



REFLECT

3/12

Directas e indirectas, combinadas con éxito

Restauraciones estéticas con IPS Empress Direct

Integración armónica

Restauraciones de cerámica sin metal con IPS e.max Press Abutment Solutions

Analizado, prensado y estratificado

Excelente estética con una combinación de materiales bien pensada



Estimada lectora, estimado lector:

Ivoclar Vivadent tienen la meta de ofrecer soluciones dentales innovadoras para la medicina odontológica de alta calidad. En este sentido, la formación y el perfeccionamiento profesional desempeñan un papel fundamental, debido a que sólo así es posible asegurar la correcta aplicación de los productos y una atención óptima a los pacientes. Nos sentimos orgullosos de poder ofrecer posibilidades de formación e información vía Internet, en vivo a través de nuestra red de ICDE (International Centers for Dental Education), así como en forma impresa a través de revistas especializadas. Reflect también figura entre ellas. Esta excelente revista le brinda la oportunidad de aprender de los mejores y de apreciar casos excepcionales.

Nuestra fuerza innovadora se hace patente tanto en nuestros productos como también en los programas de formación y los cursos que ofrecemos. La pasión de nuestros colaboradores en el trato con nuestros clientes se hace sentir en todos los ámbitos. Perseguimos nuestra visión y nuestros objetivos de una manera continua y nos esforzamos por incrementar de forma constante nuestro compromiso para beneficio de los clientes mediante la ampliación de las posibilidades de formación y perfeccionamiento profesional en el ámbito global. Nuestras instalaciones de formación y los medios tales como Reflect deben servir para dar vida a nuestros productos y técnicas. Nuevos ICDEs están siendo abiertos o ampliados en países como Australia, China, Rusia, Turquía, Gran Bretaña, Brasil, México, Canadá y los Estados Unidos. Como gerente general de la sucursal canadiense, que tiene su sede cerca de Toronto, recientemente tuve la oportunidad de inaugurar solemnemente nuestro nuevo edificio dotado con el primer ICDE canadiense; el edificio ofrece una impresionante sala de conferencias, modernos laboratorios para cursos prácticos, así como un consultorio clínico.

Les deseo una agradable lectura de los artículos y casos clínicos en la presente edición de Reflect. Los autores son exclusivamente profesionales dentales de renombre, que se ocupan de temas relacionados con innovaciones como Tetric EvoCeram Bulk Fill e Ivobase; y tampoco quedan desatendidas las novedades en IPS e.max, incluyendo IPS e.max Press Abutment Solutions. Beneficiéase de nuestras posibilidades de formación e información – bien sea a través de medios como Reflect o a través de nuestra red mundial de ICDE – ¡para su ventaja y conveniencia!

Cordialmente,

Sarah Anders
Gerente general, Ivoclar Vivadent, Canadá
Vicepresidenta, Ivoclar Vivadent, Inc.



Página 7



Página 10



Página 22

ODONTOLOGÍA

Directas e indirectas, combinadas con éxito

Restauraciones estéticas con IPS Empress Direct

Dr. Arun Rajpara 04

TEAMWORK

Versión para iPad disponible



Integración armónica

Restauraciones de cerámica sin metal con IPS e.max Press Abutment Solutions

Dr. Fernando Manfroi y Yunus Sert. 08

TÉCNICA DENTAL

Un diseño de puente convincente

Puente de implante atornillable: una restauración fija con gingiva protésica

Cesare Ferri 12

Una solución de ajuste preciso

Tratamientos protésicos con estructuras horizontalmente intercaladas

Justo Rubio 16

Analizado, prensado y estratificado

Excelente estética con una combinación de materiales bien pensada

Gérald Ubassy 20



Aproveche las múltiples posibilidades de las revistas digitales para tablets y disfrute del artículo "Integración armónica – Restauraciones de cerámica sin metal con IPS e.max Press Abutment Solutions" del Dr. Fernando Manfroi y Yunus Sert (p. 8 y siguientes) como versión para iPad. Disfrute de presentaciones fotográficas interactivas con imágenes adicionales, infórmese de los productos utilizados y conozca más detalles sobre los autores.

IMPRESION

Editor

Ivoclar Vivadent AG
Bendererstr. 2
9494 Schaan/Liechtenstein
Tel. +423 / 2353535
Fax +423 / 2353360

Jefe del servicio

Lorenzo Rigliaco
Tel. +423 / 2353698

Redacción

Dr. R. May, N. van Oers,
L. Rigliaco, T. Schaffner

Publicación

3 veces al año

Servicio de atención al lector

info@ivoclarvivadent.com

Tirada total

69.000
(Idiomas de edición: alemán, inglés,
francés, italiano, español, ruso)

Producción

teamwork media GmbH,
Fuchstal/Alemania

Directas e indirectas, combinadas con éxito

Restauraciones estéticas con IPS Empress Direct
Dr. Arun Rajpara, Valsad/India

Lo esencial en la odontología estética no es sólo el restablecimiento de una "hermosa sonrisa", sino también la longevidad de la restauración.

La técnica adhesiva moderna alienta cada vez más clínicos a sustituir la sustancia dental dura ausente mediante un composite. Gracias a la investigación y el desarrollo, el clínico dispone para ello de diferentes materiales, técnicas y procedimientos. Basados en nuestra comprensión de los colores dentales, siempre nos esforzamos por obtener una reconstrucción fiel al modelo natural. Para ello necesitamos materiales cuyo índice de refracción de la luz sea similar al de los dientes naturales – de hecho, lo que más nos gustaría sería sustituir dentina con dentina y esmalte con esmalte [4,5]. En el presente artículo se describe cómo es posible fabricar restauraciones altamente estéticas en la zona de los dientes anteriores y posteriores con diferentes materiales.



Fig. 1 La situación inicial desde frontal: Lesiones de caries, caries labial y aproximal, así como esmalte hipoplástico.



Fig. 2 Situación inicial: La zona de los dientes posteriores también requería diversos tratamientos. Los molares fueron tratados protésicamente. Sólo entonces se procedió a la restauración en la zona de los anteriores.

Fig. 3 Después de eliminar las calles, las restauraciones de clase III en la zona de los dientes anteriores fueron capturadas con IPS Empress Direct ...





Fig. 4 ... y los dientes fueron acondicionados para la fabricación de las carillas directas.

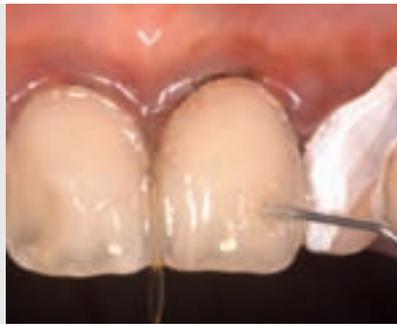


Fig. 5 Aplicación del adhesivo ExcITE F mediante el VivaPen.



Fig. 6 Prueba de la llave de silicona y aplicación de la primera capa de IPS Empress Direct.

