



MEMORIAS

Carteles Rockin' Dentistry 2

5 y 6 de Febrero de 2015

Contenido

Evaluación in vitro de la microfiltración marginal de Nanoionómero de vidrio y Nanocomposite de resina en restauraciones clase V.

Carrillo Támez Mirna Leticia, Mendoza González Francisco, Torres Reyes Patricia.

Implantes cigomáticos: Una alternativa de carga inmediata para el maxilar atrófico.

Rigoberto Perea Ríos, Omar Antonio Berlanga Ibarra.

Percepción estética de restauraciones cerámicas.

Cuéllar Caraza M.A, Euan Salazar R, Quiroga García M.A, Fuentes Rodríguez A.M, Martínez González G.I, Flores Villarreal AM, Elizondo Elizondo J, Cabral Romero C, Tachiquin Zamorano S.A.

Rehabilitación completa de un paciente integralmente comprometido.

Pedro Andrés González Flores, Alejandra Villarreal Beltrán, Arturo Mauricio Flores Villarreal, José Elizondo Elizondo.

Rehabilitación en la zona estética con cerámica monolítica.

Alberto de la Garza Chapa, Aurora Margarita Fuentes Rodriguez, Marcela Alejandra Gloria Garza, Rubén Cárdenas Vermont.

Rehabilitación provisional implantosoportada en un defecto óseo severo en sector estético.

Eguia Bernal O.

Restauraciones estéticas de disilicato de litio en el sector anterior.

Laura Arias López-Gavito, Rubén Armando Cárdenas Vermont, Arturo Mauricio Flores Villarreal.

5 y 6 de Febrero de 2015

Evaluación in vitro de la microfiltración marginal de Nanoionómero de vidrio y Nanocomposite de resina en restauraciones clase V.

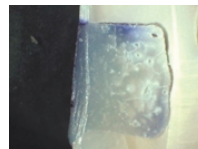
Carrillo Támez Mirna Leticia, Mendoza González Francisco, Torres Reyes Patricia.

Objetivo: Evaluar la microfiltración marginal del Nanoionómero de vidrio y del Nanocomposite de resina fotopolimerizable en cavidades clase V.

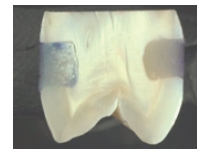
Materiales y Métodos: Se seleccionaron 30 premolares humanos, se realizó el sellado de los ápices con resina fluida; posteriormente se prepararon las cavidades clase V con las siguientes dimensiones: 2mm de profundidad, 3mm de ancho por 2mm de largo, después se colocaron los materiales restauradores siguiendo las indicaciones del fabricante; se les aplicaron 2 capas de barniz de uñas a lo largo de la raíz de cada espécimen, para evitar filtraciones, después fueron sumergidos en Violeta de Genciana al 0.5%, fueron lavados con abundante agua corriente, se secaron y posteriormente fueron seccionados longitudinalmente. Se examinó cada muestra con el microscopio estereográfico tomando una muestra general a 12X e individual a 30X. Posteriormente fueron medidos para poder establecer con exactitud el grado de penetración de la tinta en milímetros con el Software analizador de imágenes "Image-Pro Plus", el cual fue proporcionado por el centro de investigación CINVESTAV, del Estado de Coahuila.

Resultados: Los datos obtenidos con la prueba t student muestran una diferencia ampliamente significativa y en el microscopio estereográfico muestran con claridad que el Nanocomposite de Resina tiene menor filtración que el Nanoionómero de vidrio. La presencia del bisel cavosuperficial (objetivo específico) en la cara oclusal de la cavidad, reduce notablemente la microfiltración marginal en ambos materiales.

Conclusiones: La unión química entre el esmalte y el material de restauración fue mejor para el Nanocomposite de resina, ya que se encontró que el Nanoionómero de vidrio mostró una microfiltración mayor en comparación con el Nanocomposite, así como también se observó una mayor porosidad del material.



Nanoionómero de vidrio



Ambos materiales



Nanocomposite de resina



5 y 6 de Febrero de 2015

Implantes cigomáticos: Una alternativa de carga inmediata para el maxilar atrófico.

Rigoberto Perea Ríos, Omar Antonio Berlanga Ibarra.

Posgrado de Prosthodontia, Universidad Intercontinental. México, D.F.

