

### Restauraciones estéticas en el sector anterior con resina compuesta. Reporte de un caso

#### Esthetic restorations in the anterior zone with composite resin. A case report

Yecenia Perdomo Pacheco<sup>1</sup>

#### ABSTRACT

Direct veneers are becoming a solution for nearly all cosmetic problems of the current dentistry. New composite materials have appeared in recent years have significantly improved mechanical and aesthetic properties, especially the stability of color, texture and polish. That's why when a patient has a small smile with dental alterations, the use of conservative treatments such as gingival recontouring and / or gingivoplasty, tooth whitening and resin restorations, provide a predictable treatment, with a lasting aesthetic result, at a cost moderate.

#### Key words

Composite resins, veneers, gingivoplasty, aesthetic dentistry.

#### RESUMEN

Las carillas directas se están convirtiendo en una solución para casi todos los problemas estéticos de la odontología actual. Los nuevos materiales de resina compuesta aparecidos en los últimos años han mejorado de forma importante sus propiedades mecánicas y estéticas, sobre todo la estabilidad del color, la textura y el pulido. Es por eso que cuando un paciente tiene una sonrisa con pequeñas alteraciones dentales, el uso de tratamientos conservadores tales como recontorneado gingival y/o gingivoplastia, blanqueamiento dental y restauraciones en resina, proporcionan un tratamiento predecible, con un resultado estético duradero, a un costo moderado.

#### Palabras clave

Resinas compuestas, carillas, gingivoplastia, estética dental.

<sup>1</sup> Odontóloga Especialista en Operatoria Dental Estética Universidad Nacional de Colombia. [yperdomop@unal.edu.co](mailto:yperdomop@unal.edu.co)

## INTRODUCCIÓN

Actualmente, la demanda en los tratamientos odontológicos estéticos ha aumentado, de tal manera que los pacientes muestran mayor interés, no solo por mejorar su aspecto funcional sino también el estético (1).

Al planificar un tratamiento que incluye estética del sector anterior de un paciente, el odontólogo debe tener un enfoque diagnóstico lógico que dé como resultado un plan de tratamiento apropiado. El especialista en operatoria debe dar un enfoque interdisciplinario del diagnóstico y manejo de la estética del sector anterior, implicando biología, estructura, y función para alcanzar un resultado óptimo.

### REMODELACIÓN ESTÉTICA DE LOS TEJIDOS GINGIVALES

Con frecuencia, los tejidos blandos gingivales se encuentran en un nivel de desigualdad en relación con el borde incisal de los dientes o la línea de sonrisa.

Si el paciente cuenta con una adecuada encía adherida, es posible utilizar una técnica para corregir las condiciones clínicas desfavorables. Mediante la utilización de gingivectomía a bisel interno, electrocirugía o láser se puede armonizar el nivel de los tejidos gingivales y producir un resultado excelente.

La profundidad del surco gingival debe ser adecuada para la remodelación gingival al nivel necesario, manteniendo al mismo tiempo una profundidad al menos de 1 mm de encía gingival libre (2).

Este procedimiento como alternativa del raspaje subgingival para terapia de bolsas periodontales ya había sido reconocido a finales del siglo XIX cuando Robicsk (1884) fue el pionero en la denominada gingivectomía. El procedimiento quirúrgico, que procuraba la “eliminación de la bolsa” se combinaba con el recontorneado de la encía enferma para restaurar su forma fisiológica.

La técnica de gingivectomía puede utilizarse para reformar contornos gingivales anormales, como por ejemplo, hiperplasias gingivales; en estos casos, la técnica se denomina gingivoplastia (3).

La gingivectomía tiene su mayor indicación en los casos donde hay hiperplasia gingival o donde hay erupción pasiva alterada. En estos casos, el procedimiento quirúrgico estará limitado a la exposición de la porción subgingival de la corona anatómica.

Inicialmente se debe realizar un sondeo transurcular y la medición indirecta con la ayuda de una sonda periodontal. La incisión inicial se realiza con hoja de bisturí Nº 15, la cual debe ser apical a los puntos sangrantes o aquellos previamente marcados, de igual manera el tejido interproximal debe ser separado por una segunda incisión. El tejido remanente debe removerse con el auxilio de curetas. El electrobisturí podrá ser utilizado para complementar el acabado de la herida con la finalidad de restituir las características anatomo-funcionales de la encía.

### MODIFICACIÓN DEL COLOR MEDIANTE BLANQUEAMIENTO DENTAL

En el mundo moderno dientes blancos, bien contorneados y alineados establecen el patrón de belleza, pero no son solo considerados partes del atractivo; también son indicadores de salud nutricional, autoestima, higiene, nivel económico y sexualidad.

