



Dr. Aureliano Rodríguez Martínez
MÉDICO ODONTÓLOGO
PRÁCTICA PRIVADA EN LEÓN
León

Restauración con carillas de porcelana en un paciente con tinción por tetraciclinas

RESUMEN

El objetivo de este artículo es presentar un trabajo final, después de una serie de pasos al tratar un caso con tinción por tetraciclinas (categorías dos-tres), antes de utilizar la técnica de las carillas de porcelana (previo blanqueamiento sin éxito).

Cuando revisamos en la clínica a la paciente no se nos pasó por alto su oclusión (pilar importante del éxito de toda restauración); la cual tenía alguna deficiencia que había que tratar. Como hemos mantenido en otros artículos, creemos que un buen trabajo tiene que ser integral y no pasar por alto otras patologías bucales que pueden complicar el resultado final.

Es importante darse cuenta, ante todo, que el paciente quiere un resultado estético que sólo se consigue con una armonía de todo el aparato estomatognático.

PALABRAS CLAVE

Tetraciclinas, chinón, oclusión, carillas de porcelana, etiopatogenia.

ETIOPATOGENIA DE LAS TINCIONES POR TETRACICLINAS

La primera tetraciclina se aisló en 1948; las primeras tinciones dentales producidas por tetraciclinas se describieron en 1956. La tetraciclina sólo se acumula parcialmente en el esmalte y la mayor parte se encuentra en la dentina (Brown, 1974).

Tras la oxidación inducida por la luz se forma un chinón rojo (4-alfa-12 alfa anhídrido-4-oxo-4 dimetil-amino-tetraciclina); este pigmento puede reducirse mediante el blanqueamiento.

Las tinciones por tetraciclinas pueden ser marrones, grisáceas; la mayoría de las veces son bilaterales y suelen afectar a varios dientes

en ambos maxilares. Si afectan a los incisivos temporales, cabe sospechar que la tinción por tetraciclina ha aparecido ya en el cuarto mes de embarazo y el noveno mes después del parto. Si, en cambio, se tiñen los incisivos permanentes, por lo general se ha tomado la medicación con tetraciclinas entre el tercer mes de vida y el séptimo año de edad.

La intensidad de la tinción depende de la duración y la cantidad de la administración de las tetraciclinas, el tipo de tinción depende del tipo de derivado de la tetraciclina.

Las tinciones gris-marrones se deben a la aureomicina (Haywood y cols., 1994), las amarillas a la ledermicina, la terramicina o la acromicina (Bailey y cols., 1968). Los dientes con tinciones amarillas uniformes pueden blanquearse con buenos resultados (Bevelander y cols., 1961).

Las tres categorías de tinciones son:

— **Categoría una:** Tinciones leves (amarillas, marrones o grises que se distribuyen uniformemente por todo el diente. Pueden eliminarse en la mayoría de los casos con tres o cinco sesiones de blanqueamiento en la consulta o una cura de blanqueamiento de cuatro semanas en casa).

— **Categoría dos:** Tinción intensa, pero de distribución uniforme, que normalmente se puede eliminar con cinco o siete sesiones de tratamiento en la consulta o en cuatro o seis semanas con el método de Home-Bleaching.

— **Categoría tres:** Tinciones intensas con bandas horizontales de color marrón que requieren carillas o incluso coronas.

Finalmente se decidió la restauración con carillas de porcelana porque la pacien-

te presentaba una tinción categoría dos-tres.

INTRODUCCIÓN

Al doctor Charles Pincus se debe la expresión "sonrisa de Hollywood". Fue en los años treinta cuando en la reunión de la California State Dental Association de 1937 dijo: "El odontólogo medio piensa en la articulación y la función y muy poco en la estética y hay que pensar que tratamos con un órgano que marca el conjunto de la personalidad de un individuo y también puede cambiarla. Una sonrisa radiante, una línea regular de dientes de aspecto blanco, son un elemento importante de las características difícilmente comprensibles de una personalidad". Pincus inventó las carillas para que los artistas de esa época tuvieran el aspecto

estético que se cita anteriormente. La elaboración de las carillas era la siguiente: capas muy finas de cerámica que se adherían a los dientes que muy a menudo había que reponer, técnica muy cara y poco fiable al alcance de muy pocos. Este procedimiento cayó en desuso hasta que en 1985 con los nuevos métodos de adhesión (Calamia, 1985) se empezó a emplear con buenos resultados.

VENTAJAS

- Las carillas son coronas parciales vestibulares y sus ventajas frente a las coronas son tan grandes que se prefieren a éstas en casi todos los casos.