Introducción: Actualmente tenemos pacientes desdentados que demandan mayor estabilidad en sus prótesis, sin embargo no todos son candidatos para un tratamiento con implantes convencionales debido a su disponibilidad ósea.

Una alternativa de tratamiento son los implantes cigomáticos, este tipo de implantes se anclan en el hueso malar que es denso y tiene una cantidad y volumen adecuado, por su longitud, podemos anclarnos en una o más corticales del malar y gracias a esto es posible una estabilidad inmediata y mejor contacto óseo, lo que facilita el utilizar una carga inmediata, el protocolo a seguir es el sugerido por Branemark, colocando dos implantes cigomáticos en la parte posterior del maxilar y cuatro implantes convencionales en la parte anterior, logrando una excelente estabilidad y retención. Anteriormente se utilizaban en pacientes que habían sufrido trauma severo o resecciones extensas por neoplasias, actualmente podemos utilizarlas en pacientes con atrofia maxilar severa.

Indicaciones: Pacientes que presentan atrofia severa del maxilar.

Motivo de la consulta: Rehabilitación bucal con tratamiento fijo, estético y en corto tiempo.

Secuencia clínica y radiográfica del tratamiento: Paciente que acude a consulta en la Universidad Intercontinental en enero del 2014, se realizan estudios clínicos, radiográficos, historia médica y dental para realizar un diagnóstico, así como la planeación del caso con modelos, encerado y posteriormente la colocación virtual de los implantes con el programa Nobel Clinician, se ingresa al hospital 24 horas antes de la cirugía, realizándose la carga inmediata con prótesis transicional fija, y se da de alta al paciente a las 24 horas del postoperatorio.

Importancia clínica del tratamiento: Es una alternativa para la rehabilitación oral completa en el maxilar atrófico en un corto plazo, realizándose una carga inmediata con una prótesis transicional en un solo tiempo quirúrgico.



5 y 6 de Febrero de 2015

Percepción estética de restauraciones cerámicas.

Cuéllar Caraza M.A¹; Euan Salazar R²; Quiroga García M.A³; Fuentes Rodríguez A.M⁴; Martínez González G.I⁵; Flores Villarreal AM⁶; Elizondo Elizondo J⁷; Cabral Romero C⁸; Tachiquin Zamorano S.A.⁹

1,2,4,6,7,9 Posgrado en Odontología Restauradora, 3 Departamento de Odontología Preventiva, 8 Departamento de Microbiología.
Facultad de Odontología, UANL.

Introducción: la estética dental y dentofacial es una de las principales necesidades de los pacientes que buscan cualquier tipo de atención dental. Estas necesidades han impulsado en gran medida el avance tecnológico tan vertiginoso que ha vivido la odontología en los últimos 30 años. Al hablar de tratamientos restauradores estéticos, nos referimos principalmente de restauraciones totalmente cerámicas, en las cuales ha habido un desarrollo importante de técnicas y materiales pero sobre todo en la evidencia científica que soporta las aplicaciones clínicas de los mismos.

Objetivo: Evaluar el grado de percepción y diferenciación estética ante la colocación de 3 sistemas de restauración totalmente cerámicos sobre dos incisivos centrales superiores entre pacientes y odontólogos restauradores.

Metodología: El tipo de estudio es comparativo, abierto, experimental, transversal. Se realizaron 100 encuestas de las cuales 21 fueron dirigidas a odontólogos restauradores y 79 para pacientes que acudieron a tratamiento. Se seleccionaron pacientes que requirieran dos restauraciones tipo corona total en los dos incisivos centrales superiores. Se realizaron los procedimientos de preparación de las piezas y todas las técnicas restaurativas necesarias para la fabricación de 6 núcleos en 3 sistemas totalmente cerámicos. Una vez realizadas las restauraciones se procedió a la toma de fotografías extraorales utilizando cada sistema en boca para cada sesión.

Resultados: De los restauradores evaluados el 53.44% se inclinó por la preferencia de la sonrisa de la fotografía a, el 24.87% por la fotografía c y el 21.69% por la sonrisa de la fotografía b como la más estética, mientras que en las encuestas aplicadas a pacientes el 37.83% estuvo orientado hacia la fotografía a, el 31.50% a la b y el 30.66% hacia la sonrisa de la imagen c. En general se observaron diferencias significativas entre la percepción de la estética entre restauradores y pacientes (A: $p=0.10$, B: $p=0.09$ y C: $p=0.25$).