El caso clínico

Una paciente de 18 años nos consultó debido a dolores dentales, marcadas lesiones de caries y descoloración en los dientes anteriores y posteriores (Figs. 1 y 2). Ella nos relató sobre diversos tratamientos odontológicos en el pasado, en los que, entre otras cosas, la joven mujer había sido sometida a la extracción de los primeros premolares en el maxilar inferior en el marco de un tratamiento de ortodoncia.

Nuestro objetivo primario consistía en aliviar los dolores de la paciente. Para esto era necesario tratar algunos dientes por endodoncia. Además, se procedió a la remoción de coronas insuficientes en la zona de los dientes posteriores y los muñones fueron tratados nuevamente (vitrocerámica de disilicato de litio IPS e.max®). Las lesiones cariosas en los molares fueron restauradas con un composite directo (IPS Empress® Direct).

Después de completar con éxito el tratamiento de los dientes posteriores, nos concentramos en el restablecimiento de la zona de los dientes anteriores. Luego de evaluar las ventajas y desventajas se planificaron las restauraciones directas con carillas de composite.

Carillas de composite

Para la restauración en la zona de los dientes anteriores, se aplicó una anestesia local a la paciente y las carillas fueron removidas a fondo usando muelas diamantadas y muelas de rectificado cilíndrico lento. Para obtener una preparación exacta en la zona cervical y en la superficie labial, utilizamos fresas diamantadas en forma de llama y fresas de acabado

ásperas. Con el propósito de conservar la mayor cantidad posible de esmalte dental, la zona labial fue reducida por aprox. 0,8 a 1 mm. En la zona cervical y en las lesiones cariosas proximales (preparación de clase III) se hicieron preparaciones en bisel. A continuación, las preparaciones fueron lavadas muy bien con agua.

En el primer paso se trataron las lesiones cariosas de clase III (Fig. 3). Después de seleccionar el color dental se procedió al tratamiento con carillas. Para ello, los dos incisivos medios superiores fueron grabados con el gel de ácido fosfórico al 37% Total Etch durante 15 segundos (Fig. 4). Para proteger los dientes adyacentes, se utilizó una cinta de teflón para cubrirlos. Después del grabado, los dientes fueron enjuagados con agua. En el soplado subsiguiente, se tuvo cuidado de que los dientes no se desecaran demasiado. A continuación, el adhesivo Total-Etch ExcITE® F en el VivaPen® fue aplicado sobre el esmalte y la dentina y masajeado durante 10 segundos (Fig. 5). Los excesos fueron soplados con una débil corriente de aire hasta formar una delgada capa y el adhesivo fue polimerizado durante 10 segundos con la lámpara Bluephase® 20i en el programa Low Power.

Basados en un wax-up previamente modelado, fabricamos una llave de silicona (Virtual® Putty). La misma tenía el propósito de apoyar el control de la distribución de tamaños en la boca del paciente y servir como medio auxiliar "tridimensional" en el posicionamiento de las carillas [1,3]. Después de posicionar la llave, la primera capa de material (IPS Empress Direct Trans 30) fue aplicada sobre el borde incisal y las áreas proximales de la superficie palatina (Fig. 6).



Fig. 7 IPS Empress Direct Dentin A2 fue aplicado en la región cervical hasta la mitad del primer tercio.



Fig. 8 En el tercio incisal, entre los mamelones previamente creados se adaptó un composite translúcido y ...



Fig. 9 ... encima se colocó una capa de esmalte.



Fig. 10 Después de el pulido de las carillas se presentó un resultado estético.



Figs. 11 y 12 La situación final desde oclusal. Los dientes laterales fueron tratados indirectamente y los dientes anteriores tanto superiores como inferiores fueron reconstruidos con IPS Empress Direct.

Sin la llave de silicona modelamos la zona cervical hasta la mitad del primer tercio con IPS Empress Direct Dentin A2 (Fig. 7). Con el instrumento modelador OptraSculpt se prepararon pequeños surcos en el material plástico todavía

blando. Después de la polimerización, estos intersticios fueron rellenos con un material altamente translúcido (IPS Empress Direct Opal) y polimerizados durante 15 segundos con la lámpara Bluephase 20i en el programa Soft Start.



Fig. 13 La situación ya tratada de los dientes anteriores.



Fig. 14 La sonrisa satisfecha de la paciente.

Se debería tener en cuenta que los colores de esmalte cromáticos o acromáticos tienen una mayor translucidez que los colores dentinales, los cuales son algo más opacos y por lo tanto ejercen una mayor influencia sobre el croma de los dientes.

Con una capa de esmalte (IPS Empress Direct Enamel, color A1) fue posible completar la superficie labial desde la mitad hasta el borde incisal (Figs. 8 y 9). A continuación aplicamos la masa IPS Empress Direct Trans 20 en una capa sumamente delgada sobre toda la superficie labial y configuramos la forma anatómica con el instrumento OptraSculpt y un pequeño pincel.

Siguiendo el mismo procedimiento, restauramos el diente adyacente. Los listones aproximales fueron formados con cuidado. Las áreas reflectoras y deflectoras de luz fueron trabajadas con cuidado y se mantuvo la simetría entre los dos dientes incisivos medios en el maxilar superior [2]. Los demás dientes afectados fueron tratados de igual manera.

Acabado y pulido

Siguiendo criterios anatómicos, las carillas fueron "formadas" paso a paso y perfeccionadas morfológicamente. Para esto se usaron muelas de acabado acanaladas de carburo y de diamante. Con los sistemas de acabado y pulido Astropol® y Astrobrush® alcanzamos resultados de primera calidad y alto brillo, manteniendo la textura superficial previamente lograda (Fig. 10). Para ello, Astrobrush fue utilizado con un reducido número de revoluciones y sin aplicar presión.

Conclusiones

En el campo de la medicina odontológica, siempre nos esforzamos por imitar la anatomía, la translucidez y las características de los dientes naturales. Para el caso aquí descrito sirvieron de ayuda procedimientos interdisciplinarios y la correcta selección de material y técnica, para alcanzar el resultado deseado. La combinación de técnica adhesiva directa (IPS Empress Direct en la zona de los dientes anteriores) y técnica indirecta (IPS e.max en la zona de los dientes posteriores) permitió la fabricación de restauraciones de apariencia natural y estables a largo plazo. La paciente estuvo muy contenta con el resultado del tratamiento (Figs. 11 a 14).

Una lista bibliográfica puede ser solicitada a la redacción.



Dirección de contacto:

Dr. Arun Rajpara
Soham Dental
Center for Cosmetic & Advanced Dentistry
Opp. Lal School, Halar Road
Valsad-396001
India
arunrajpara@gmail.com



Integración armónica

Restauraciones de cerámica sin metal con IPS e.max Press Abutment Solutions
Dr. Fernando Manfroi, Rio Grande do Sul/Brasil, y Yunus Sert, Stuttgart/Alemania

A primera vista no se puede suponer la cantidad de pasos de trabajo que se requieren para que la prótesis dental se integre de forma armónica en la cavidad oral.

Los materiales constantemente desarrollados y sus eficientes posibilidades de trabajo nos apoyan en la tarea de alcanzar nuestro objetivo de una “prótesis dental armónicamente integrada”. En este artículo describimos como logramos crear para nuestro paciente una prótesis dental discreta con una restauración soportada por implante y varias coronas individuales.