El blanqueamiento dental es uno de los procedimientos más solicitados de la odontología estética, es un procedimiento que elimina manchas o coloraciones de origen extrínseco o intrínseco; a pesar de considerarse un procedimiento conservador presenta efectos adversos que hay que tener en consideración (4).

En múltiples investigaciones se han descrito los efectos de los blanqueadores sobre los tejidos dentales y sobre la adhesión de las resinas compuestas posterior a tratamiento de blanqueamiento dental (5). En un estudio realizado en la Universidad Nacional de Colombia, Baldión concluyó que:

1. La aplicación de Peróxido de Hidrógeno al 35% (Pola Office) sobre la superficie del esmalte, genera una disminución en los valores de dureza superficial estadísticamente significativos.
2. Una aplicación de gel de fluoruro neutro sobre el esmalte previamente blanqueado no fue efectiva para recuperar los valores de dureza superficial iniciales.
3. La aplicación de enjuague de fluoruro de sodio durante dos semanas sobre el esmalte blanqueado recuperó los valores de dureza superficial del tejido.
4. Hay una reducción significativa de la resistencia de unión al corte de una resina compuesta al esmalte dental, luego de la aplicación de peróxido de hidrógeno al 35%, inmediatamente y hasta los 28 días post-blanqueamiento.

Estas recomendaciones son importantes para determinar la mejor manera de realizar un procedimiento clínico estéticamente exitoso, que brinde seguridad biológica, disminuyendo los efectos adversos durante y después del tratamiento sobre los tejidos orales y materiales dentales (5).

### CARILLAS DIRECTAS EN RESINA COMPUESTA

En el sector anterior, además de las distintas restauraciones convencionales que se pueden realizar a través de la tecnología adhesiva, es posible solucionar otros casos clínicos, donde el objetivo final sea conservar la estructura dentaria natural sana y lograr estética (6).

Las carillas en resina compuesta actualmente representan una alternativa conservadora y estética en la odontología restauradora. Estas, se han utilizado para la corrección de la forma y de la posición dental.

En cuanto a las características del uso de resinas compuestas en odontología restauradora, se destaca la adhesión como el factor más importante para el éxito clínico. Se podría decir que la adhesión es un método importante con el cual la odontología cuenta en la actualidad (7).

El uso de carillas en resina compuesta, permite una interface única entre el composite y el esmalte dental, lo cual constituye una ventaja respecto al comportamiento de los materiales odontológicos (7).

Si deben efectuarse reparaciones, son mucho más fáciles y menos sensibles a la técnica que otros materiales estéticos. En su conjunto las actuales resinas compuestas poseen buenas propiedades físicas, destacando su módulo de elasticidad y grado de abrasión similar al diente. Otro factor muy importante es su estabilidad del color.

Las resinas de microrrelleno que han estado disponibles durante muchos años proporcionan superficies lisas pero presentan modificación de la textura superficial a corto tiempo. También existen las resinas compuestas que contienen nanorelleno (partículas menores de 100 nanómetros) y las resinas nanohíbridas que contienen partículas de vidrio y nanorelleno; un ejemplo de resinas microhíbridas es Four Seasons® (Ivoclar Vivadent), de nanorelleno es Filtek Supreme (3M ESPE) y de nanohíbridas es Empress Direct ® (Ivoclar Vivadent) (2).

Los avances en las últimas décadas en las técnicas adhesivas, así como, en las nuevas resinas compuestas, han hecho de esta técnica una alternativa terapéutica conservadora y de alta calidad estética para la creación de una sonrisa agradable, armónica y balanceada.

Según Macchi (8), carilla es un «bloque que se fija a la superficie vestibular de un diente anterior, fundamentalmente para mejorar sus aspectos estéticos». Y se clasifican como se muestra en la tabla nº1.

TABLA 1

CLASIFICACIÓN DE LAS CARILLAS	
Material	Método
Resina compuesta	Técnica directa
Cerámica	Técnica indirecta
Cerómeros	

## CASO CLÍNICO

A continuación se presenta un caso clínico de restauración del sector anterior utilizando reconstrucciones con resina compuesta.

Una paciente de sexo femenino de 24 años de edad acudió al postgrado de Operatoria Dental Estética de la Universidad Nacional de Colombia. Su motivo de consulta fue: *"Al sonreír se me ve más largo un canino con respecto a los otros dientes"*. Como hallazgos presentaba higiene oral deficiente, caries dental oclusal, bruxismo, desgastes incisales y decoloración dental del 22 asociada a tratamiento convencional de conductos sin patología periapical.

Se le realizó un examen clínico extraoral, análisis facial, análisis periodontal, análisis funcional, y análisis dental (Figura 1).