Conclusión: Existe diferencia estadísticamente significativa entre las proporciones de las fotografías aplicadas a los doctores y pacientes, la percepción estética de cada grupo difiere significativamente.

5 y 6 de Febrero de 2015

Palabras Clave: Percepción, Estética, Restauraciones, Cerámica.



Bibliografía:

1. Etman MK, Woolford MJ. Three-year clinical evaluation of two ceramic crown systems: a preliminary study. *J Prosthet Dent.* 2010 Feb;103(2):80-90.
2. Chen YM, Smales RJ, Yip KH, Sung WJ. Translucency and biaxial flexural strength of four ceramic core materials. *Dent Mater.* 2008 Nov;24(11):1506-11.
3. McLean JW. Evolution of dental ceramics in the twentieth century. *J Prosthet Dent.* 2001 Jan;85(1):61-6.
4. Spear F, Holloway J. Which all-ceramic system is optimal for anterior esthetics? *J Am Dent Assoc.* 2008 Sep;139 Suppl:19S-24S.
5. Donovan TE. Factors essential for successful all-ceramic restorations. *J Am Dent Assoc.* 2008 Sep;139 Suppl:14S-18S.
6. Denry I, Kelly JR. State of the art of zirconia for dental applications. *Dent Mater.* 2008 Mar;24(3):299-307. Epub 2007 Jul 19.
7. Baldissara P, Llukacej A, Ciocca L, Valandro FL, Scotti R. Translucency of zirconia copings made with different CAD/CAM systems. *J Prosthet Dent.* 2010 Jul;104(1):6-12.
8. Hasegawa A, Ikeda I, Kawaguchi S. Color and translucency of in vivo natural central incisors. *J Prosthet Dent.* 2000 Apr;83(4):418-23.



5 y 6 de Febrero de 2015

Rehabilitación en la zona estética con cerámica monolítica.

Alberto de la Garza Chapa¹; Aurora Margarita Fuentes Rodríguez²; Marcela Alejandra Gloria Garza³; Rubén Cárdenas Vermont⁴.

Facultad de Odontología,
Universidad Autónoma de Nuevo León.

Resumen:

Presentación del caso clínico: Paciente femenino de 45 de edad, acude al posgrado de rehabilitación oral de la Facultad de Odontología referido del Departamento de Endodoncia donde le realizaron un tratamiento de conducto en la pieza 1.1 al preguntarle el motivo de su consulta ella nos contesta “quiero cambiar mis coronas al color de mis dientes” Para el diagnóstico se llevó a cabo una evaluación dental con fotografías intraorales, radiografías y modelos de estudio montados en articulador. Se realizó un encerado de diagnóstico para evaluar las mejoras estética en cuanto a forma y textura y la mejoras funcionales dándole una correcta guía anterior. Se diseñó el plan de tratamiento basándonos en el encerado de diagnóstico, y por ser un área donde se ve muy comprometida la estética optamos por hacer restauraciones total cerámica de disilicato de litio, monolíticas en los dos incisivos centrales se retiraron las coronas metálicas 3/4 que traía y se colocaron coronas monolíticas totales de disilicato de litio, en los incisivos laterales se colocaron carillas del mismo material.

Resultados: Se logró devolverle al paciente un buena estética y funcionalidad en su sector anterior quedando muy conforme con sus rehabilitaciones.

Conclusiones: La utilización de restauraciones monolíticas de disilicato de litio es una excelente opción para tratar rehabilitaciones en las zonas anteriores donde se exige una alta estética.

Palabras clave: Estética, disilicato de litio, coronas cerámicas, carillas cerámicas, monolítica.



