro.

2.9. Preparación incrustación Onlay

2.9.1. Características de la preparación de la incrustación onlay

Deben ser:

- Paredes expulsivas (8-15°) (Figura 1)

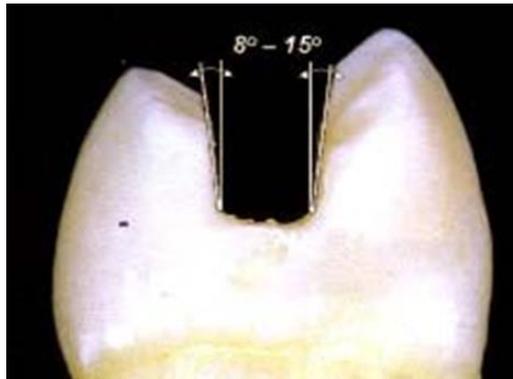


Figura 1, Muestra la conformación de paredes expulsivas para el tipo Onlay.

Fotografía en : Miyashita E, Salazar A et al. Odontología estética: El estado del arte. Sao Paulo: Artes Médicas; 2005⁶.

- **Ángulos internos redondeados. (Figura 2)**



Figura 2. El tallado los ángulos internos para la futura incrustación deben ser redondeados y así evitar estrés . Fotografía en : Miyashita E, Salazar A et al. Odontología estética: El estado del arte. Sao Paulo: Artes Médicas; 2005^{5,6}.

- Márgenes nítidos y en esmalte (sin bisel). No deben coincidir con los contactos oclusales.

- Ángulo cavosuperficial recto sin bisel - Reducciones axiales y oclusales de 2mm.

Término cervical en hombro redondeado.

- Istmo mínimo de 2mm de ancho. - Sobrecontornos sin soporte deben ser evitados.

- Base llana (compresión).

- Caja oclusal con profundidad mínima de 1.5mm en la región de la fosa oclusal (Figura 3).

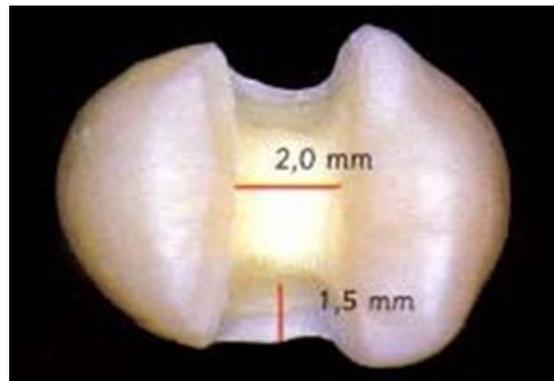


Figura 3. Cantidad mínima de desgaste necesario para el preparado de la caja oclusal y proximal. Tomado de: Miyashita E, Salazar A et al. Odontología estética: El estado del arte. Sao Paulo: Artes Médicas; 2005⁶.

- En las cajas proximales, el ángulo cavosuperficial debe estar entre 60 y 80° con relación a la faz proximal, sin ningún tipo de bisel o slice.

- En las cúspides a ser recubiertas, el espesor del desgaste debe ser de 1.5 a 2mm, siendo el mínimo de 1.5mm. 5, 15.

2.10. Secuencia clínica⁷

Primera sesión⁷

1. Se informa al paciente sobre el procedimiento a realizar
2. Anestesia opcional
3. Se debe aislar en forma absoluta del diente a preparar
4. Retirar restos de caries y restauraciones antiguas como las de amalgama u otros, dándole forma conveniente a la cavidad para incrustación tipo onlay
5. Conformación y pulido de la preparación, se debe realizar control del dolor
6. La preparación adecuada se caracterizará por la conformación de paredes divergentes en el sentido gingivo-oclusal, estas paredes deben ser resistentes.
7. La conformación de las paredes hacia lingual y vestibular , deben terminarse exento de contactos
8. La totalidad de los ángulos internos deberán ser redondeados y no presentar bisel en el borde cavo superficial de la preparación
9. Igualmente, en la preparación, las aristas deberán ser redondeadas, para no tener zonas de tensión en la futura restauración
10. Se debe tener en cuenta el espesor de la restauración para permitir una protección pulpar indirecta , se puede aplicar ionómero vítreo, dejando un espesor mínimo de 2 - 3 mm, para que el material no sufra fracturas posteriormente, y tenga buen resultado.
11. Si la situación lo permite, se tendrá que realizar la reconstrucción de base.