El paciente consultó al clínico con el deseo de mejorar su situación bucal desde el punto de vista tanto estético como funcional. Su posición profesional le exige mantener una apariencia cuidada. Además, diversos sitios con caries le causaban gran dolor. Después del diagnóstico y el asesoramiento, junto con el paciente nos decidimos por un tratamiento de alta calidad con coronas, inlays y un implante. Para la fabricación de la prótesis dental sólo entraban en consideración los materiales de cerámica sin metal. La elección recayó en la vitrocerámica de disilicato de litio (LS₂) (IPS e.max®). Este material ofrece una resistencia a la flexión de 400 MPa y satisface las más altas exigencias estéticas. A través de la fluorescencia propia del material, así como por las posibilidades de una caracterización individual, es posible alcanzar una apariencia natural. En este caso pre-



Fig. 1 La situación inicial: obturaciones de composite fracturadas en el maxilar superior, ...



Fig. 2 ... un puente de metalocerámica fuertemente esmerilado en el maxilar inferior y ...



Fig. 3 ... obturaciones de espiga radicular muy llamativas en el maxilar inferior.

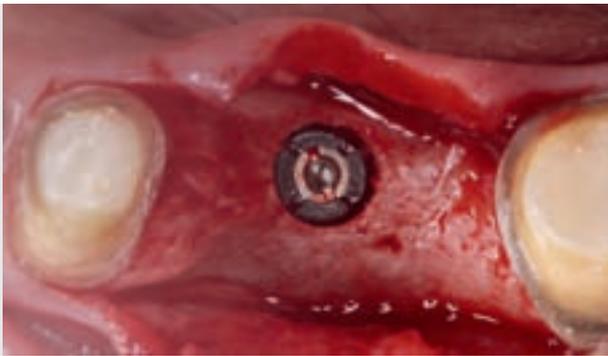


Fig. 4 Se insertó un implante en la región 36.



Fig. 5 Prueba del pilar customizado.



Fig. 6 Restauraciones modeladas en el maxilar superior.

ferimos la variante prensada, monolítica (enteramente anatómica). Junto a las indicaciones clásicas como inlays, onlays y coronas, se pueden fabricar puentes de premolares de hasta tres miembros o, tal como en el presente caso, restauraciones híbridas soportadas por implante (combinación de una base de titanio y vitrocerámica de disilicato de litio).

Situación inicial

Los dientes posteriores presentaban obturaciones de composite fracturadas en el segundo cuadrante, debajo de las cuales se había formado caries secundaria (Fig. 1). El tratamiento fracturado en el maxilar superior había producido una no oclusión y cargas erróneas. También las obturaciones irreparables en los dientes 24 a 27 tuvieron que ser removidas. Para obtener una mejor oclusión, el puente de metalocerámica en los dientes 35 a 37 había sido fuertemente esmerilado en el pasado (Fig. 2). También esta restauración tuvo que ser eliminada debido a su estado desastroso. Las obturaciones subyacentes y muy llamativas de los canales radiculares (Fig. 3) fueron sustituidas con un composite de color dental. De esta manera obtuvimos un fondo de aspecto natural. El paciente deseaba obtener una prótesis fija en el maxilar inferior que se pudiera limpiar bien y fácilmente. Para alcanzar una estabilidad suficiente y crear una solución de larga duración, después de el pretratamiento se insertó un implante en la región 36 (Fig. 4). Con una estabilidad primaria de 50 Ncm, directamente después de colocarse el implante se pudo fijar un puente provisional que al mismo tiempo también sirvió para dar forma a la gingiva.

Selección de color y translucidez

Para lograr una restauración fiel al modelo natural, se determinó el color tanto de los muñones como de los dientes.

El color del muñón juega un papel importante, ya que ejerce una gran influencia sobre el resultado, sobre todo cuando se trata de materiales translúcidos.

Después de la determinación del color, para el abutment individual seleccionamos la pastilla IPS e.max Press LT (LT = baja translucidez), para evitar que se transparentara la base de titanio. Para los inlays, coronas parciales y coronas se utilizó IPS e.max Press HT (HT = alta translucidez).

Preparación de los modelos

Para la configuración natural del perfil emergente, en el primer paso se fabricó un pilar customizado. El ajuste fue controlado mediante una prueba en boca. Aquí también tuvimos la oportunidad de evaluar la influencia ejercida sobre el tejido blando (desplazamiento) (Fig. 5). Después del moldeo se fabricaron los modelos, los cuales fueron unidos en la posición correcta y con una oclusión de ajuste preciso.

Para poder evaluar la cantidad de espacio disponible, en primer lugar modelamos los inlays y las coronas parciales (Fig. 6). A continuación se hizo un encerado funcional del maxilar inferior y se fabricó un antemuro de silicona como punto de referencia para el futuro abutment. Mientras mayor sea la precisión con la que trabajemos en esta fase, más exactas serán las restauraciones prensadas. El wax-up en el maxilar inferior fue una gran ayuda para poder fabricar el abutment en el sentido del "backward planning" (planificación retrospectiva). El armazón de base para el



Fig. 7 Comprobación del abutment con un antemuro de silicona.



Figs. 8 y 9 Unión adhesiva del abutment y la base de titanio.

abutment fue construido de material plástico fotopolimerizable combustible y rectificado en la dirección de inserción de los dientes adyacentes. A continuación, el abutment fue controlado con el antemuro y las áreas faltantes fueron complementadas con cera (Fig. 7).

Prensado de las construcciones

Los objetos de cera fueron embutidos con masa IPS® Press-VEST Speed. Para prevenir una fractura de la masa de embutido, durante el enclavado se prestó atención a que el alambre encerado quedara orientado de forma paralela al canal del tornillo. Al llenar lentamente la masa de embutido en la mufla, la misma pudo ascender de manera continua en el canal del tornillo, sin que se formaran burbujas. El proceso de prensado se realizó de conformidad con las instrucciones del fabricante en el horno combinado Programat® EP 3000.

Después del proceso de prensado, los objetos fueron extraídos del revestimiento con el chorro de arena (4 bar). Los restos de revestimiento se eliminaron a un máximo 2 bar. La capa de reacción fue retirada con IPS e.max Press Invex Liquid y luego se pudo eliminar fácilmente con el chorro de granalla (Al_2O_3 , 50 μm a 2 bar como máximo). Después de

separar los canales de prensado, los puntos de conexión fueron rectificados. El lado interior (canal del tornillo) fue controlado bajo el microscopio y el objeto fue ajustado cuidadosamente sobre la base de titanio. Usando un pulidor de silicona diamantada, el abutment ahora pudo ser acabado en pocos pasos. Siguiendo el mismo procedimiento se prensaron, separaron y ajustaron las demás construcciones del maxilar superior.