5 y 6 de Febrero de 2015



Referencias

1. Ali Z1, Ashley M, West C. Factors to consider when treatment planning for patients seeking comprehensive aesthetic dental treatment. Dent Update. 2013 Sep;40(7):526-8, 531-3./
2. Reich S, Schierz O. Chair-side generated posterior lithium disilicate crowns after 4 years. Clin Oral Investig 2013;17:1765-72/3. Pieger S1, Salman A2, Bidra AS.
3. Clinical outcomes of lithium disilicate single crowns and partial fixed dental prostheses: A systematic review. J Prosthet Dent. 2014 Mar 24. pii: S0022-3913(14)00074-2. doi: 10.1016/j.prosdent.2014.01.005./
4. Gary M. Radz Minimum Thickness Anterior Porcelain Restorations Review Article Dental Clinics of North America, Volume 55, Issue 2, April 2011, Pages 353-370/
5. Sorensen JA, Cruz M, Mito WT, Raffeiner O, Meredith HR, Foser HP. A clinical investigation on three-unit fixed partial dentures fabricated with a lithium disilicate glass-ceramic. Pract Periodontics Aesthet Dent 1999;11:95-106/

5 y 6 de Febrero de 2015

6. Christel P, Meunier A, Heller M, Torre JP, Peille CN. Mechanical properties and short term in-vivo evaluation of yttrium-oxide-partially-stablized zirconia. J Biomed Master Res 1989;23:45-61./
7. Silva NR, Thompson VP, Valverde GB, et al. Comparative reliability analyses of zirconium oxide and lithium disilicate restorations in vitro and in vivo. J Am Dent Assoc 2011 ; 142 (suppl 2) :4s -9s/
8. Giordano RA 2nd, Pelletier L, Campbell S, Pober R. Flexural strength of an infused ceramic, glass ceramic, and feldspathic porcelain. J Prosthet Dent 1995;73:411-418./
9. Magne P, Magne M, Belser U. The esthetic width in fixed prosthodontics. J Prosthodontics 1999;8:106-118/
10. Conrad HJ, Seong WJ, Pesun IJ. Current ceramic materials and systems with clinical recommendations: A systematic review. J Prosthet Dent 2007; 98:389-404/
11. Della Bona A, Kelly JR. The clinical success of all-ceramic restorations. J Am Dent Assoc. 200; 139(suppl):8S-13S./
12. Edelhoff D, Brix O. All-ceramic restorations in different indications: A case series. JAM Dent Assoc 2011 ; 142 (suppl 2) : 14S-19S/
13. Edelhoff D, Guth JF, Lungwirth F, et al. Light transmission through lithium-disilicate ceramics with different levels of translucency [abstract 3660]. J Dent Res 2010 ; special issue B:89 /
14. Fabbri G, Zarone F, Dellificorelli G, Cannistraro G, De Lorenzi M, Mosca A, Sorrentino R. Clinical evaluation of 860 anterior and posterior lithium disilicate restorations: retrospective study with a mean follow-up of 3 years and a maximum observational period of 6 years. Int J Periodontics Restorative Dent. 2014 Mar-

5 y 6 de Febrero de 2015

Apr;34(2):165-77. doi: 10.11607/prd.1769/.

15. Zhang Y1, Lee JJ, Srikanth R, Lawn BR. Edge chipping and flexural resistance of monolithic ceramics. Dent Mater. 2013 Dec;29(12):1201-8. doi: 10.1016/j.dental.2013.09.004. Epub 2013 Oct 17.



5 y 6 de Febrero de 2015

Rehabilitación completa de un paciente integralmente comprometido.

Pedro Andrés González Flores, Alejandra Villarreal Beltrán, Arturo Mauricio Flores Villarreal, José Elizondo Elizondo.

Maestría en Odontología Restauradora.
Facultad de Odontología,
Universidad Autónoma de Nuevo León.

Introducción: En ocasiones la falta de prevención y tratamiento oportuno desencadenan situaciones que afectan la salud bucal del paciente en forma integral, es entonces cuando vemos pacientes con atrición excesiva, pérdida de soporte posterior, erupción pasiva, además de trastornos temporomandibulares ocasionados por la falta de armonía oclusal.

Presentación de caso clínico: Paciente masculino de 55 años de edad con motivo de consulta "Tengo los dientes desgastados y se me dificulta comer."

Diagnóstico: Desgaste severo, erupción pasiva y pérdida de órganos dentarios, lesiones periapicales en las piezas 3.3 y 4.3. Tratamiento de conductos en anterosuperiores. Sin hábitos y clasificado como ASA tipo I. Se realizó montaje en articulador semiajustable (+2 mm a nivel del vástago). Se citó al paciente para elaborar un prototipo de sonrisa basado en el encerado diagnóstico, utilizando matriz de silicona transparente y bisacrilico Protemp. Se evaluó estética, plano oclusal, fonética, posición del borde incisal.