12. Siempre confeccionar una caja clásica evitando tener márgenes en filo de cuchillo, con paredes divergentes de 6°, es decir 3° por cada una.

13. Para el paso de la impresión se incorporará los aspectos citados líneas arriba, en especial los aspectos de retención impulsividad, debiendo emplear siliconas indicadas para las incrustaciones estéticas, especialmente de polivinil siloxano,

14. Al tomar la impresión, evitar el desalojo o desplazamiento del material liviano por el pesado

15. Obtener un registro de mordida⁷ (Grau,2019)

Segunda sesión⁷

Efectuar, prueba de la Restauración (incrustación) onlay definitiva:

1. Sacar la incrustación provisional, si esta hubiese sido colocada
2. Prueba de la incrustación en la cavidad previamente preparada, ésta debe ingresar con exactitud
3. Verificar la oclusión
4. Es posible pulir y ajustar detalles en la exactitud, no deben quedar irregularidades en la superficie
5. Retocada la restauración colocar, en la preparación
6. Realizar, el grabado, no exceder más de 15 segundos al utilizar ácido fosfórico con 30 a 40% de concentración, lavar y secar por corto tiempo, no resecar completamente.
7. Aplicar bonding en zonas de adhesión evite películas gruesas frotar
8. Preparar la restauración, grabándola con ácido fluorhídrico con concentración de 9% por 1 a 3 minutos.
9. Lavar utilizando acetona durante 5 segundos y secar

10. Aplicar el silano.
11. Colocar un cemento dual o autopolimerizable.
12. El cemento de resina, se aplica sobre la zona interna de la futura restauración.
13. Asentar sobre la preparación dentaria ejercer suave presión, no puede generarse el efecto émbolo.
14. Foto polimerizar aproximadamente por el tiempo de 10 segundos
15. Retirar las rebabas del cemento (si la hubiera).
16. Foto polimerizar por 60 segundos tanto por vestibular como por palatino
17. Realizar control oclusal, en oclusión céntrica, así como en los movimientos de lateralidad y protrusión.
18. Obtener superficies lisas y brillantes con puntas de silicona de baja velocidad, el más abrasivo primero y terminar con el menos abrasivo y con cepillo duro se conseguirá el brillo.
20. Dar de alta al paciente cuando su diente con incrustación se haya adecuado y realice función oclusal sin molestias, no debe presentar sintomatología dolorosa tampoco sensibilidad post-operatoria⁷ (Grau,2019).

Antecedentes bibliografía

Grau el 2016 en la investigación “Diseño de incrustación onlay de cerámica feldespática como alternativa a restauración de amalgama”, afirma que en restauraciones posteriores ,se encuentra las realizadas con amalgama ,dada su toxicidad su uso es controversial, además de la estética, considera que las incrustaciones de porcelana feldespática, son más a indicadas para recibir y soportar las fuerzas oclusales sin llegar a la fractura y constituirse

como una de mejor estética debido a su translucidez, como conclusión dice que el resultado primordial es devolver una morfología y estética al diente, usando un material biocompatible, considera que dos sesiones son suficientes para colocar cementar la incrustación feldespática⁷.

Ramírez el 2019, da a conocer su trabajo de investigación denominada “Restableciendo la oclusión funcional con restauraciones parciales de cerámica adhesiva tipo Onlay. Reporte de caso clínico; da a conocer cómo se selecciona las restauraciones de cerámica adhesiva tipo Onlay, como debe ser el protocolo clínico, como conclusión sostienen que el empleo de técnicas adecuadas en la preparación de las cavidades para fijar restauraciones de porcelana, les permiten una odontología conservadora más sana y lo consideran como prerequisite para un sellado óptimo, evitando caries secundaria, asimismo los principios básicos en la adhesión de restauraciones de cerámica están en relación a la restauración propiamente dicha, al cemento resinoso y al tejido dental, en trabajo de sinergia”⁸.