Una vez terminado el examen clínico se elaboró el plan de tratamiento que consistió en:

#### Fase higiénica

- Motivación, educación, demostración, adiestramiento y refuerzo en higiene y salud oral.

#### Ambientación periodontal

- Raspaje y alisado, pulido coronal generalizado.

#### Obturación en material polimérico

- 16, 14, 13, 23, 24, 26, 37, y 47.

#### Fase correctiva inicial

- Gingivoplastia en sextante anterior superior.
- Blanqueamiento dental externo.

#### Fase correctiva final

- Restauración clase IV en resina del 21.
- Carilla directa en 22.
- Reconstrucción de bordes incisales en 13, 12, 11, y 23.
- Placa estabilizadora oclusal.

#### Fase de mantenimiento

- Citas periódicas cada 6 meses.
- Control de higiene oral.
- Controlar adaptación de restauraciones.

### PROCEDIMIENTO CLÍNICO

Se realizó un estudio inicial que consistió en la toma de impresiones de alginato superior e inferior y fotos extraorales e intraorales (Figuras 1-2). Se realizó un análisis de modelos y un encerado diagnóstico.

A la semana se remitió al especialista en periodoncia para la realización de la fase higiénica periodontal. Luego de dos semanas, se realizó la gingivectomía de la encía vestibular del sector anterior superior, según la técnica descrita, para nivelación de puntos zenith y obtener un adecuado contorno estético periodontal (Figura 3).

Pasadas cuatro semanas de cicatrización se procedió a realizar el blanqueamiento dental con Pola-Office (SDI) (Peróxido de hidrogeno 35%) y posterior remineralización de esmalte dental con el uso diario de enjuagues con alto contenido de flúor durante las dos semanas siguientes (Figura 4).

Luego de suspender los enjuagues con alto contenido de flúor se procedió a realizar la restauración clase IV para el diente 21 y reconstrucción del borde incisal del 11, en resina compuesta (Four Seasons®) con su respectivo pulido y brillo (Figura 5).

A la semana siguiente se realizó en el diente 22 la técnica para carillas directas en resina compuesta (Four Seasons®) efectuando una preparación que involucraba el borde incisal; teniendo en cuenta que el sustrato dental para este diente era decolorado se decidió hacer un desgaste vestibular entre 0,6 y 0,9 mm.

El siguiente paso fue retirar las caries vestibulares que presentaba en los dientes 14, 13, 23 y 24 por medio de micro-cavidades y restaurándolas con resina compuesta (Four Seasons®), de esta forma se logró aportar armonía a la composición dental de la paciente.

Además, utilizando esta misma resina compuesta (Four Seasons®) se reconstruyeron los bordes incisales en los dientes 13 y 23, dándoles forma y soporte para la realización de la guía canina.

Finalmente, se realizó un adecuado acabado, pulido y brillo utilizando fresas de grano ultrafino, discos Sof-Lex (3M ESPE), puntas de silicona (Astropol-Ivoclar Vivadent) y uso del cepillo Astrobush (Astropol-Ivoclar Vivadent) para contribuir con el brillo final de las restauraciones estéticas en el sector anterior (Figura 6).



FIGURA 1 · ANÁLISIS EXTRAORAL INICIAL

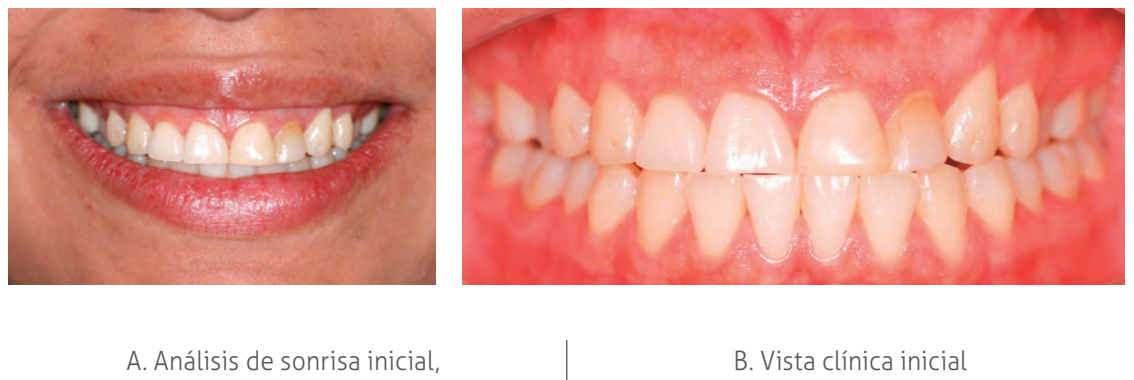


FIGURA 2

Se observa falta de contorno marginal, restauraciones desadaptadas y caries vestibular en caninos y premolares superiores



A. Situación preoperatoria a la gingivoplastia anterior superior

B. Resultado inmediato después de la cirugía

FIGURA 3

Se realizó frenillectomía previa y retoque final con electrobisturí.