Tratamiento: Se realizó tratamiento de conductos de los órganos dentarios 3.3 y 4.3 con lesión periapical y 1.6 para armonizar su posición en el plano oclusal. Se refirió a cirugía para la extracción de los órganos dentarios 1.4, 1.7, 1.8, 2.7. En la misma cita se colocaron implantes en 3.6 y 4.6 Zimmer bone level. Se utilizó una guía quirúrgica de acrílico, semirrestrictiva. Cumplido el tiempo de oseointegración y cicatrización, se prepararon las piezas e inició el período de provisionales y de adaptación a dicha dimensión que fue de 1.5 meses. El manejo se realizó por cuadrantes. Se tomó impresión y se cementaron las restauraciones. Se cementaron anterosuperiores. Las restauraciones que se colocaron al final, fueron las implantosoportadas, clasificadas como carga convencional. En la pieza 2.6 no se restauró. Se reconstruyeron bordes incisales de anteroinferiores con resina.

Resultados: Al devolver la dimensión vertical se obtuvo espacio para colocar restauraciones y mejorar la función masticatoria y la estética.

Conclusiones: Al realizar un buen diagnóstico, una planeación integral y al tener buen

5 y 6 de Febrero de 2015

manejo de los materiales y técnicas, se culminó el tratamiento con restauraciones conservadoras, recuperándose con ello la capacidad de masticación y la estética.

Palabras clave: Rehabilitación completa, desgaste excesivo, erupción pasiva.



5 y 6 de Febrero de 2015

Rehabilitación provisional implantosoportada en un defecto óseo severo en sector estético.

Eguia Bernal O.

Posgrado de Prostandocia e Implantología Oral. Universidad de la Salle, Bajío.

Introducción: El número de pacientes que demandan una prótesis fija sobre implantes ha aumentado en los últimos años así como los odontólogos ofrecen en sus planes de tratamiento la rehabilitación sobre implantes, como un medio de fijación con un éxito predecible a largo plazo. Es importante devolver estética y función en pacientes jóvenes pero también el tiempo de éxito que tendrá nuestro tratamiento. El presente caso es un paciente masculino de 25 años de edad quien sufrió un severo trauma en cabeza y cuello después de un accidente automovilístico hace 6 años, fue referido a posgrado para continuar su rehabilitación un mes después de un injerto de tibia para reconstruir un defecto óseo en sector anterior.¹

Presentación de caso clínico: Después de realizar un estudio diagnóstico completo incluyendo una tomografía, se comienza el análisis y planeación.² Proyectamos una posición ideal de los dientes anteriores mediante un set up; sin embargo se cambia el plan de tratamiento y se realiza un encerado, se duplica en acrílico transparente, se realiza un cut back y se añade una capa externa de un material radiopaco para definir la extensión del defecto respecto al encerado y planeación quirúrgica en el software con la tomografía 6 meses después del injerto óseo.^{3,4}

Colocación de implante Nobel Replace 4.3 x 13mm y Nobel Replace 3.5 x 10 mm con un torque mayor a 35 N.^{5,6} 3 meses después se realizó un injerto gingival libre con profundización de vestíbulo.

Después de la toma de impresión. Se procedió al escaneo del encerado diagnóstico inicial dando la pauta para la fabricación de la prótesis provisional realizada por CAD CAM hecha de resina (PMMA) fresable.

Se estratificó cerómero de varios tonos de rosa intrabucalmente buscando mimetizar con tejidos blandos, así como la caracterización con tintes de resina en los dientes.^{7,8,9}

Conclusión: La regeneración de tejidos blandos presenta un desafío; una prótesis híbrida nos lleva a imitar los tejidos blandos. Es importante conocer las expectativas del paciente desde la primer cita, en este caso en particular se planteó un tratamiento integral que incluye ortodoncia correctiva, sin embargo el paciente decidió por un tra-

5 y 6 de Febrero de 2015

tamiento que cumpliera sus necesidades estéticas, así se acordó colocar los implantes y realizando una prótesis provisional de larga duración de un material que cumpliera con estética y función, contemplando ortodoncia en un futuro a mediano plazo.