Usechi el 2019 da a conocer su trabajo al que título como “cementado de restauraciones indirectas. Estado de la cuestión, sostiene que se llaman restauraciones indirectas, cuando el material restaurador se conforma y endurece fuera de la boca, ordinariamente se elaboran en laboratorio, en el consultorio, el cementado de estas restauraciones se torna crítico, realiza esta investigación citando artículos de la literatura odontológica y como conclusiones afirma que, en el caso de una restauración tipo onlay, entran en juego varios elementos que pueden llevar a confusión en la elección del cemento y su protocolo de comentado: - naturaleza del material restaurador (si será grabable, chorreable) - si el muñón es únicamente dental o tiene

restauraciones previas - si está tratado endodónticamente - acceso de luz por profundidad- retentividad - acceso para asentamiento, etc. lo que hace dificultosa la elección del material cementante, siendo aún más complicada cuando no solo hay un tipo de cemento sino varios, para el caso de cementar un onlay sobre un muñón dental, el clínico podría asumir, emplear un cemento autoadhesivo y autograbante, para reducir tiempos en el manejo del muñón y, sin embargo, se trata de lo contrario, para lo cual está indicado el grabado y empleo de adhesivo específicamente para mejorar el resultado, como ejemplo citamos el empleo de un cemento adhesivo, que por definición necesitan de un adhesivo previo, sin olvidar que frente al diente natural, habría que confirmar si se realizó sellado inmediato dentinario; podría ocurrir que dicho sellado inmediato sea incompatible con el cemento seleccionado y, por tanto, no se podría hacer si no se recurre al adhesivo específico del cemento elegido, si se decide emplear cerámica, sería viable el uso de un cemento de resina, de ionómero de vidrio, incluso cementos convencionales”⁹.

Tomalá el 2021, presenta su trabajo de investigación a la que llama “Protocolo de cementación de restauraciones inlay, onlay y overlay ; afirma que las restauraciones indirectas, deben tener un manejo adecuado y con protocolo, respetando sus características y también su composición, realiza un análisis documental, emplea el método inductivo-deductivo, evaluando los protocolos de cementación, como conclusión afirma que : los cementos de base resinosa polimerizables, demuestran resultados positivos, pero tienen ciertas contraindicaciones, si la restauración es muy gruesa o cavidades profundas sugiere usar cementos tipo “luting” y en caso de emplear los

cementos resinosos, emplear polimerización dual; en las restauraciones, inlay, onlay y overlay, se debe acondicionar la superficie interna de la restauración, con fresa de diamante, se creara rugosidad, el arenado, y el grabado con ácido fluorhídrico, considerando al sustrato si es acido-sensible de la superficie, con lo que se logra mayor adhesión, se realizara en forma previa la salinización de estas restauraciones”¹⁰.

Arguello el 2021, presenta su investigación “Restauraciones indirectas de disilicato de litio en dientes posteriores comprometidos estructuralmente; afirma que las restauraciones parciales indirectas se emplean en forma frecuente, en el tratamiento de dientes posteriores que presentan un compromiso estructural, lo que permite menor desgaste en relación a coronas convencionales, además se mimetizan mejor, dadas las propiedades de las cerámicas vítreas como el disilicato de litio, la metodología que emplearon es cualitativa documental, consideran que es un material de excelentes propiedades, arribando a las siguientes conclusiones: Hay una evolución de las cerámicas, es el caso del disilicato de litio, y es la mejor opción para dientes debilitados, si se aplica sistema CAD/CAM, se confeccionan muy delgados y en un tiempo corto, la odontología practicada con criterio de mínima invasión para la restauración de dientes con pérdidas estructurales, en ellas son muy populares las restauraciones parciales indirectas clasificándolas en inlay, onlay y overlay según la pérdida de tejido dentario”¹¹.