Unión adhesiva del objeto vitrocerámico de IPS e.max Press con la base de titanio

Antes de realizar la unión adhesiva, las porciones de vitrocerámica y la base de titanio fueron limpiadas con el chorro de granalla de 50 μm a un máximo de 1 bar, a fin de obtener una superficie limpia (de acuerdo con la instrucción de trabajo de Ivoclar Vivadent, la vitrocerámica no se granalla, sólo se limpia). El gel de grabado de cerámica IPS Ceramic Etching Gel (ácido fluorhídrico al 5%) sirve para la producción de superficies de adhesión retentiva en la restauración de cerámica sin metal. Se puede aplicar algo de cera para proteger las superficies exteriores o las zonas glaseadas, respectivamente. Después de 20 segundos de actuación, la superficie de adhesión fue lavada con agua y secadas. El silanizado se hizo durante 60 segundos con el imprimador



Fig. 10 Restauraciones modeladas en el maxilar inferior.



Fig. 11 Construcciones de ajuste preciso en el maxilar superior.

Fig. 12 Tratamiento individualizado de maxilar inferior sobre el modelo.





Fig. 13 El abutment incorporado.



Figs. 14 y 15 Las restauraciones se integran hermosamente en el entorno oral.

Monobond Plus. Con esto obtuvimos una unión fuerte entre el material de restauración y el material de sujeción. Para la unión adhesiva, el composite de cementación autofraguable Multilink® Implant fue aplicado tanto dentro del abutment como también sobre la base de titanio (Figs. 8 y 9), manteniéndose las partes unidas con presión uniforme en la posición final durante aproximadamente cinco segundos. Los excesos pudieron ser removidos en estado aún plástico. Subsiguientemente, la junta de adhesión fue alisada y pulida con un pulidor de goma.

Acabado e integración del tratamiento del maxilar inferior

La geometría del abutment híbrido facilitó su inserción, el material de cementación excesivo pudo ser removido fácilmente. Gracias a las posibilidades de configuración individual, con los abutments fabricados en el laboratorio alcanzamos una excelente estética, una gran resistencia a la fractura, así como una buena precisión de ajuste.

Para la integración del abutment fabricamos una llave de control. Con un material plástico incinerable se formó una cofia sobre el abutment y se modelaron los dientes (Fig. 10). También esta moderación fue enclavijada, embutida, prensada y aplicada cuidadosamente. Las superficies de masticación de todas las coronas fueron caracterizadas con esencias IPS e.max Ceram. Para colorear los cuellos dentales individualmente, se emplearon los matices IPS e.max Ceram Shades (Figs. 11 y 12). Con ayuda de la llave de control, el implante fue atornillado en el maxilar inferior (Fig. 13). La integración de las coronas individuales también se efectuó sin problemas. Dependiendo de la indicación, las restauraciones de IPS e.max Press pueden ser cementadas de forma adhesiva, autoadhesiva o convencional. Gracias a la selección armónica de los colores, las restauraciones se integran de forma natural en la situación bucal existente (Figs. 14 y 15).

Resumen

Una planificación exacta y una óptima compatibilidad son requisitos indispensables sobre todo en el ámbito de los tratamientos con abutments por implantes, respectivamente, para un desempeño exitoso y de larga duración del material. Los estudios realizados durante numerosos años confirman que la vitrocerámica IPS e.max Press presenta una buena tolerancia con respecto al tejido blando oral (véase Scientific Report Vol. 01/2001 – 2011). Con las excelentes propiedades de material y la fabricación individual en el laboratorio tenemos la posibilidad de satisfacer las exigencias estéticas de los pacientes.



**Directo a la versión para iPad
(en idioma alemán e inglés):**

Escanear el código QR con el iPad e introducir el siguiente enlace:
<http://www.ivoclarvivadent.com/reflect>



Direcciones de contacto:

Dr. Fernando Manfro
Saldanha Marinho St., 30/404
Menino Deus, Porto Alegre
Rio Grande do Sul
90160-240
Brasil
fernandomanfro@me.com



Yunus Sert
Dental Design Sert
Vaihinger Markt 31
70563 Stuttgart
Alemania
info@dentaldesignsert.de

Un diseño de puente convincente

Puente de implante atornillable: una restauración fija con gingiva protésica
Cesare Ferri, Roma/Italia

El análisis cuidadoso de todos los parámetros de influencia es el fundamento de una buena planificación y, por consiguiente, de la obtención de resultados predecibles y confiables. Así es posible crear restauraciones, cuya idoneidad de uso se podrá comprobar a largo plazo.

Un tratamiento protésico soportado por implantes representa un gran reto, que tanto desde el punto de vista de la medicina odontológica como de la técnica dental resulta muy atractivo. No obstante, siempre es posible que se presenten inconvenientes imprevistos que nos obliguen a aceptar compromisos tendientes a menoscabar el resultado y a decepcionar las expectativas del paciente. Para evitar esto, antes de comenzar el tratamiento es necesario efectuar una planificación confiable. La base para ello es un análisis fundamentado, el cual debería abarcar los siguientes parámetros: Estructura y calidad de la sustancia ósea, estado de salud general del paciente, situación del aparato de sostén dentario, expectativas del paciente, así como aspectos funcionales y estéticos existentes y a ser restaurados.

Una planificación previsiva es un aspecto central para un desarrollo coordinado del trabajo y para el éxito de una restauración.

Numerosos factores variables pueden ejercer una fuerte influencia tanto sobre los costes como también sobre la calidad del resultado. A través del caso clínico descrito a continuación, quiero ilustrar nuestra forma de proceder en el caso de una restauración de maxilar superior soportada por implante. Basado en una planificación preoperatoria precisa (quirúrgica y protésica) y el traslado de la misma a una plantilla de operación elaborada mediante CAD/CAM, la situación fue resuelta a la satisfacción de todos los involucrados. El punto esencial de la documentación se encuentra en la realización técnica del "Puente de Toronto" – una restauración atornillable sobre implantes – con dientes confeccionados y masa gingival de color rosa hecha de composite de laboratorio.

Caso clínico

El paciente de 45 años se presentó en el consultorio con severos problemas parodontales, funcionales y estéticos (Fig. 1). La precaria situación hizo necesaria una extracción completa de todos los dientes del maxilar superior. También el maxilar inferior estaba fuertemente afectado y en necesidad de tratamiento, pero su atención fue aplazada a un momento posterior debido a motivos financieros y psicológicos.



Fig. 1 Situación inicial: El paciente se presentó en la consulta con graves problemas paradontales, funcionales y estéticos.



Fig. 2 Una plantilla de operación fabricada mediante CAD/CAM facilitó el posicionamiento correcto de los implantes.

Fase quirúrgica

Después de un primer análisis se elaboró un wax-up diagnóstico en el laboratorio. Con el mismo se simuló el resultado estético, fonético y funcional que se quería alcanzar. Basado en el wax-up se planificó la restauración considerando puntos de vista protésicos, se fabricó una plantilla radiopaca y se tomó una radiografía al paciente. Con la ayuda de los datos radiológicos tridimensionales y la planificación protésica previa, el clínico pudo determinar de forma virtual las posiciones quirúrgicas para el implante mediante un software de planificación. La plantilla de operación resultante, elaborada mediante CAD/CAM, facilitó el posicionamiento correcto de los implantes durante la intervención quirúrgica (Fig. 2).

