

TÉCNICAS DE REHABILITACIÓN ORAL CON RESINAS Y CERÁMICA

DENTAL REHABILITATION TECHNIQUES WITH RESINS AND CERAMICS

Ivan Zapata Tello¹, Milagros Karina Soto Caffo²

¹ Inventor, posgrado en estética dental. Docente de la Universidad Alas Peruanas.

² Docente Auxiliar de la Escuela de Odontología. Facultad de Ciencias de la Salud de la UNJBG.

RESUMEN

OBJETIVO: Dar a conocer resultados de la búsqueda de artículos científicos relacionados a las técnicas de rehabilitación oral con resinas y cerámicas. **CONTENIDO:** En la actualidad, la erosión dental es la pérdida de estructura dentaria, lo cual ocasiona un problema estético y funcional del sistema estomatognático. La rehabilitación oral tradicional tiene una filosofía muy invasiva; por tal motivo, se han desarrollado técnicas más conservadoras para rehabilitar al paciente. El uso de resinas y cerámicas han revolucionado la odontología. Este tipo de rehabilitación mínimamente invasiva busca lograr el equilibrio del sistema estomatognático promoviendo la durabilidad de los materiales restauradores. Una buena planificación del tratamiento en mención, permitirá restablecer una adecuada armonización oclusal. **CONCLUSIONES:** La revisión muestra la duración en el tiempo de las resinas y cerámicas en las restauraciones con mínimo desgaste.

Palabras claves: Rehabilitación oral, cerámica, resina.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To present results of the search for scientific articles related to oral rehabilitation techniques with resins and ceramics. **CONTENT:** At present, dental erosion is the loss of tooth structure, which causes an esthetic and functional problem of the stomatognathic system. Traditional oral rehabilitation has a very invasive philosophy. For this reason, more conservative techniques have been developed to rehabilitate the patient. The use of resins and ceramics has revolutionized dentistry. This type of minimally invasive rehabilitation seeks to achieve the balance of the stomatognathic system by promoting the durability of restorative materials. A good planning of the mentioned treatment will allow to re-establish an adequate occlusal harmonization. **CONCLUSIONS:** The review shows the importance of resins and ceramics in the restorations with minimum wear with great effectiveness during the time.

Keywords: Oral rehabilitation, ceramics, resin.

INTRODUCCIÓN

En la sociedad moderna, el tratamiento de pacientes con desgaste dentario se ha vuelto cada vez más común. Una de las técnicas convencionales es la preparación completa de la estructura dentaria como el caso de las coronas en sus distintas variedades. Los tratamientos con coronas completas tienen un tiempo limitado de duración y posterior a ellos requieren tratamientos más invasivos. Por esta razón los clínicos deben adoptar un protocolo de tratamiento conservador para preservar

tanta estructura dentaria como sea posible, al mismo tiempo, restablecer la relación entre función, estética y longevidad de las restauraciones.

Varios estudios han señalado un aumento en la prevalencia de pérdida de la estructura dentaria, especialmente en un individuo joven. Sin embargo, se continúa tratando a este tipo de pacientes con las técnicas tradicionales por falta de evidencia científica que avalen otras técnicas más conservadoras.

Por consiguiente, se realizó una revisión de la literatura sobre tratamientos alternativos ante las coronas completas para justificar su aplicación clínica. Gracias a las mejoras de las técnicas adhesivas con el uso de resinas y cerámicas, las indicaciones para coronas han disminuido; por lo tanto, un enfoque más conservador puede ser propuesto.

TEMA CENTRAL Y ESTUDIOS

La base de la rehabilitación oral adhesiva es la biomimética, la cual es resultado de la unión estructural adhesiva de la restauración y el diente con una correcta apariencia óptica. Este procedimiento debe tener la capacidad de resistir repetitivas cargas y fuerzas biomecánicas multiaxiales durante un periodo prolongado de tiempo⁽¹⁾.

Daniel Edelhoff⁽²⁾ concluyó que en el sector anterior, el desgaste para una carilla tipo lente de contacto fue de 3 %, para carillas cerámicas fue de 30 %; y para una corona totalmente de cerámica y metalocerámica la eliminación era de 72%. El desgaste en el sector posterior para una corona de metal cerámica fue de 75%, para una incrustación fue de 27% y para una carilla oclusal fue de 5%.