III. DESARROLLO DEL CASO CLINICO

Historia Clínica:

Datos de Filiación:

- ▶ **NOMBRE Y APELLIDOS:** Eva María Lanazca Torres
- ▶ **EDAD:** 47 años.
- ▶ **SEXO:** FEMENINO
- ▶ **DOMICILIO:** Av. Leandra Torres N°520
- ▶ **TELEFONO:**
- ▶ **OCUPACION:** Licenciada en Educación
- ▶ **FECHA DE NACIMIENTO:** 15/03/1974
- ▶ **LUGAR DE PROCEDENCIA:** Huancayo
- ▶ **Anamnesis:**
- ▶ **A. MOTIVO DE CONSULTA:** “Deseo tratamiento para mis muelas”
ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente femenino de 47 años de edad, refiere no tener molestia en la zona a tratar, pero si observamos cavidad con material provisional, en los dientes 3,6 y 3, 7, al examen clínico encontramos acumulo de placa en algunos dientes.
- ▶ **ANTECEDENTES MEDICOS FAMILIARES:** la paciente refiere ser diabética, no insulino dependiente y tener hipertensión, toma medicamentos. Afirma que su Mamá también sufría de las mismas enfermedades.
- ▶ **ANTECEDENTES PERSONALES (HÁBITOS):** La paciente refiere tener la manía de morderse el cabello, pero no lo come.(Por lo manifestado por la paciente no es una Tricofagia)
- ▶ **ANTECEDENTES FARMACÉUTICOS:** Toma Losartan de 50 mg para controlar su presión
- ▶ **QUIRÚRGICOS:** no refiere
- ▶ **TERAPÉUTICOS RECIENTES: SUEÑO:** Sin alteración
SED: Sin alteración **APETITO:** Sin alteración

- ▶ **AMPLIACIÓN:** Cada vez que sufre de alguna molestia toma sus pastillas y se le pasa.

EXAMEN CLÍNICO GENERAL:

FUNCIONES VITALES:

- ▶ **PA** : 142/78 mm Hg.
- ▶ **PULSO** : 80 pulsaciones x minuto.
- ▶ **TEMPERATURA** : 37 °C.
- ▶ **FREC. RESPIRATORIA** : 18 respiraciones x minuto.
- ▶ **ESTADOS DEL PACIENTE** : ABEG, ABEN, ABEH, LOTEP.

Evaluación integral

ATM: Sin alteración evidente.

GANGLIOS: No presenta nódulos ni dolor a la palpación.

LABIOS: Labios de color rosado pasivos, elásticos medianos, humectados, comisuras normales. Presenta pigmentaciones 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: Úvula vibrante, amígdalas de tamaño mediano sin presencia de secreción.

LENGUA: De tamaño normal, húmedo, ovalada, presencia de saburra leve en tercio medio del dorso de la lengua,

PISO DE BOCA: Frenillos sin alteración evidente.

REBORDE GINGIVAL: Gingivitis leve asociado a placa bacteriana.

OCLUSION:

R.M.D = CLASE I R.M.I = CLASE I R.C.D = CLASE I R.C.I =CLASE I.

SISTEMA DENTARIO: 29 piezas dentarias.

Diagnóstico y pronóstico

Diagnóstico Presuntivo:

Caries aparentemente incipiente en dientes 3,6-3,7

Exámenes de Ayuda Diagnostica: Radiografía periapical

Diagnóstico Definitivo:

Lesión cariosa en los dientes 3,6 y 3,7

Pronóstico:

Favorable.

IV. PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL

A.-HISTORIA CLÍNICA

Piel: Con buena humectación

Tejido subcutáneo: Buena distribución

SOMA: No refiere

RASA: No se evidencia ningún tipo de trastorno.

EXAMEN REGIONAL

EXAMEN ESTOMATOLOGICO EXTRA ORAL ELEMENTAL:

Biotipo craneal: Braquifacial.

Biotipo facial: Braquifacial

-OJOS: S.A.E.

-OIDOS: S.A.E.

-NARIZ: Permeables

-CARA: Normo Facial

-ATM: manifiesta no sentir fastidio a la apertura

-GANGLIOS: S.A.E.

