

## **Carillas estéticas con la utilización de resinas compuestas como alternativa ante el cierre de diastemas. Reporte de un caso.**

**Oscar Issac Cortés Acevedo**

Médico Cirujano Dentista UAZ,  
Maestría en Estética dental UPE  
y Director de OICA

Correo electrónico:  
issac.dentistry\_xto@hotmail.com



**Palabras clave:** Carillas,  
resinas compuestas, diastema,  
estética, función

### **Resumen**

Las carillas son un tratamiento restaurador que ha probado su bondad después de muchos años de uso clínico, especialmente en el sector anterior por sus implicaciones estéticas, con porcentajes de éxito próximos al 95% a los 10 años. En el presente artículo se presenta un caso del tratamiento con carillas de resina, los órganos dentarios tratados fueron del 12 al 22 con restauración directa, utilizando resina compuesta fotopolimerizable. El adecuado manejo y los nuevos avances de la tecnología adhesiva empleados, aplicados en un marco racional y clínico, facilitaron la resolución de este caso, se restableció la estética, la función y el equilibrio perdidos, en una sola sesión; además se lograron expectativas satisfactorias a largo plazo y no solo como una solución provisional para dientes anteriores con pigmentación u otras alteraciones del tejido dentario. Por tales razones se decidió la presentación del caso.

---

## **Aesthetic veneers with the use of composite resins as an alternative to the closure of diastemas. Report of a case.**

### **Summary**

Veneers are a restorative treatment that has proven its goodness after many years of clinical use, especially in the previous sector for its aesthetic implications, with success rates close to 95% at 10 years. In this article we present a case of treatment with resin veneers, the treated dental organs were from 12 to 22 with direct restoration, using light-curing composite resin. The proper handling and the new advances of the adhesive technology used, applied in a rational and clinical framework, facilitated the resolution of this case, restored the aesthetics, the function and the lost balance, in a single session; In addition, satisfactory long-term expectations were achieved and not only as a provisional solution for anterior teeth with pigmentation or other alterations of the dental tissue. For these reasons, the presentation of the case was decided.

**Keywords:** veneers, composite resins, diastema, aesthetics, function.

## Introducción

La sonrisa se utiliza como parte del lenguaje, expresando alegría, felicidad o placer. La estética facial asociada con los dientes ha preocupado a la sociedad desde la antigüedad. El temor al rechazo social por cambios de forma, color o posiciones dentales, puede producir un gran impacto psicológico en los pacientes. Por todo ello surge la odontología estética o cosmética que es una especialidad de la odontología que soluciona problemas relacionados con la salud bucal y la armonía estética de la expresión facial en su totalidad.

La odontología estética se encuentra en avance y ha sido cada vez más practicada en los últimos años. Ese avance se debe principalmente a los procedimientos adhesivos que han provocado desenvolvimiento de materiales restauradores, y que buscan la reproducción de las características naturales de la estructura dentaria. En Odontología, un problema observado constantemente en pacientes adultos es la presencia de diastemas ya sea provocados por un estado fisiológico natural, como de enfermedad periodontal.

En consecuencia, la sociedad se está concientizando sobre la importancia de la salud y de la estética, de esta manera, la demanda por tratamientos estéticos rehabilitadores en casos de diastemas ha aumentado. Los parámetros de estética dictados por la sociedad obligan a las personas a buscar, cada vez más, armonía dentofacial. En consecuencia, se incrementa el número de tratamientos estéticos relacionados con cambios de forma, posición y color de los dientes.

Actualmente, el desenvolvimiento observado en las resinas compuestas proporciona al odontólogo la oportunidad de reproducir con gran fidelidad los dientes naturales. Las propiedades químicas han mejorado constantemente, proporcionando mejor durabilidad, resistencia y estética satisfactoria. La disponibilidad de sistemas

adhesivos eficaces y las recientemente lanzadas resinas compuestas de nanopartículas posibilitan ofrecer alternativas conservadoras a los tratamientos estéticos. Por tales razones se decidió la presentación del presente caso.

## Presentación del caso

Paciente de 27 años de edad, femenina, que acudió a consulta por presentar afectación estética y sensibilidad ocasional a la ingestión de alimentos ácidos y a los cambios de temperatura, con antecedentes de ortodoncia con durabilidad de 5 años, por lo que decidió solicitar tratamiento. Como dato positivo al interrogatorio la paciente refirió que tiene buena higiene bucal, que los dientes permanentes brotaron normalmente, y al cabo de los años comenzaron a separarse por lo que recurrió al tratamiento ortodóntico el cual no le resolvió el cierre de diastemas. No refirió enfermedades sistémicas ni antecedentes hereditarios hasta el momento. Al examen clínico se observaron diastemas desde el diente 12 hasta el 22 (Figura 1).



**Figura 1.** Presencia de diastemas desde el OD 12 al 22

**Pronóstico:** favorable.

**Plan de tratamiento:** Evaluación del tejido remanente, análisis de la oclusión, análisis periodontal, restauración directa mediante carilla estética con resina fotopolimerizable. Con respecto a la evaluación del tejido remanente es necesario verificar que debe ser suficiente en canti-

dad y calidad, para efectuar este tipo de restauraciones adhesivas directas. Se debe realizar el análisis de la oclusión, ya que las mordidas borde a borde o los hábitos parafuncionales, son desfavorables, para la confección de carillas directas con resinas compuestas. El diente deberá estar sano desde el punto de vista periodontal. Con una encía sana se obtendrá un buen resultado biológico y estético. Si la encía no estuviera sana habrá que normalizarla antes de confeccionar la carilla.