FIGURA 4

Resultado final del blanqueamiento dental con Pola-office (Peróxido de Hidrógeno al 35%).



A. Vista frontal

B. Vista frontal de sonrisa

C. Vista lateral

FIGURA 5

-a, b, c. Situación preoperatoria a las restauraciones en resina compuesta de los dientes 21 y 22.





FIGURA 3

a,b. Vista intermedia de incrementos de resina compuesta luego de retirar la restauración desadaptada en el 21 y de retirar la caries del 23 y 24



FIGURA 3

Fotografía final. Resultado inmediato de las restauraciones en resina compuesta en el sector anterior

## DISCUSIÓN

Tras la realización de una historia clínica completa, que involucre, análisis dental y funcional de exámenes complementarios tales como radiografías, fotografías y modelos de estudio, es posible realizar procedimientos más conservadores a los pacientes como una alternativa a los tratamientos más agresivos.

Estos procedimientos pueden incluir, si el paciente lo requiere, tratamiento de ortodoncia, recontorneado gingival de las encías por medio de gingivectomía, blanqueamiento dental y remodelado estético de los dientes utilizando restauraciones directas en resina compuesta.

La clave para lograr una estética dental agradable es comenzar con un examen cuidadoso de la línea de sonrisa, así como del contorno gingival, y del tamaño y forma dental. La evaluación periodontal en los procedimientos estéticos ha sido impulsada en gran medida por una mayor sensibilización de los pacientes y su deseo de lograr sonrisas estéticamente agradables.



Estos procedimientos menos agresivos conservan la anatomía de los dientes naturales, no alteran la oclusión y se pueden repetir muchas veces antes de poner en peligro la longevidad potencial de los dientes naturales.

Hoy, más que nunca, los pacientes están exigiendo una sonrisa joven y bonita, que incluye encía sana con textura y contornos dentales ideales. El tratamiento integral de estética dental debe tener en cuenta los principios estéticos fundamentales. Por tal motivo, estos procedimientos, deben ser realizados por especialistas debidamente capacitados y con experiencia clínica, que brinden tratamientos predecibles en la recuperación de una sonrisa estética y armónica.

## CONCLUSIONES

Previo a un buen enfoque interdisciplinario del diagnóstico y planeación de la estética en el sector anterior, hay que tener en cuenta el aspecto sociocultural del paciente, así como los aspectos de biología, estructura, y función, para alcanzar un resultado óptimo y predecible.

Si un paciente tiene una sonrisa con pequeñas alteraciones dentales, el uso de tratamientos conservadores tales como recontorneado gingival, blanqueamiento dental controlado y restauraciones en resina compuesta, proporcionan un tratamiento con un resultado estético duradero, a un costo moderado.

Cuando estas restauraciones presentan manchas o imperfecciones, pueden ser sustituidas fácilmente y de forma conservadora.

## REFERENCIAS

1. CUELLO SALAS JL, PASQUINI-COMBA M, BAZÁEZ-FRETE M, OLIVA-BAZÁEZ C. Carillas directas con resinas compuestas: una alternativa en Operatoria Dental. RCOE 2003;8(4):415-421.
2. GORDON J. Are veneers conservative treatment? JADA October 4, 2009; 137.
3. LINDHE J. Periodontología clínica e implantología odontológica. Cuarta Edición. Médica Panamericana Buenos Aires, 2005.
4. LUGO JC, HORNA H. Evaluación de la fuerza de adhesión de un sistema adhesivo a la superficie de esmalte blanqueado con peróxido de carbamida al 10% con flúor y sin flúor. Odontol Sanmarquina 2008; 11(1): 3-6.
5. BALDIÓN PA. Influencia del tiempo y fluorización post-blanqueamiento en la dureza superficial y adhesión al esmalte dental. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Odontología. 2009.
6. CUELLO JL, SOLLA CJ, PITTARO E, IGLESIAS C. Estética Conservadora en Operatoria Dental. Rev Asoc Odontol Argent 1998;86:288-91.
7. CATALÁN E, SARRIÉS G, GINER LL, CORTADA M. Alternativa a las carillas de cerámica: las nuevas resinas compuestas. DENTUM 2002; 2(2): 76-79.
8. MACCHI R. Materiales Dentales. Restauraciones Indirectas. Buenos Aires: Panamericana, 2000.