Referencia bibliográfica:

- 1 Fradeani M. Evaluation of dentolabial parameters as part of a comprehensive esthetic analysis. *Eur J Esthet Dent.* 2006 Apr;1(1):62-9.
- 2 Scheinder R. Burton R. Coordinated reconstruction with bilateral condylar replacement and dental implant rehabilitation: a clinical report. *J Prosthet Dent.* 2014 Feb;111(2):101-6.
- 3 Araújo TM, Fonseca LM, Caldas LD, Costa-Pinto RA. Preparation and evaluation of orthodontic setup *Dental Press J Orthod.* 2012 May-June;17(3):146-65
- 4 Kan JY, Roe P, Rungcharassaeng K, Patel RD, Waki T, Lozada JL, Zimmerman G. Classification of sagittal root position in relation to the anterior maxillary osseous housing for immediate implant placement: a cone beam computed tomography study. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2011 Jul-Aug;26(4):873-6.
- 5 Rungcharassaeng K, Kan JY, Yoshino S, Morimoto T, Zimmerman G. Immediate implant placement and provisionalization with and without a connective tissue graft: an analysis of facial gingival tissue thickness. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2012 Dec;32(6):657-63.
- 6 Dahlin C, Sennerby L, Lekholm U, Linde A, Nyman S. Generation of new bone around titanium implants using a membrane technique: an experimental study in rabbits. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 1989 Spring;4(1):19-25.
- 7 Coachman C, Salama M, Garber D, Calamita M, Salama H, Cabral G. Prosthetic gingival reconstruction in a fixed partial restoration. Part 1: introduction to artificial gingiva as an alternative therapy. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2009 Oct;29(5):471-7.
- 8 Coachman C, Salama M, Garber D, Calamita M, Salama H, Cabral G. Prosthetic gingival reconstruction in a fixed partial restoration. Part 2: diagnosis and treatment planning. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2009 Dec;29(6):573-81.

5 y 6 de Febrero de 2015

- 9 Coachman C, Salama M, Garber D, Calamita M, Salama H, Cabral G. Prosthetic gingival reconstruction in a fixed partial restoration. Part 3: laboratory procedures and maintenance. Int J Periodontics Restorative Dent. 2010 Feb;30(1):19-29.



5 y 6 de Febrero de 2015

Restauraciones estéticas de disilicato de litio en el sector anterior.

Laura Arias López-Gavito, Rubén Armando Cárdenas Vermont, Arturo Mauricio Flores Villarreal.

Resumen: El disilicato de litio monolítico es un material de restauración que emplea técnicas de adhesión, permitiendo realizar restauraciones estéticas con una tasa elevada de supervivencia a 5 y 10 años. Por los requerimientos de este caso particular, se emplearon carillas de dilisicato de litio monolítico maquillado en el sector anterior para resolver las discrepancias morfológicas que presentaba.

Summary: Monolithic lithium disilicate is a restorative material that uses adhesive materials that allow esthetic restorations with a high survival rate in a 5-10 years range. Due to the requirements of this particular case, monolithic lithium disilicate veneers where employed in the esthetic zone to solve the morphologic disharmonies presented.

Introducción: Las carillas de materiales estéticos han sido la solución para resolver, de manera conservadora, discrepancias morfológicas en el sector estético. Asimismo están indicadas para solucionar el aspecto de anomalías del desarrollo dentario tales como amelogenesis imperfecta¹, o por erosión por reflujo gastroesofágico². A pesar de que estas circunstancias no representan una amenaza para la vida del paciente, el mal aspecto o el deterioro de las estructuras dentales puede ser socialmente incapacitante. Elegir técnicas conservadoras para lograr preservación de tejido en mayor medida posible es la forma ideal de posponer tratamientos más radicales, especialmente en pacientes jóvenes³. Por sus resultados predecibles y su preservación de tejido en la preparación, lo más indicado en restauraciones estéticas en el sector anterior son las carillas de cerámica⁴. El desarrollo de técnicas adhesivas ha permitido cumplir con las metas de preparaciones conservadoras, para devolver estética y función⁵. El uso del disilicato de litio como material de primera elección para restauraciones estéticas se debe a la gran tasa de supervivencia reportada en la literatura, de hasta un 95.49% a un periodo de 6 años⁶.