Fase protésica – fabricación de la estructura de soporte

Después del correspondiente tiempo de sanación se realizó el tratamiento protésico. El modelo de implante se fabricó con una máscara de encía (Fig. 3) y la situación de mordida

correcta fue transferida al articulador. Debido a que la forma, posición y extensión de la prótesis ya se había determinado con el wax-up, sólo quedaban por realizar pocos pasos de trabajo antes de la modelación de la estructura de soporte (Fig. 4).

Se comprobaron los parámetros funcionales y estéticos de la distribución y se determinó el diseño de la estructura de soporte de la "estructura terciaria". Con la ayuda de un patrón de yeso de clase IV, durante la modelación de la estructura de soporte mantuvimos un control visual (Fig. 5). La estructura de soporte fue fabricada de un material plástico incinerable (Fig. 6) e incluía todos los parámetros requeridos (solidez estructural, soporte, requerimiento de espacio).

Existen dos posibilidades para transferir la construcción a un armazón metálico:

1. Un proceso de fundición convencional
2. La fabricación digital mediante tecnología CAD/CAM



Fig. 3 El modelo de implante con piezas secundarias acodadas.



Fig. 4 El posicionamiento de encerado (restablecimiento estético y funcional).



Fig. 5 La situación fue fijada con un patrón de yeso. Así se visualiza el requerimiento de espacio para el armazón.



Fig. 6 La estructura terciaria fue fabricada de un material plástico incinerable.

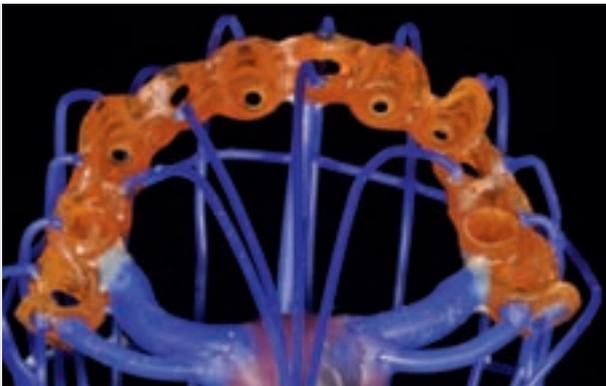


Fig. 7 El enclavado para el procedimiento de fusión por inducción.



Fig. 8 Buen ajuste del armazón sobre las piezas secundarias.



Fig. 9 Resina de apoyo parcial de resina acrílica opaca de color rosa.



Fig. 10 Aplicación de las masas gingivales.

La selección del respectivo método depende de numerosos factores. En este caso, los límites técnicos han llevado a la selección de la variante convencional (proceso de fundición) (Fig. 7). Como material estable a largo plazo para restauraciones soportadas por implante nos decidimos por la aleación Colado® CC y realizamos el modelado de manera correspondiente. Incluso si el proceso es "convencional", el trabajo del armazón de soporte siempre debe corresponder a las indicaciones actuales, científicas y basadas en la evidencia (Fig. 8).

Fase protésica – acabado

En el siguiente paso se llevó a cabo el blindaje. Un tratamiento previo y cuidadoso de la estructura superficial del armazón con el chorro de granalla incrementa la resistencia a la fatiga y la capacidad de carga. El pretratamiento químico con una pasta opaca de color rosa del nuevo composite de laboratorio SR Nexco® hace posible una adhesión estable

a largo plazo. Obviamente también se quería obtener una adhesión óptima para los dientes de composite confeccionados. Para ello trabajamos las superficies de adherencia de manera correspondiente a las instrucciones dadas en la información de uso de la pasta SR Nexco y así obtuvimos una buena unión química.

Procedimiento:

- Granallado cuidadoso con Al_2O_3 y 2-3 bar de presión
- Eliminación de los residuos con aire libre de aceite
- Aplicación del adhesivo SR Connect con un tiempo de actuación de tres minutos
- Fotopolimerización en el horno Lumamat® 100
- Aquí se debe tener cuidado de no destruir la capa inhibida.

De manera correspondiente a su colocación, los dientes fueron polimerizados sobre la estructura de soporte.



Fig. 11 Acabado cuidadoso de la restauración de composite.



Fig. 12 Vista basal del trabajo concluido.



Figs. 13 y 14 Un grado de brillo hermoso y natural del composite SR Nexco utilizado con los extensos materiales gingivales apoyan la configuración individual estética.



Fig. 15 El tratamiento protésico terminado: una restauración muy hermosa de composite de laboratorio que satisface las exigencias funcionales.

Para el blindaje de la gingiva, una resina de apoyo parcial de acrílico opaco aseguró un reducido grado de entalladura (Fig. 9).

Adicionalmente, con este material se desvía de los dientes una parte de las fuerzas de masticación y de esa forma se incrementa la durabilidad de la restauración. Otra ventaja es que se reduce la cantidad de composite para la zona gingival.

Después de los preparativos se aplicó una capa superficial de composite de color rosa (SR Nexco Gingiva) y a continuación masas gingivales más intensas en diferentes colores y grados de opacidad, siguiendo el procedimiento previamente mencionado. Para obtener un color rosado armónico y de apariencia natural, las posibles descoloraciones fueron encubiertas con Nexco Stains clear. De esta manera es posible alcanzar con relativa rapidez y sencillez el resultado deseado (Fig. 10). Después de la estratificación de la gingiva se llevó a cabo una cocción de endurecimiento final (11 minutos en el horno Lumamat 100).

Durante el acabado, afinado y pulido es necesario prevenir un sobrecalentamiento por los instrumentos rotativos. Esto se debe tener en cuenta sobre todo en la transición entre la estructura de soporte y el composite (Figs. 11 y 12). Un brillo superficial natural de las masas hizo que el resultado fuera perfecto (Figs. 13 a 15). Durante la colocación de la

restauración en la boca del paciente se controló la estética, la fonética y la función. Aquí se tuvo en cuenta que dentro de poco tiempo se realizaría la reconstrucción protésica del maxilar inferior.

Recall

La última fase, aunque por ello no menos importante, es el cuidado y mantenimiento de la restauración, que en un principio se llevó a cabo en el marco de un control cada cuatro meses y posteriormente cada seis meses. El recall periódico sirve para restablecer los parámetros biológicos, funcionales y estéticos del sistema estomatognato y conservarlos durante mucho tiempo.

Quiero expresar mi agradecimiento al Dr. Ferdinando D'Avenia, Parma (Italia), por el material fotográfico clínico.



Dirección de contacto:

Cesare Ferri
Via Avegno, 69
00165 Roma
Italia
cesareferri@hotmail.it

Una solución de ajuste preciso

Tratamientos protésicos con estructuras horizontalmente intercaladas
Justo Rubio, Valencia/España

En las situaciones iniciales difíciles en el ámbito de la implantología, para el técnico dental siempre vuelve a ser un reto el alcanzar un resultado estético. Para tales casos complejos ha dado buenos resultados un tratamiento protésico con estructuras horizontalmente intercaladas.