- Rara vez es posible conseguir con las coronas una estética tan perfecta como con las carillas (color, forma, textura de superficie,

caracterización individual con tintes). Se pueden hacer correcciones de color al cementar con cementos con colores especiales.

- El efecto de lente de contacto que hace que estas restauraciones sean más estéticas.

- Presentan más durabilidad y se conserva más tejido dental en su procedimiento (eliminación de 0,50 a 0,75 mm). Son más estables en el color y frente a la abrasión. Con las técnicas de cementado actual el riesgo de rotura es menor que con las coronas de metal-cerámica o cerámica pura.

- Son muy válidas para los pacientes con sobremordidas, pues se necesita menos espacio que con las coronas.

- Otro dato importante es que el coeficiente de

expansión térmica de las carillas es comparable al de la estructura dental sana, con una resistencia muy elevada a la tracción y flexión.

- Son más favorables periodontalmente porque los márgenes terminan supragingivalmente o ligeramente subgingival. Pero en éstas el acabado es muy exigente.

INCONVENIENTES

- Hay que eliminar tejido dental.

- La restauración no puede llevarse de prueba ni cementarse temporalmente.

- Una vez cementada no pueden hacerse correcciones posteriores.

- El cementado es muy exigente.

- Para el laboratorio es un reto el color, forma, textura y caracteres individuales.

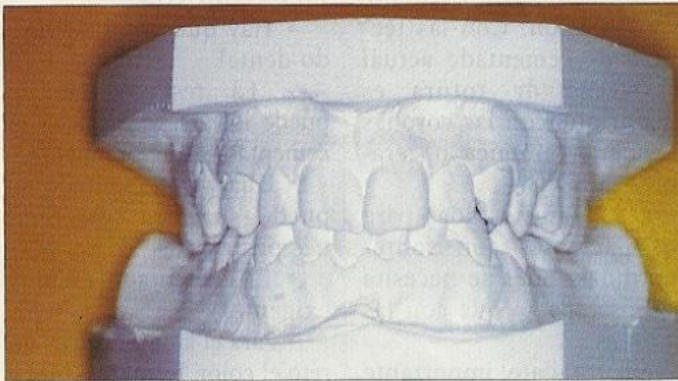
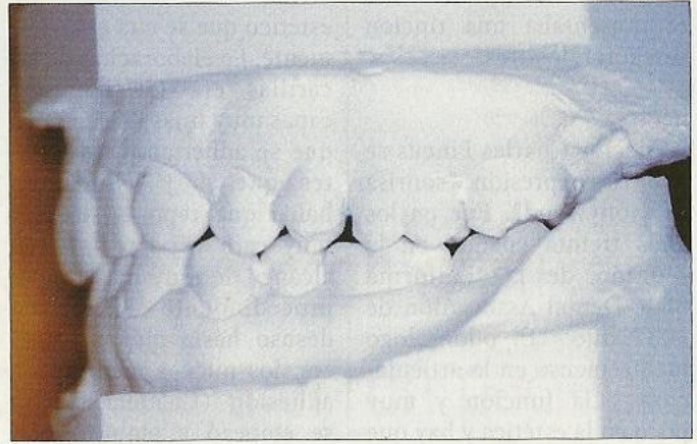
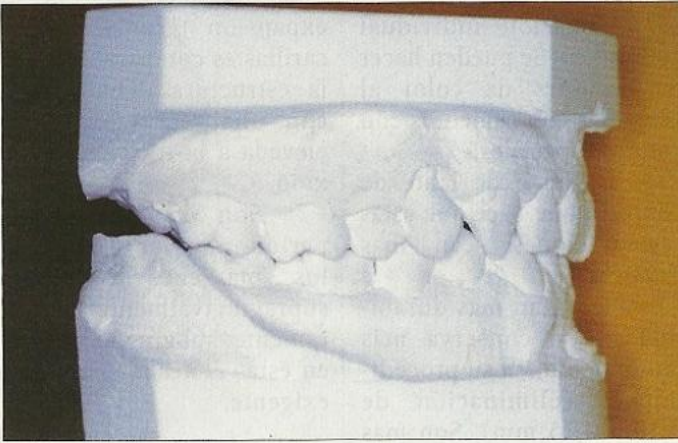


Figura 1a, b y c. Secuencia del tratamiento paso a paso



INDICACIONES

- Fractura dental en jóvenes.
- Dientes individuales no vitales muy teñidos.
- Grandes erosiones vestibulares e incisivos con restauraciones cervicales extensas.
- Tinciones marcadas que no pueden eliminarse mediante métodos de blanqueamiento o microabrasión.
- Defectos extensos del esmalte: dientes erosionados por ácidos (bulimia, anorexia nerviosa, regurgitación ácida).
- Sobremordida con o sin resalte, cerrar diastemas, corrección de malposiciones.