Durante los últimos 30 años, el desarrollo de la filosofía del adhesivo en odontología y los altos rendimientos de unión alcanzados por sistemas adhesivos modernos han cambiado gradualmente la Dogma: "**dientes desvitalizados = diente coronado**". Los procedimientos clínicos de restauración se basan más bien en los principios de la odontología mínimamente invasiva, la cual intenta conservar los tejidos. Este tipo de odontología conservadora se realiza mediante el uso de técnicas adhesivas, ya que la adhesión asegura suficiente retención de material sin la necesidad de técnicas agresivas de macro retención⁽³⁾.

Diagnóstico Oclusal: Punto de partida para una rehabilitación

Todo tratamiento debe ser precedido de un correcto diagnóstico. Esta verdad clínica es muchas veces puesta de lado cuando el asunto es la rehabilitación de la oclusión. Tratar una oclusión enferma sin identificar, cualificar y cuantificar la dolencia es incurrir en el riesgo de realizar sólo procedimientos paliativos y no definitivos⁽⁴⁾.

El diagnóstico de la disfunción oclusal indica que se debe analizar la cantidad y la frecuencia de parafunción o hiperfunción ejercida por el paciente. A mayor grado de desequilibrio oclusal y mayor nivel de parafunción, mayor será la destrucción dental. El diagnóstico oclusal no puede ser realizado solo con la observación de la destrucción coronaria. El hueso alveolar, el ligamento periodontal, las articulaciones, la musculatura y, principalmente, la coordinación neuromuscular debe

recibir atención durante la formulación de un diagnóstico⁽⁴⁾.

Desgaste dental

El desgaste dental es un proceso de causa multifactorial que lleva a la pérdida de esmalte, dentina y a la esclerosis pulpar. Esa pérdida de sustancia puede darse por atrición de diente contra diente, por la erosión ácida o por la abrasión de agentes externos como en los casos de exceso de dentífricos o de alimentos abrasivos⁽⁵⁾. Cabe resaltar que a nivel clínico, raramente hay un único factor que actúe en la pérdida de la sustancia dentaria.

La pérdida por atrición puede ser diagnosticada por la apariencia pulida de superficies dentales opuestas, así como por el perfecto encaje de los patrones de desgaste entre los dientes antagonistas. En casos severos, se observa alguna hipertrofia de masetero, aspecto festoneado de los bordes de la lengua y lesiones repetidas en la mucosa. Tanto esmalte como dentina se disuelven en un medio ácido. El origen de ese agente acidificante puede ser tanto extrínseco como intrínseco. En condiciones de pH extremadamente bajo en el medio bucal, la atrición y la lengua se vuelve un agente coadyuvante de la erosión. De esa forma, hay un desgaste característico en las caras palatinas de los dientes anteriores y las cúspides internas de los posteriores⁽⁵⁾.