Durante muchos años he fabricado restauraciones protésicas, en las que el resultado estético se ha visto fuertemente menoscabado bien sea por factores inherentes al paciente o a la técnica. Para prevenir los bordes poco atractivos, casi siempre se dio preferencia a los tratamientos cementados en lugar de la variante atornillada. Sin embargo, la desventaja es que la cementación hace imposible el control clínico del implante. Además, los tratamientos de implante cementados muchas veces mostraban un soporte labial deficiente, cuya consecuencia era una escasa aceptación por parte del paciente.

Basado en un análisis de las opciones que tenía a mi disposición, desarrollé una nueva técnica para resolver este problema. A tal efecto se fabrican dos estructuras que encajan la una en la otra y que se intercalan horizontalmente. Su trabajo con esta técnica desde hace ya tres años y la aceptación tanto de los odontólogos como también de los pacientes es muy alta.

La idea originalmente surgió como solución para casos con una posición de implante desfavorables o con ángulos de implante difíciles, respectivamente. Debido a los buenos resultados que obtuve con ella, ahora también aplicó esta técnica en el tipo de oclusión III y II, ya que así tengo la posibilidad de desplazar el arco dental entero a voluntad hacia adelante o hacia atrás (Figs. 1 y 2). Al mismo tiempo, la estética siempre ocupó un primer plano.

De la idea a la realización

Originalmente trabajé con dientes acrílicos en estos tratamientos. No obstante, actualmente también fabrico coronas de IPS e.max® Press (disilicato de litio) que luego se fijan sobre la estructura metálica.

En el presente artículo quiero referirme a otro caso en el que se utilizaron estructuras metálicas insertadas horizontalmente en combinación con IPS e.max Press. Las coronas de los dientes anteriores fueron estratificadas con IPS e.max Ceram y las coronas de los dientes posteriores se fabricaron de forma enteramente anatómica.

Después de un minucioso análisis del caso por parte del odontólogo tratante, el paciente fue sometido a la inserción de ocho implantes en el maxilar superior. Después de diversos trabajos preliminares, también en este caso fue realizada una colocación de dientes acrílicos para determinar la estética y la dimensión de la estructura primaria. Basado en esta información, la estructura primaria inicialmente fue modelada en resina plástica y luego fue construida definitivamente en titanio (Figs. 3 y 4). En presencia de otras situaciones iniciales o por razones económicas, esta estructura también puede ser fundida de una aleación de CrCo.



Fig. 1 Ejemplo de un caso de paciente problemático con oclusión de clase III.

Fig. 2 Colocación de dientes acrílicos para la determinación de la estética y dimensión de la estructura primaria.

La estructura primaria se fabricó de tal manera que la estructura secundaria podría ser insertada horizontalmente. Para ello fue necesario configurar el plano de oclusión de la estructura primaria de forma lisa y paralela al plano de oclusión de la estructura secundaria. Sólo así es posible una superposición intercalada. Asimismo se aplicaron bilateralmente elevaciones paralelas con dimensiones idénticas, de forma vertical al plano de oclusión. Estas elevaciones fueron formadas en la zona de los premolares y molares. En esta zona también se posicionan las guías horizontales, sobre las cuales es insertada la estructura secundaria y en las que ésta engrana.

Basado en la colocación dental inicial, la estructura secundaria fue construida en cera fresable, primero de forma enteramente anatómica y luego reducida correspondientemente, con el fin de obtener luego una estructura metálica con muñones metálicos correctamente posicionados y dimensionados para un resultado final estético (Figs. 5 y 6).

Para dar una mayor estética a la futura prótesis, removí la cera hasta un nivel de 2 mm subgingival. A continuación se podía fundir la estructura secundaria con retenciones en la zona gingival (Fig. 7). De esta manera se aseguró una



Fig. 3 Realización de la estructura primaria en titanio con ayuda de un software.



Fig. 4 La estructura primaria de ajuste preciso sobre el modelo.



Fig. 5 Primero se elaboró una estructura secundaria enteramente anatómica en cera fresable ...



Fig. 6 ... que luego fue reducida correspondientemente.



Fig. 7 La estructura secundaria con retenciones en la zona gingival.



Fig. 8 Estructura con correderas que insertándose horizontalmente.



Fig. 9 Las estructuras intercaladas.

retención mecánica para la masa gingival de SR Adoro® aplicada posteriormente. Igualmente utilicé correderas de cerrojo, mediante lo cual el tratamiento se expone a una distribución de fuerzas uniforme en comparación con los overdentures convencionales (Figs. 8 y 9).

Acabado de la restauración

Para el blindaje de la estructura metálica, en el presente caso me decidí por IPS e.max Press (disilicato de litio), debido a que con este material ya he podido acumular una extensa y positiva experiencia.

la técnica enteramente anatómica con una subsiguiente caracterización utilizando los correspondientes colores de maquillaje (Fig. 10).

Las superficies palatinas de los dientes anteriores no fueron recubiertas, se dejaron en disilicato de litio (Fig. 11). De esta manera se conservó la dureza y la forma monolítica en esta zona, lo cual me ofrecía una mayor seguridad para el ajuste de la oclusión tanto de céntrica como también en movimientos laterales o protusivos.

En el plano vestibular trabajé con la técnica de cut-back, con el objeto de crear espacio para las diferentes masas de IPS e.max Ceram Impulse y realizar así una estética individual en la región de los dientes anteriores, así como efectos idénticos al modelo natural (Fig. 12). De esta manera también se pudo acentuar la dinámica del color de las diferentes masas. Después del acabado de las coronas, las mismas fueron cementadas sobre la estructura metálica usando Multi-link® Automix.

Utilizando las mismas pastillas LT para las distintas técnicas de fabricación puede alcanzar una excelente función y estética y al mismo tiempo ahorrar tiempo y costes (Figs. 13 y 14).

Disilicato de litio ofrece una combinación ideal de estética y resistencia a la abrasión, así como resistencia a la fractura.

Entre las pastillas con diferentes grados de opacidad, seleccioné la opacidad LT que luego recubrí con IPS e.max Ceram en el plano vestibular e incisal en la región de los dientes anteriores. En la zona de los dientes posteriores fue aplicada



Fig. 10 Caracterización de los dientes posteriores.



Fig. 11 Vista de las superficies palatinas de disilicato de litio.



Fig. 12 Las superficies vestibulares fueron revestidas con IPS e.max Ceram.



Figs. 13 y 14 Resultado final estético con coronas de IPS e.max Press y gingiva de SR Adoro.



Conclusión

El resultado final de esta clase de tratamiento horizontalmente insertado ofrece las mismas ventajas que la variante cementada. Entre ellas figuran una gran estética sin bordes visibles, así como la conservación de la superficie oclusal entera. Al mismo tiempo se conservan también las ventajas de una prótesis atornillada, tales como la facilidad de una revisión clínica y una posible remoción de la estructura secundaria con fines de limpieza por parte del paciente y, dado el caso, para la adaptación en el laboratorio. El paciente de esta manera obtiene la seguridad emocional de un tratamiento fijo que además puede ser removido no sólo por el odontólogo, sino también por el propio paciente con fines higiénicos.

Los problemas estéticos a los que muchas veces tuve que enfrentarme en el pasado debido a la situación oral individual o debido a las posiciones difíciles de los implantes insertados, se resuelven de forma segura a través de la técnica aquí descrita. Debido a la respuesta positiva de los

odontólogos y de los pacientes, en la actualidad utilizó este método de forma regular en casos en los que durante el análisis se determina que las expectativas del odontólogo y del paciente no se pueden cumplir mediante procedimientos normales.