Presentación del caso: Paciente femenina de 62 años de edad se presenta a la consulta en el Posgrado de Odontología Restauradora, con motivo de no sentirse satisfecha con la forma de sus dientes y el aspecto de su sonrisa. Se habló de las expectativas de la paciente y las posibilidades clínicas para mejorar el aspecto de su sonrisa, y se optó por sugerir carillas de disilicato de litio monolíticas maquilladas, para colocarse en la zona estética (en los órganos dentarios 1.3, 1.2., 1.1, 2.1, 2.2, y 2.3).

5 y 6 de Febrero de 2015

Diagnóstico: Se tomaron impresiones para elaborar modelos de estudio y determinar cuáles eran los puntos a corregir en la sonrisa de la paciente y se analizaron de acuerdo a los criterios estéticos establecidos. Se decidió que había que aumentar el display, corregir borde incisal, mejorar la coloración, y finalmente modificar la forma de los dientes.

Tratamiento: Se realizó un prototipo de sonrisa en bisacrílico (ProTemp 3M) para tener una proyección del aspecto que iba a tener el resultado final. Se realizaron las preparaciones, bajo anestesia local, utilizando fresas calibradas marcadoras de 0.5mm, después se emplearon fresas de grano fino, se rectificó con fresas de grano ultrafino. El tipo de preparación fue Chámfer ligero, y se tomó una impresión con técnica de doble hilo (000 y 00 Ultrapack). Para el hilo 000 se utilizó como hemostático Viscostat.

Se pulieron las preparaciones con gomas pulidoras (NTI) y el material de impresión utilizado fue HydroRise Zhermack. La provisionalización empleó bisacrílico (ProTemp 3M) colocando únicamente un punto de ácido grabador (Ultraetche Ultradent) que se dejó 20 segundos, y se enjuagó otros 20 segundos, se secó y se colocaron los provisionales. Se hizo una guía de silicona dureza 85 (Zetalabor) para elaborar los provisionales, y se llevó directamente a la boca con el material provisional.

Para determinar dónde se iba a ubicar de la línea de terminación se sondeó a hueso y se encontraron 5mm de sondeo óseo en ambos centrales superiores, y con el mockup se corroboró que se requería elevar el margen gingival 2mm. Una vez colocado el mock up (prototipo de sonrisa) con un electro cauterio se realizó una gingivoplastia. (que al tener 5mm de sondeo óseo sólo fue necesario retirar 2mm de tejido gingival, y dejamos los 3mm de espesor biológico).

La paciente presentaba dientes de forma triangular, por lo cual los desgastes por vestibular fueron mínimamente invasivos, sin embargo, fue más agresivo el tallado en las caras axiales en vías de proporcionar una forma más redondeada y un aspecto más femenino al resultado de las restauraciones. Aun así, las preparaciones fueron sumamente conservadoras.

5 y 6 de Febrero de 2015

Laboratorio: Se elaboraron dados Geller modificados de acuerdo a la modificación de McLaren (buscar). Se corrieron los modelos en yeso tipo 4. Se hizo el patrón de cera, y se prepararon para prensado con pastillas EMAX HTA3.

Una vez prensadas las carillas, se recortaron y se pulieron, y se ajustaron en el modelo, para posteriormente realizar una prueba en boca. Se corroboró en boca el ajuste y el tamaño. Después se llevó a cabo el maquillaje, para caracterizar las restauraciones.

Cementado final: Se llevó a cabo de manera individual, de mesial a distal, se hizo bajo aislamiento relativo. Se grabaron en su totalidad, y se utilizó adhesivo de 5ta generación (Optibond Kerr). El cemento empleado fue Variolink II Ivoclar transparente. Los dientes adyacentes a la pieza que se fuera a cementar se protegieron con teflón. Se colocaron las carillas previamente tratadas con ácido fluorhídrico al 2% aplicado por 20 segundos. Se lava muy bien, y se aplica ácido ortofosfórico para eliminar los residuos del ácido fluorhídrico, y desinfectar la carilla. Después se silaniza la carilla, se aplica el adhesivo y se carga el cemento. Colocamos la carilla, fotocuramos 2 segundos, removemos los excesos del cemento y se continúa con el protocolo de fotocurado de 30 segundos. Una vez que estuvieron cementadas todas las carillas se remueven los hilos y cualquier remanente de cemento, con un explorador y con una hoja de bisturí #12.