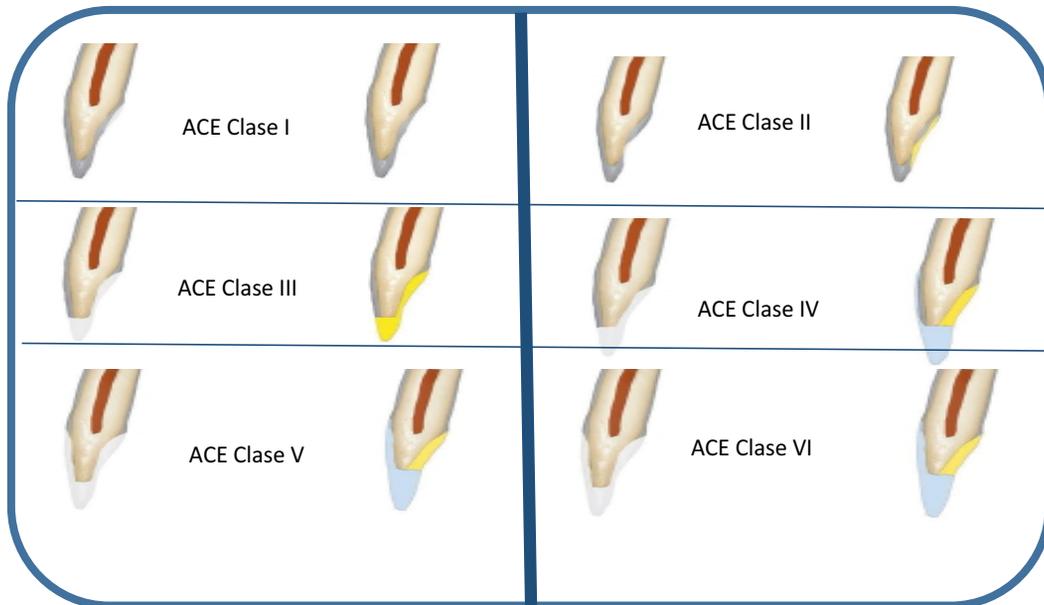
Rehabilitación Oral Adhesiva

La evaluación de la gravedad de la erosión es complicada debido a la subjetividad de los métodos de evaluación.

Varios autores^{(5) (6) (7)} han propuesto clasificaciones e índices que abordan desgaste de los dientes en general, incluyendo criterios diagnósticos. Recientemente, Bartlett y col.⁽⁵⁾ publicaron un nuevo sistema de puntuación, denominado Desgaste Erosivo Básico (BEWE). Este sistema fue diseñado tanto para fines científicos como clínicos.

Clasificación ACE

La clasificación ACE está estrictamente relacionada con la observación clínica del estado del maxilar anterior, los cuales son generalmente los más dañados. Los pacientes se agrupan en seis clases y, para cada clase es necesario un plan de tratamiento específico. La clasificación se basa en cinco parámetros pertinentes para la selección del tratamiento y la evaluación del pronóstico, tales como la exposición de la dentina en las áreas de contacto, la preservación de los bordes incisales, la longitud de la corona clínica restante, la presencia de esmalte sobre las superficies vestibulares y la vitalidad de la pulpa.



ACE Clase I: El paciente presente adelgazamiento del esmalte en palatino. Tratamiento sugerido: protector oclusal, gel de fluoruro

ACE Clase II: El paciente presenta exposición de la dentina en palatino (áreas de contacto) sin dañar bordes incisales. Tratamiento: resinas palatinas directas o indirectas.

ACE Clase III: El paciente presenta exposición de dentina en palatino con daño de los bordes incisales (<2mm). Tratamiento: carillas palatinas.

Vailati, Brugera, Belser⁽⁶⁾ reportaron un caso de Ace clase III en una paciente de 25 años, quien presentaba pérdida de soporte posterior y se observó erosión dental generalizada. La pérdida de estructura dental fue menos de 2 mm. La paciente fue rehabilitada con la técnica modificada de tres pasos realizando table tops de cerámica en el sector posterior. Adicionalmente, se colocaron carillas palatinas de composite en el sector anterior, además de carillas de cerámica en vestibular del sector anterior. Los autores concluyeron que la intervención temprana de dentina expuesta reduce el riesgo de fractura en los dientes anteriores. Solo el tiempo dirá si este tipo de enfoque temprano y mínimamente invasivo es la mejor solución para el paciente afectado con erosión dental.

ACE Clase IV: El paciente presenta dentina expuesta en toda la cara palatina con pérdida del largo del diente (>2mm), preservando la cara vestibular de esmalte. Tratamiento: Técnica sándwich.

En un estudio prospectivo clínico de seguimiento de 6 años en dientes afectados con erosión severa y tratados con técnicas mínimamente invasiva, se concluyó que

clínicamente no existieron fallas a largo plazo en los cuales se midieron resultados biológicos, estéticos y mecánicos⁽⁷⁾.

ACE Clase V: Paciente con dentina expuesta en la cara palatina, pérdida del largo de los dientes (>2mm), pérdida de esmalte vestibular.

Tratamiento: Técnica sándwich experimental.