Mi agradecimiento especial va dirigido al Dr. José María Llorens Pastor, de Alcoy, sin cuyo apoyo no hubiera podido escribir este artículo.



Dirección de contacto:

Justo Rubio
Laboratorio Dental Justo Rubio
C/ Roure Valenciá, 4 bajo
46014 Valencia
España
justorubio@modelamossonrisas.com

Analizado, prensado y estratificado

Excelente estética con una combinación de materiales bien pensada
Gérald Ubassy, Rochefort du Gard/Francia

La creación de una sonrisa radiante requiere un diagnóstico preciso de los aspectos estéticos y funcionales.

Para la fabricación de restauraciones odontotécnicas exitosas es necesario poner en práctica un protocolo de trabajo consecuente. Basado en un caso clínico, quiero presentar nuestro concepto. Se fabrican tres carillas cerámicas en la región de los dientes anteriores.



Fig. 1 La foto de retrato del paciente nos permite evaluar minuciosamente la situación inicial, las formas dentales y la morfología.



Fig. 2 Esta imagen intraoral muestra la fuerte abrasión en las regiones de los dientes anteriores y posteriores.



Fig. 3 Los dientes anteriores superiores iban a ser tratados de forma mínimamente invasiva. Únicamente la región vestibular fue preparada.

El análisis

En casos desafiantes como este solemos comenzar el proceso restaurativo con un análisis exacto de los fundamentos de trabajo. Entre los mismos figuraron las fotos iniciales, los modelos de situación, así como un registro de mordida con arco de transferencia. Incluso el propio retrato del paciente ya encierra un alto valor informativo para nosotros, los técnicos dentales. Basado en dicho retrato, también en el presente caso pudimos analizar minuciosamente las formas dentales y los parámetros faciales (morfotipo) y crear así una condición previa importante para lograr una "sonrisa estética" (Fig. 1). Al observar las fotos intraorales, llamaban la atención las fuertes abrasiones en la región dental anterior y posterior (Fig. 2). El paciente quería corregir este defecto estético. Quería volver a alcanzar su forma dental anatómica natural.

Después de una consulta detallada con el odontólogo, la decisión recayó en un tratamiento mínimamente invasivo con carillas de cerámica sin metal. Como paso preliminar, se realizó un tratamiento de ortodoncia para situar correctamente los dientes 11, 12, 13, 21, 22 y 23, posteriormente se prepararon únicamente las superficies vestibulares de los dientes anteriores superiores (Fig. 3). Como concepto de restauración protésico sólo cabía considerar una opción: Las carillas o las conchas de carillas, respectivamente, se fabricarían en cerámica prensada y posteriormente se blindarían individualmente. He utilizado este procedimiento con éxito durante muchos años. Las primeras restauraciones fabricadas de esta manera (IPS Empress®) fueron realizadas por mí en 1992 [Formes et Couleurs, G. Ubassy, Editions Quintes-

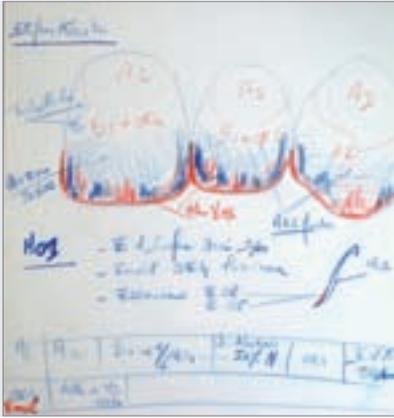


Fig. 4 Un esquema de estratificación concreto es indispensable en las restauraciones estéticas de dientes anteriores.

sence]. Posteriormente, IPS Empress 2 fue el material de primera opción y actualmente utilizo de forma casi exclusiva IPS e.max® Press (vitrocerámica de disilicato de litio). Considero que esta es la solución ideal para esta clase de tratamientos. Aunque la técnica de estratificación convencional sobre modelo refractario permite alcanzar resultados estéticos excelentes, por otra parte tiene la gran desventaja de consumir mucho tiempo y esfuerzo. Se requieren numerosas cocciones, sin que se pueda controlar el color durante el proceso. En la técnica de cut-back, la estructura de soporte prensada es reducida en el tercio incisal y el técnico dental ya “sólo” tiene que estratificar la cerámica de blindaje, lo cual consume menos tiempo y se puede controlar mejor.

El esquema de estratificación

Sobre todo en las restauraciones de los dientes anteriores, la adaptación mutua de la saturación del color y la claridad es particularmente importante. En la mayoría de los casos se requieren varias capas de cerámica para alcanzarlo. Sin embargo, en nuestro caso preparado de forma mínimamente invasiva sólo queda poco espacio para el blindaje; una circunstancia que seguramente resulta conocida a todos los técnicos dentales. Para aun así poder alcanzar un resultado cromáticamente exacto, es indispensable un esquema de estratificación concreto (Fig. 4). En el presente caso utilice dos masas de dentina diferentes de IPS e.max Ceram: A3 y A2, así como adicionalmente la masa Dentin B1 más clara mezclada con 1/2 de masa Opal Effect (OE 4) para incrementar el valor.

Como todos sabemos, los dientes naturales son translúcidos en el tercio incisal. Por lo tanto, resulta sensato “restarle saturación” a la dentina en esa zona mediante “translucidez neutral”. Opal Effect 1 (OE 1) es una masa que resulta indispensable debido a sus propiedades opalescentes. Este material, que bajo la luz reflejada tiene una apariencia translúcida azul, a trasluz adquiere reflejos de color ámbar. Por esta razón aplicamos algo de OE 1 en los ángulos aproximales y a lo largo del borde incisal. Con frecuencia se observan en los dientes naturales pequeñas áreas en los bordes que absorben la luz. Dichas áreas fueron invitadas en el presente caso con una masa violeta (OE V) y 1/2 OE 1. A esta mezcla le he dado el nombre descriptivo de “masa de absorción”. Debido a que quedaba poco espacio para las masas de esmalte, me decidí por el tono brillante OE 4. En mi libro “Trucs et Astuces” (edición MEA) se describe detalladamente este concepto de estratificación, mi forma de controlar el color, así como numerosos trucos y triquiñuelas.



Fig. 5 Las estructuras de soporte prensadas. El color y la opacidad de la pieza en bruto para prensar IPS e.max Press bloquean satisfactoriamente los colores del muñón.



Fig. 6 Después de la cocción de wash se aplicaron las masas IPS e.max Ceram Essence y ...

Primero prensado ...

Las pastillas para inyectar de IPS e.max Press resultan ideales como estructura de soporte para carillas individualmente estratificadas. En este caso, las estructuras de soporte fueron prensadas por mi colaboradora Florence Ozil usando una pastilla MO 1 (grosor de la estructura de 0,4/0,5 mm) (Fig. 5). El color y la opacidad de esta pieza en bruto son óptimos. Este material bloquea de manera satisfactoria el color del muñón y no es opaco.