B.- FOTOGRAFIAS DE DIAGNOSTICO

B.1 FOTOGRAFIAS EXTRAORAL



Fig.4 4.1 de frente 4'2 perfil derecho

FUENTE: La autora

B.2 FOTOGRAFIAS INTRAORALES



Fig. 5 Arcada inferior- zona problema: dientes 3,6-3,7

FUENTE: La autora



Fig. 6 Lesión cariosa en los dientes 3,6 y 3,7

FUENTE: La autora

C.- RADIOGRAFIA PERIAPICAL



Fig. 7 Imagen radiopaca compatible con material obturación, no hay compromiso pulpar en los dientes 3,6-3,7.

FUENTE: La autora

D.- FOTOGRAFIA CON AISLAMIENTO ABSOLUTO



Fig. 8 Fotografía para observar la amplitud de la cavidad. En restauración indirecta en el diente molar 3.7 Onlay

FUENTE: La autora

E.- ELIMINACIÓN DE TEJIDO CARIOSO



Fig. 9 Eliminación de tejido carioso

FUENTE: La autora

F.- PREPARACIÓN DE LA CAVIDAD

Para preparar la cavidad se utilizó una fresa en forma de masetta con explosividad de 7° y ángulos redondeados, Se eliminaron puntos de contacto con una fresa tronco cónico de diamante punta delgada y se utilizaron para los acabados, estos mismos, pero de grano fino.



Fig. 10 preparación de la cavidad para la incrustación
FUENTE: La autora

G.- TOMA DE IMPRESIONES



Fig. 11 Toma de impresión con silicona de adición el modelo Inferior y con Alginato el modelo superior.

FUENTE: La autora

H.-VACIADO Y MONTAJE DE MODELOS EN EL ARTICULADOR



Fig 12.- montaje de los modelos de trabajo

FUENTE: La autora

I.- MODELO FINAL PARA LABORATORIO



Fig 13.- Restauración cerámica onlay en troquel.

FUENTE: La autora

J.- PREPARACIÓN DE LAS CARILLAS DE CERÁMICA.

En referencia a la preparación de la restauración onlay de porcelana, debe realizarse el grabado en la clínica después de haber hecho las pruebas necesarias, para no dañar la superficie. Se graban con ácido fluorhídrico al 10 por ciento por un tiempo de 20 segundos, crea superficie adecuada para la unión de la restauración, rugosidades internas que favorecen a la adhesión.



Fig. 14 Acondicionamiento de la incrustación
FUENTE : La autora

K.- GRABADO ACIDO

Grabado Con ácido fluorhídrico al 37% de la pieza 3,7 --30segundos en esmalte y 20 segundos en dentina



Fig. 15 Grabado ácido del pilar de la incrustación
FUENTE: La autora

L.- ADHESION DE LA INCRUSTACION

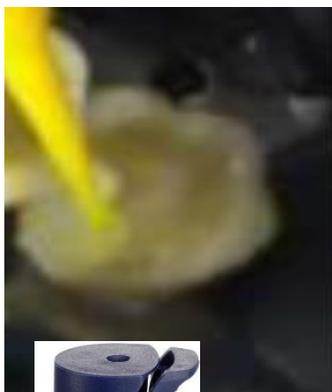


Fig.16 Colocación adhesivo en la pieza 3,7
Adhesivo single bond universal
FUENTE La autora



Fig. 17 Adhesivo Single bond
FUENTE: La autora

LL .- FOTOPOLIMERIZADO



Fig. 18 Fotopolimerizado del diente 3,7 con el adhesivo
FUENTE: La autora

M.- SILANIZACIÓN

La Silanización nos permite mejor adhesión con el cemento.

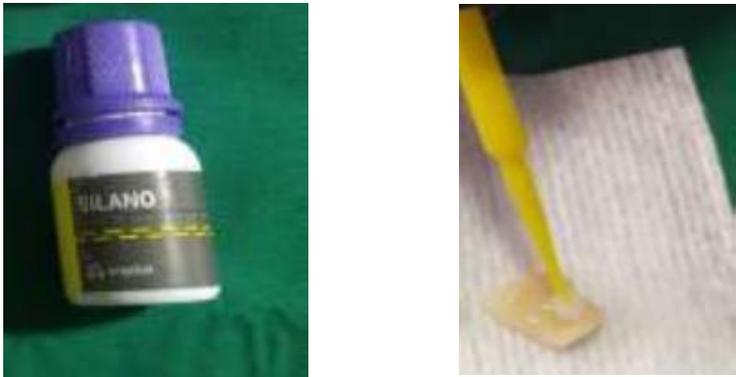


Fig 19 Silanización de la restauración indirecta onlay del diente
FUENTE: La autora