Grutter y cols.⁽⁸⁾ realizaron una rehabilitación oral adhesiva en pacientes con erosión dental severa cambiando los pasos clínicos y de laboratorio. Los autores utilizaron la técnica de 3 pasos por la simplicidad en la rehabilitación oral, donde hubo un buen resultado clínico, estético, mecánico y mayor éxito biológico logrado.

ACE Clase VI: Paciente con pérdida avanzada de la estructura del diente conducente a necrosis pulpar. Tratamiento: Técnica sándwich (altamente experimental).

Vailati, Gruetter, Belser⁽⁷⁾ evaluaron por un periodo de seguimiento de 6 años a 12 pacientes afectados con erosión dental severa. Los pacientes fueron tratados con técnicas mínimamente invasivas. Se midieron los resultados y se observó que dos carillas separadas (una vestibular y una palatina) pudieron ser restauradas de manera segura en el sector anterior incluso en caso de dentición erosionada gravemente comprometida. No se encontraron fallas en las restauraciones como tampoco caries secundaria ni complicaciones endodónticas. En una escala de análisis, los pacientes refirieron satisfacción estética y funcional alta, aceptada en un 94.6 %. Así, el tratamiento descrito resultó ser una

excelente alternativa en comparación con full coronas. Estos resultados alentadores desde el punto de vista biológico, mecánico y estético deberían cuestionar seriamente si los tratamientos con coronas en los sextantes anteriores estarían indicados para tratar estos casos en particular.

CONCLUSIONES

- La erosión dental es una patología que no se prioriza y que afecta a individuos a corta edad. A menudo la destrucción avanzada de los dientes es el resultado no solo de un difícil diagnóstico inicial sino también de la falta de una intervención oportuna. Tradicionalmente, las rehabilitaciones orales extensas se evitaban para

estos pacientes y se esperaba que la pérdida dental del tejido sea más notoria antes de proponer una rehabilitación oral convencional por la agresividad del tratamiento que incluían endodoncias, postes y coronas.

- El nuevo enfoque clínico de rehabilitación oral adhesiva para el tratamiento de erosión generalizada avanzada consiste en realizar un correcto diagnóstico oclusal, análisis de oclusión con modelos montados en el articulador y encerado de diagnóstico. Teniendo estos instrumentos de trabajo se podría realizar en el sector posterior *onlays* de resina y en el anterior (carillas palatinas de resina y carillas vestibulares de cerámica). Las técnicas adhesivas simplifican tanto los procedimientos clínicos como los de laboratorio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pascal Magne, Panagiotis Bazos . Bio -Emulation : biomimetically emulating nature utilizing a histo- anatomic approach, structural analysis . The European journal esthetic dentistry vol6 .2011.
2. Daniel Edelhoff. Tooth Structure Removal Associated with Various Preparation Designs for Posterior Teeth. Int J Periodontics Restorative Dent 2002;22:241–249.
3. Giovanni Tommaso Rocca Crown and post-free adhesive restorations for endodontically treated posterior teeth: from direct composite to endocrowns. (Eur J Esthet Dent 2013;8:154–177.
4. Rafael Decurcio , Paula Cardoso. Carillas lentes de contacto y fragmentos cerámicos. Edición 2015.
5. Barlett . The role of erosion in tooth wear: ethiology , prevention and management . Int Dental J. 2005;55: 277-84.
6. Vailati, Bruguera, Urs Belser. Minimally invasive treatment of initial dental erosion using pressed lithium disilicate glass – ceramic restorations : A Case report. . Quintessence .2012.
7. Vailati Belser Grutter. Adhesively restored anterior maxillary dentition affected by severe erosion : up to 6 – years results o a prospective clinical study. The European Journal of Esthetic dentistry. Vol 8 Number 4. 2013.
8. Grutter , Vailat Full-mouth adhesive rehabilitation in case of severe dental erosion, a minimally invasive approach following the 3- step technique. The European journal of esthetic dentistry. Vol 8 Number 3 . 2013.

Correspondencia:

Karina Milagros Soto Caffo
sc_mili17@hotmail.com

Fecha de recepción : 05 de setiembre de 2018
Fecha de aceptación : 07 de marzo de 2019