La extensa gama de pastillas IPS e.max de Ivoclar Vivadent ofrece soluciones para prácticamente cualquier situación clínica – de esta manera es posible resolver casos difíciles mediante la selección correcta de la opacidad, translucidez, claridad o fluorescencia:

1. La pastilla MO 1 bloquea el color del muñón y al mismo tiempo no es opaca. Utilizamos esta pastilla en alrededor de un 70% de nuestras coronas.
2. Para fabricar coronas más claras, las pastillas MO 0 son una buena alternativa, en particular cuando los pacientes quieren ver ese “blanco radiante” en sus restauraciones.
3. Las pastillas para prensar LT son ideales para situaciones clínicas en donde el muñón después de la preparación sólo presenta una escasa coloración. Debido a su translucidez, dichas piezas permiten que el color del muñón se transparente ligeramente, dándoles profundidad a las coronas. Dentro de lo posible no utilizo piezas en bruto LT para dientes individuales, ya que es difícil evaluar el color después de la integración.
4. Por lo demás, en la actualidad disponemos de pastillas para prensar de mayor fluorescencia – IPS e.max Press Impulse Opal 1 y 2, así como Impulse Value 1, 2 y 3. En nuestro concepto usamos las mismas de caso en caso.

... y luego estratificado

Después del prensado, las estructuras de soporte fueron reducidas a 0,3 mm y revestidas con una delgada capa de dentina (ver Fig. 5). La cocción de wash se realiza a 750 °C y es indispensable que se haga antes de la estratificación. Sólo entonces se aplicarán las masas IPS e.max Ceram Essence (Fig. 6). Estos pasos de trabajo requieren una gran delicadeza y sentido del tacto por parte del técnico dental. Debido a que la estructura de soporte (pastilla MO 1) bloquea los colores intensos, es necesario tener en cuenta la saturación equilibrada del tercio cervical. A esto se opone el

Fig. 7 ... a continuación se hizo la estratificación. Con solamente una cocción adicional alcanzamos el resultado deseado.



Figs. 8 a 10 Acabado de las formas dentales. Para ello sirvió un lápiz de cera de dos colores, con el cual se determinaron los contornos y ángulos de los dientes.

limitado espacio disponible para las masas a ser estratificadas – las masas Essence son una buena alternativa para superar este reto. Estas masas se cuecen a 725 °C. En el caso aquí descrito, la estratificación adicional fue completada con una sola cocción (Fig. 7). Este procedimiento económico significa un considerable alivio de trabajo y es un aspecto que afecta positivamente la rentabilidad del laboratorio. El espesor de capa de las carillas en el tercio medio es de 0,5 mm y en la zona cervical es de 0,3 mm. El tercio incisal fue preparado por el clínico intencionalmente de tal manera que quedó disponible algo más de espacio para la estratificación individual de las masas cerámicas, de tal manera que pudimos realizar todos los detalles de una restauración de apariencia natural.

Configuración morfológica

Para poder configurar las formas dentales de una manera ideal desde el punto de vista morfológico, con un lápiz de cera de dos colores dibujamos los contornos y las características de ángulo sobre las carillas de cerámica (Figs. 8 a 10). Así es posible crear con eficiencia formas dentales precisas. Este método que llevo utilizando desde hace más de 18 años, permite conseguir resultados de alta calidad.

Sobre todo al comienzo de su carrera, para el técnico dental es importante observar las diferentes formas y colores dentales.

Disponemos de una colección de varios miles de dientes naturales, a través de los cuales podemos estudiar tanto las formas como también las texturas superficiales.

El espesor de las restauraciones acabadas en el tercio medio de las carillas alcanza en total 0,75 mm: 0,3 mm para la estructura de soporte y 0,45 mm para la cerámica de blindaje (Fig. 11). A pesar de esta reducida disponibilidad de espacio, logramos configurar los dientes de una manera cromáticamente ideal. Exactamente así lo habíamos previsto en la planificación. La figura 12 muestra el alto grado de saturación en el tercio cervical y la claridad en el tercio medio. También los efectos translúcidos (zonas de absorción), así como la dentina reflectante en las carillas, se



Fig. 11 Las carillas tenían un espesor total de 0,75 mm (tercio medio).



Fig. 12 A pesar de este reducido espesor, la saturación, conforme a lo deseado, es alta en el tercio cervical. A través de un procedimiento dirigido alcanzamos algo más de claridad en el tercio medio de los dientes incisivos y adicionalmente logramos los efectos deseados de translucidez.



Fig. 13 Ya sobre el modelo podíamos sospechar que las restauraciones se integrarían de forma armónica y natural en la boca.



Fig. 14 Las carillas integradas confirmaron nuestro concepto consecuente.



Figs. 15 y 16 Después de algunas semanas se pudo observar la integración parodontal y estética.



Fig. 17 El paciente ha recuperado su sonrisa.

pueden observar muy bien. Ya sobre el modelo pudimos obtener una impresión de cómo se presentarían las restauraciones después de su incorporación adhesiva en la boca (Fig. 13).

Con particular esmero pulimos con medios mecánicos la textura superficial de apariencia natural. Cabe destacar lo delgado que es el material de estratificación – a pesar de lo cual hemos obtenido como resultado una restauración de dientes anteriores hermosa y de apariencia estética (Fig. 14).

Después de algunas semanas, también en lo referente a los aspectos parodontales se pudo constatar una integración ideal y estética de nuestro trabajo (Figs. 15 y 16). Esto indudablemente se debe también a nuestra estrecha colaboración con el odontólogo tratante: el Dr. Stefen Koubi, de Marsella. Juntos pudimos devolverle la sonrisa al paciente. Las formas dentales corresponden a su personalidad y fueron capaces de restablecer su morfotipo (Fig. 17).

Conclusión

Un tratamiento con carillas en estos casos representa una buena opción de terapia. Combinado con la técnica de estratificación sobre estructuras de soporte prensadas, alcanzamos excelentes resultados. En comparación con la técnica de estratificación convencional, este procedimiento es poco complicado y representa un método óptimo para restauraciones que requieren una alta calidad. Mi más sincero agradecimiento al Dr. Stefen Koubi de Marsella, Francia, por sus cualidades humanas y profesionales.



Dirección de contacto:

Gérald Ubassy
 Centre de Formation International
 Route de Tavel – Impasse des Ormeaux
 30650 Rochefort du Gard
 Francia
contact@ubassy.com
www.ubassy.com
 Sígueme en Facebook.



La innovación marca la diferencia

Una sonrisa radiante gracias a dientes sanos. Día tras día ponemos todo nuestro empeño en alcanzar esta meta. Ella nos inspira a seguir constantemente en busca de soluciones innovadoras, económicas y estéticas. Para la terapia de obturación directa, al igual que para el tratamiento indirecto, fijo o removible. Para que usted haga sonreír a las personas mediante productos de alta calidad.

www.ivoclarvivadent.com

Ivoclar Vivadent AG

648851 Belderstr. 2 | 9494 Schaan | Liechtenstein | Tel.: +423 / 235 35 35 | Fax: +423 / 235 33 60


ivoclar
vivadent®
passion vision innovation