N.- CEMENTACIÓN

17. Cementación final con Allcem y fotopolimerización



Fig. 20 Cementación final con Allcem y fotopolimerización
FUENTE: La autora

Ñ.- RESTAURACION FINAL



Fig. 21 Restauración indirecta de cerámica, onlay en el diente 3,7
FUENTE: La autora

O.- FOTOGRAFIA DE ALTA



Fig. 22 trabajo concluido

FUENTE: La autora

P.- INICIO Y FINAL DEL TRABAJO

ANTES



DESPUES



Fig. 23 imágenes que muestran el inicio y final de la restauración

FUENTE: La autora

V. DISCUSIÓN

Pineda² afirma enfáticamente que “las incrustaciones de cerómero, tienen características biomecánicas, que superan a las cerámicas, además que conservan una mayor cantidad de tejido en relación con la corona con los que no va a permitir, una mayor restitución de los contornos proximales y mayor longevidad, de la misma y que siguiendo los pasos de este procedimiento garantizan, el éxito de nuestro tratamiento. Apreciación que no, compartimos ya que probadamente, la literatura odontológica considera que las restauraciones cerámicas, son superiores en mimetización y color que las restauraciones de cerómero y que las de resina compomeros,.al respecto Pérez³ considera que lo más importante es la adaptación marginal en las restauraciones y como evitar o reducirla es usar cerámicas, cuyo material no se deforma al polimerizarse. Ponce⁵ considera que “El éxito o fracaso de la restauración indirecta va a depender de varios factores, que van desde el tallado de la preparación hasta la cementación de la restauración final” apreciación, acertada con la cual concordamos plenamente.Rodríguez⁷ sostiene que las “incrustaciones de porcelana feldespática, las cuales son consideradas las más estéticas y más aptas para recibir y soportar las fuerzas oclusales sin fracturarse además de ser una de las más estéticas gracias a su translucidez” con el presente trabajo de suficiencia profesional en el que confeccionamos una restauración onlay de cerámica, suscribimos lo dicho por Rodríguez dado el éxito en el tratamiento y la satisfacción plena de la paciente tratada, en relación al cementado se debe elegir adecuadamente el cemento a usar en onlay Usechi⁹ es enfático y dice “una restauración tipo

onlay. Debe asumirse que entran, en juego varios elementos que pueden llevar a confusión en la elección del cemento y su protocolo de cementado.

Los factores son:

- ✓ Naturaleza del material restaurador (si será grabable, chorreable)
- ✓ Si el muñón es únicamente dental o tiene restauraciones previas
- ✓ Si está tratado endodónticamente
- ✓ acceso de luz por profundidad⁹.

VI. CONCLUSIONES

- El resultado principal, en una restauración onlay de cerámica es restituir, la estética y una morfología más precisa al diente molar, utilizando un material biocompatible y de características físicas insuperables como es la cerámica, y cumple con creces en el sector posterior, teniendo en cuenta la preparación de la cavidad y el cementado.
- Dos sesiones de trabajo son requeridas para realizar una restauración dental de porcelana dental (cerámica) onlay, para preparar el diente molar, confección en el laboratorio, la cementación precisa con protocolo y el ajuste oclusal.