CONTRAINDICACIONES

- Bruxismo extremo.
- Incisivos con restaura-

ciones de composite demasiado extensas y alto grado de destrucción.

- Alta actividad de caries con poca motivación dental.
- Mala higiene bucal (es importante la higiene porque los cementos de adhesión que se emplean son de microrrelleno y éstos presentan mayor retención de placa con más riesgo de aparición de caries).

MATERIALES Y MÉTODOS

Como explicamos en la Introducción, para tener un resultado óptimo en la restauración deberíamos corregir su oclusión, que no era del todo perfecta. Ya que las carillas de porcelana es un procedimiento delicado y es importante evitar: oclusiones invertidas, sobremordidas, deficiencias en los puntos de contacto, etc., como



Figura 2a, b y c.

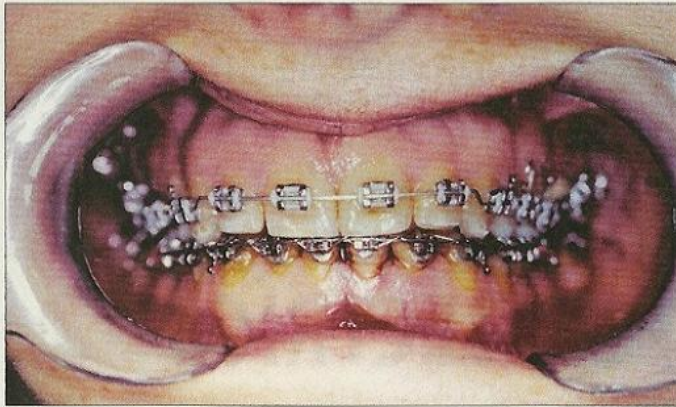


Figura 3a, b y c.

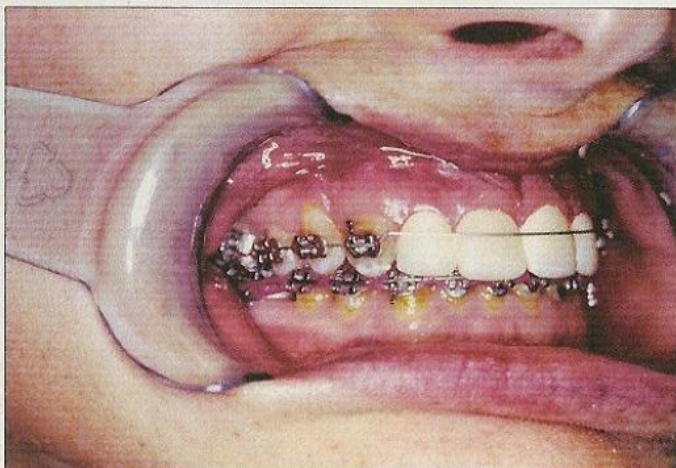
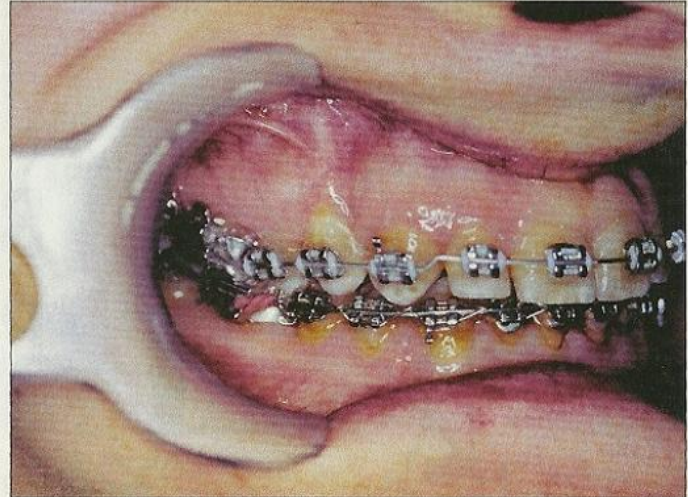


Figura 4a, b y c.