Discusión: El disilicato de litio es una cerámica vitrificada, que permite el paso de la luz y por ende representa una excelente opción para crear una sonrisa natural⁷. Es un recurso que nos permite ofrecer mejoría en la morfología dental, proporción dentofacial, y dimensión vertical, que representan la clave de un resultado exitoso en un tratamiento estético⁸. La literatura reporta una tasa de supervivencia de este tipo de restauraciones equivalente a las restauraciones de metal porcelana⁹, sin embargo, requiere de una menor preparación, por lo cual es más indicada para restauraciones conservadoras. Sí es una realidad que cuando hay pérdida importante de tejido, la opción ideal es la corona de metal porcelana¹⁰, sin embargo, cuando tenemos tejido disponible, buscamos una preparación estética, conservadora, y tasa de supervivencia alta, el disilicato de litio es el material de restauración más indicado.

5 y 6 de Febrero de 2015

Fotografías del caso:

Antes



Después



Bibliografía:

1. Kamble VD, Parkhedkar RD. Multidisciplinary approach for restoring function and esthetics in a patient with amelogenesis imperfecta: a clinical report. J Clin Diagn Res. 2013 Dec;7(12):3083-5.
2. Okida RC, Dos Santos DM, Vechiato Filho AJ, Andreotti AM, de Medeiros RA, Goiato MC. Prosthetic Rehabilitation of a patient with gastroesophageal reflux disease: 4-year follow up. Case Rep Dent. 2014;2014:270365.
3. Farronato D1, Mangano F, Pieroni S, Lo Giudice G, Briguglio R, Briguglio F. Ann Stomatol (Roma). Esthetic integration between ceramic veneers and composite restorations: a case report. 2012 Jul;3(3-4):132-7. Epub 2012 Jan 14.
4. Soares PV, Spini PH, Carvalho VF, Souza PG, Gonzaga RC, Tolentino AB, Machado AC. Esthetic rehabilitation with laminated ceramic veneers reinforced with lithium disilicate. Quintessence Int. 2014 Feb;45(2):129-33.
5. McIntyre F. Restoring esthetics and anterior guidance in worn anterior teeth. A conservative multidisciplinary approach. J Am Dent Assoc. 2000 Sep;131(9):1279-83.

5 y 6 de Febrero de 2015

6. Fabbri G, Zarone F, Dellificorelli G, Cannistraro G, De Lorenzi M, Mosca A, Sorrentino R. Clinical evaluation of 860 anterior and posterior lithium disilicate restorations: retrospective study with a mean follow-up of 3 years and a maximum observational period of 6 years. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2014 Mar-Apr;34(2):165-77.
7. Censi R, Vavassori V, Borgonovo AE, Re D. Esthetic rehabilitation of a severely compromised anterior area: combined periodontal and restorative approach. *Case Rep Dent.* 2014;2014:658790.
8. Bassett JL. Esthetics built to last: treatment of functional anomalies may need to precede esthetic corrections. *Compend Contin Educ Dent.* 2014 Feb;35(2):118-2.
9. Kern M, Sasse M, Wolfart S. Ten year outcome of three-unit fixed prostheses made from monolithic lithium disilicate ceramic. *J Am Dent Assoc.* 2012 Mar;143(3):234-40.
10. Gupta A, Musani S, Dugal R, Jain N, Railkar B, Mootha A. A Comparison of Fracture Resistance of Endodontically Treated Teeth Restored with Bonded Partial Restorations and Full Coverage Porcelain-Fused-to-Metal Crowns. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2014 May-Jun;34(3):405-11.



5 y 6 de Febrero de 2015

Autor de correspondencia: Dr. Javier Cruz Pasquel.
jcrpasquel@hotmail.com

Fecha recibido: 13 de Mayo de 2015.
Fecha aceptado para publicación: 29 de Mayo de 2015.

El contenido del presente suplemento "Memorias de Carteles de Rockin' Dentistry 2 del Colegio Mexicano de Prostandoncia de Nuevo León, A.C." es responsabilidad de los organizadores de dicho concurso, la Revista Mexicana de Estomatología es ajena al contenido científico, metodológico y de autoría de cada uno de los resúmenes que se presentan. El Suplemento se publica como apoyo a los profesionistas, estudiantes, maestros e instituciones educativas y/o de servicio en la difusión de sus trabajos.