VII. RECOMENDACIONES

- Las indicaciones de las casas comerciales, sobre cementos para restauraciones onlay, ofrecen 11 cementos diferentes, ante ello es muy importante que el odontólogo elija uno compatible con su situación clínica, con criterio clínico, así para cementar con el cemento adhesivo estos necesitan un adhesivo previo, en el muñón del diente natural, debe confirmarse si se hizo, sellado destinatario; puede ser que este sea incompatible con el cemento escogido⁹.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Diccionario Dental de Jaypee. Panamá: Jaypee-Hights Medical Publishers Inc., 2010.
2. Pineda, K. "Restauraciones parciales en prótesis fija." [Tesis]Universidad Inca Garcilaso de la Vega; Lima, 2017.
3. Pérez, L. Incrustaciones.
4. Chuqui, I. Importancia de las características clínicas y radiográficas en las incrustaciones inlay y onlay. 2013. [Tesis de Licenciatura]. Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología.
5. Ponce,S.Preparaciones dentarias inlay/onlay para incrustaciones estéticas. Universidad Cayetano Heredia, 2011.
6. Miyashita E, Salazar A et al. Odontología estética: El estado del arte. Sao Paulo: Artes Médicas; 20056.
7. Grau, L. Diseño de incrustación onlay de cerámica feldespática como alternativa a restauración de amalgama. 2016. [Tesis de Licenciatura]. Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología.
8. Ramírez,J. Restableciendo la oclusión funcional con restauraciones parciales de cerámica adhesiva tipo Onlay. Reporte de caso clínico. Odovtos-International Journal of Dental Sciences, 2020, vol. 22, no 2, p. 19-45.
9. Usechi, M. Cementado de restauraciones indirectas. Estado de la cuestión. 2020.
10. Tomalá, D. Protocolo de cementación de restauraciones intracoronaes inlay, onlay y overlay. 2021. Tesis de Licenciatura. Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología.

11. Arguello, L. Restauraciones indirectas de disilicato de litio en dientes posteriores comprometidos estructuralmente. 2021. Tesis de Licenciatura. Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología.

ANEXOS

Anexo 1 Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RESTAURACIONES INDIRECTAS¹²

Yo, **Eva María Lanazca Torres** de ...47..... años de edad, con domicilio en **Av. Leandra Torres N°520** y D.N.I. nº...19873521 en calidad de paciente:

DECLARO Que el Bachiller en Odontología **Cubas Quinto Katherine Mariel**, Me ha explicado que va a proceder a colocar una restauración overlay para obturar el diente/molar **3,7**, Que consiste en limpiar la cavidad de tejido enfermo y fijar una restauración, incrustación, para conseguir un sellado hermético, conservando el diente/molar y su función, y restableciendo la estética adecuada.

Sé que es frecuente que se produzca una mayor sensibilidad, que normalmente desaparecerá de modo espontáneo. Asimismo, entiendo que la colocación del dique de goma pueda lacerar o herir levemente la encía.

También me ha recomendado el facultativo que vuelva a visitarle dentro de 24 horas si advirtiese signos de movilidad o alteraciones en la oclusión, pues en ese caso sería preciso ajustar la oclusión para aliviar el dolor y para impedir la formación de una patología periodontal.

Comprendo que el sellado hermético puede reactivar procesos infecciosos, que hagan necesaria la endodoncia o incluso la extracción, y que, especialmente si la caries era profunda, la pieza dental quedará frágil y podrá ser necesario llevar a cabo otro tipo de reconstrucción o colocar una corona protésica.

También comprendo que es posible que no me encuentre satisfecho estéticamente con la forma y el color del diente tras el tratamiento, porque las cualidades de la pieza nunca serán idénticas a su aspecto sano. Con el paso del tiempo la obturación puede cambiar levemente de color debido a factores externos (café, tabaco, etc.). Además en caries entre los dientes, es posible que el ajuste no sea tan preciso y tenga que usar el hilo dental para eliminar restos de comida.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado, así como que su obligación es la de poner en práctica todos los medios a su alcance normalmente exigibles, sin que por ello se pueda garantizar el resultado pretendido.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto, asumiendo las consecuencias propias del momento en que adopte esta decisión.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo y acepto el alcance y los riesgos del tratamiento, exonerando al facultativo y colaboradores intervinientes de las consecuencias negativas y no deseadas que pudieran presentarse.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice la restauración dental en el diente molar 3,7.

Eva María Lanazca
Torres

D.N.I.
nº...19873521

Anexo2. Fotografía de sesión de control.-

La paciente observa el antes y después, reiterando su agradecimiento y satisfacción por la restauración indirecta de cerámica onlay