	U7	U6	U5	U4	U3	U2	U1
Arco superior	2	2,6	3,5	4	4,5	4	4,5
Arco inferior	2	2	3	3,5	4	3,5	3,5

Tabla 1

es el caso a tratar. Otra dato a tener en cuenta es que la paciente no sea "apretadora profesional" (bruxista), aunque las porcelanas de las que se dispone hoy en día son bastante resistentes, "es mejor prevenir que curar".

PARTE DE ORTODONCIA

Después del análisis clínico, radiológico, montaje de modelos en articulador, hacemos una valoración del tratamiento y hay que corregir: a) la sobremordida, b) la oclusión invertida, c) las

rotaciones, etc., y entonces decidimos hacer ortodoncia previa.

La técnica que siempre seguimos es MBT (Técnica Preajustada):

1. En primer lugar alineamos y nivelamos con nítinol en maxilar y mandíbula (0,14-0,16) con curva de Spee invertida para corregir sobremordidas. El cementado de brackets en los lugares exactos recomendados hace que se corrijan las malposiciones y malrotaciones en gran medida (Tabla 1).



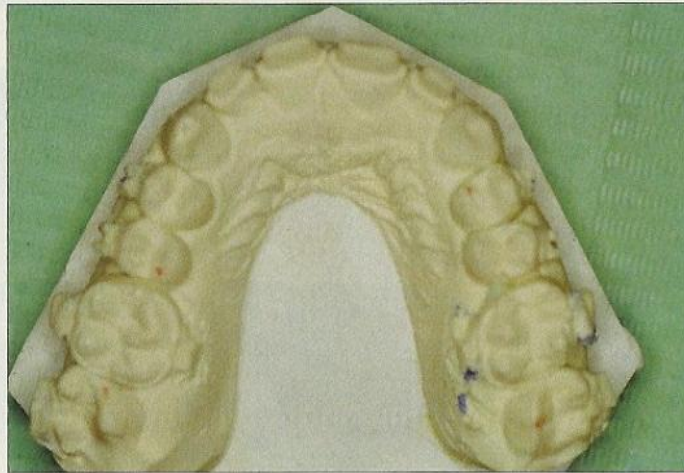


Figura 5a, b y c.

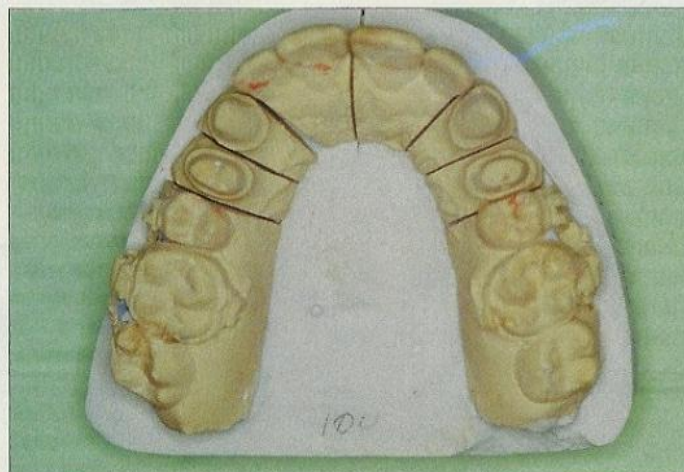


Figura 6a, b y c.



2. En segundo lugar cambiamos a arcos de acero con dobleces posteriores y doblez anterior de intrusión. Necesitamos un buen control de ortodoncia que nos lo da el acero, ya que la paciente está en clase 1 molar y canina y hay que mantenerla (acero redondo 0,14-0,16 y rectangular 16 x 22). Para tratar el número 25 se utilizan gomas de cruce desde vestibular de este mismo hasta lingual de los números 35 y 36.

3. Se finaliza una vez estabilizada su oclusión con un compás de espera de tres meses. Después se realiza un blanqueamiento con resultados muy pobres.

PARTE DE PRÓTESIS

Ahora que tenemos los dientes en una posición favorable procedemos al tallado de los cuatro anteriores, superiores e inferiores que llevarán carillas de porcelana, y en otra sesión tallaremos los caninos que llevarán coronas de porcelana y tallaremos los premolares superiores e inferiores que llevarán coronas de metal porcelana.

El tallado que realizamos será supragingival porque es una paciente con encía libre muy fina en la que se pueden producir retracciones, y además periodontalmente es más óptimo. Por palatino y lingual en los anteriores la



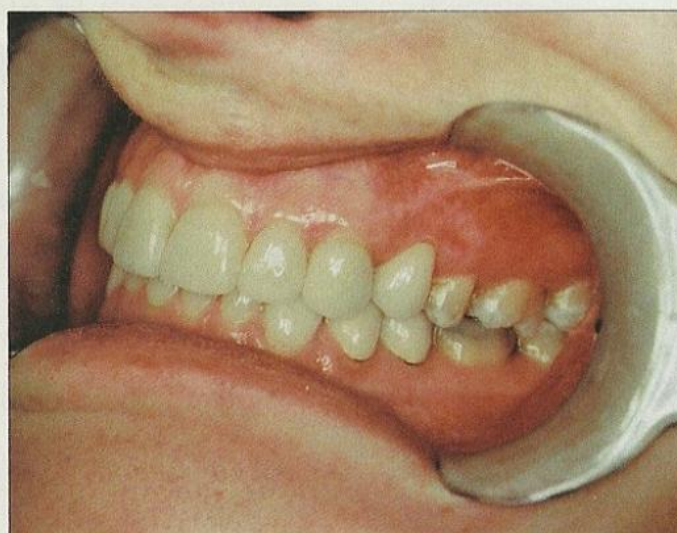
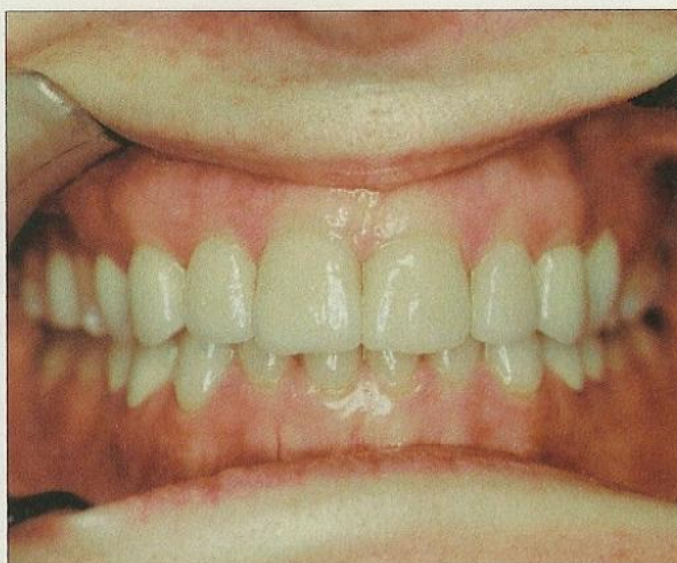


Figura 7a, b y c.

preparación se extenderá hasta casi la mitad del diente por considerarlo más favorable, siempre respetando que el contacto de los dientes antero-inferio-

res con los antero-superiores sea en tejido dentario para evitar posibles fracturas. Para los provisionales ideamos una máscara de provisionales unidos (cuatro anteriores) que sujetasen mejor, pues por unidad se desprendían, y además así evitamos movimientos.

La restauración se hizo por tramos: a) Sector antero-superior; b) Sector antero-inferior; c) 13, 14, 23, 24; d) 33, 34, 35, 43, 44, 45.

Al finalizar la restauración se comprobaron las desoclusiones (caninas derecha e izquierda, y protusiva) que eran correctas. Se confeccionaron dos férulas transparentes de contención.

CONCLUSIONES

Hemos ofrecido a la paciente:

- una oclusión más estable y funcional,
- buena salud periodontal,
- más estética y satisfacción.

El tipo de porcelana empleado fue Empress 2, que hasta ahora ha dado buenos resultados. Pero en las restauraciones del futuro se emplearán porcelanas de alta resistencia mucho más evolucionadas con el núcleo de zirconio o alúmina, las cuales también serán más estéticas.

Revisión óptima después de tres años del tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Joseph Schmidseeder.** Atlas de Odontología estética. Ed. Masson, S.A..1999.
2. **McLaughlin-Bennet-Trevisi.** Mecánica sistematizada del tratamiento ortodóncico. Ed. Harcourt, S.A. Mosby Internacional, 2002 (ed. española).
3. **Julia F de Harfin,** Tratamiento Ortodóncico en el adulto. Médica Panamericana, 1999.
4. **Wolfran Biicking Dr.** Eficacia probada en la consulta, el tratamiento funcional preprotésico. Quintessence, n.º 9, vol. XVIII, noviembre 2005 (ed. española).
5. **Rodríguez Martínez AA.** Ortodoncia en el adulto y su relación con otras disciplinas odontológicas. Maxillaris, junio 2002.
6. **Rodríguez Martínez AA.** Tratamiento de un caso con enfermedad periodontal y posterior trauma oclusal. Maxillaris, febrero 2004.