### Instrumental y material utilizado:

- Explorador, espejo bucal, pinza para algodón, pieza de mano de baja y alta velocidad.
- Tiras de celuloide.
- Fresa cilíndrica punta de diamante número 1093.
- Puntas de diamante de grano grueso, mediano y fino.
- Instrumentos para aplicar y tallar el material.
- Papel de articular.
- Adhesivo a elección (3M ESPE ADHESIVE).
- Composite (3M ESPE, A2).
- **Instrumentos para el pulido:** tiras de pulir. Discos abrasivos. Puntas y copas de gomas abrasivas. Pasta para brillo. Fresas de diamante de un Kit de acabamiento y pulimento.
- Lámpara de foto curada.

**Técnica operatoria realizada:** carillas labiales completas con resina compuesta foto curada. (Se decidió no reducir el espesor del esmalte labial, ya que buscamos la preservación del tejido sano, justo el adecuado para incorporar las capas adicionales de resinas sin aumentar inadecuadamente la masa labial del diente).

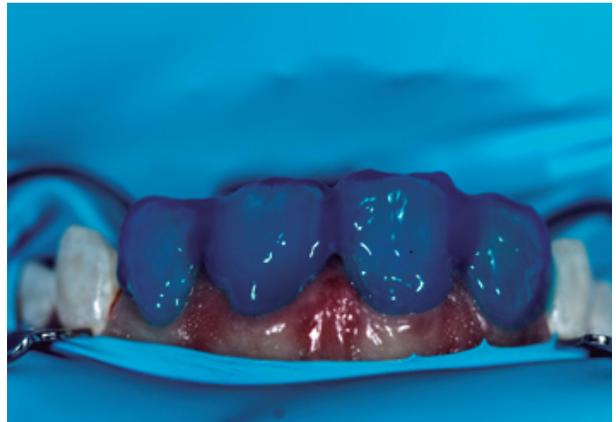
1. Se limpió el diente con un cepillo y pasta sin

flúor a baja velocidad, después de enjuagado se secó ligeramente con aire.

**2. Selección del color:** pese a los numerosos textos y artículos escritos sobre la selección del color, este sigue siendo un acto operatorio altamente empírico e intuitivo. Los dientes deben estar húmedos. Es conveniente hacer la selección bajo dos fuentes de luz diferentes, la de la habitación y la natural, por ejemplo: no es conveniente usar el reflector bucal, porque su luz es muy intensa y amarillenta. El paciente debe participar, con un espejo, en la selección del color. Se prueba con una muestra del material de restauración que se utilizará para la carilla colocando sobre la superficie del diente, sin hacer grabado ácido, hasta lograr el color adecuado.

3. Se realizó aislamiento absoluto modificado (Figura 1) de los dientes.

4. Se realizó grabado ácido de la cara vestibular por 15 segundos, se enjuagó eliminando totalmente los restos de ácido, quedando el diente con un aspecto blanco calcáreo. (Figura 2).



**Figura2.** Aplicación de ácido orthofosfórico al 35%

5. Seguidamente se aplicó el bond con un pincel delgado, fotopolimerizándolo durante 30 segundos.

6. Posteriormente se comenzó a colocar el material, de las caras mesial y distal hacia el centro por incremento, luego se completó la parte central de la superficie vestibular con

una pequeña cantidad de resina compuesta, culminando con una delgada capa en toda la superficie labial con relleno del tono apropiado, y de esta manera se fue dando la forma al diente. (Figuras 3 y 4).



**Figura 3. Colocación de Resina compuesta D2**



**Figura 4. Colocación de capa de esmalte**

7. Se eliminó el exceso de material en torno al margen antes de polimerizar la resina.

8. Después que polimerizó el material, se quitó la matriz, se exploró cuidadosamente el margen y se eliminaron los excesos con fresas de diamante. El acabado se realizó con discos de pulido de grano fino, gomas abrasivas del kit de pulido. Por los espacios interdentarios se pasaron tiras de pulir, pero sin destruir la relación de contacto. (Figuras 5 y 6).



**Figura 5. Dientes antes de los excesos**



**Figura 6. Dientes pulidos y sin excesos**

**9. Control posoperatorio:** se controló la oclusión con papel articular, en céntrica y en desoclusiones laterales, especialmente la excursión protrusiva, haciendo que los dientes contacten borde a borde para evitar cualquier contacto prematuro que pueda producir una fractura del composite. Se aconsejó a la paciente que no ingiriera bebidas o alimentos de colores intensos (te, café, mate, jugos, etc.) durante las primera 24 horas para evitar cambios de coloración y consolidar el sellado marginal de la brecha entre el composite y el diente. (Figura 7).



**Figura 7.** Cita control después de chequeo de oclusión

## Discusión

Los dientes permanentes en desarrollo pueden dañarse por traumatismos o infecciones relacionadas con sus predecesores. Los tejidos dentales se forman en dos fases: la de depósito de matriz orgánica y la de mineralización. El cierre de diastemas con resinas compuestas es una técnica que demanda mucha atención del profesional para evitar la formación de dientes desproporcionados ya que involucra aumento de volumen mesiodistal de los dientes. Muchas veces podrían realizarse tratamientos de este tipo en el que si no se toman en cuenta las proporciones de la sonrisa, lejos de favorecer al problema estético, más bien lo empeoraría: provocando una impresión de macrodoncia en los pacientes tratados de esta manera. Así lo refieren numerosos autores.

En nuestro caso en particular esta proporción se tuvo en cuenta; la paciente admitía (por las dimensiones mesiodistales) un incremento en sentido mesial de ambos incisivos. Por eso es importante, para llegar a un correcto diagnóstico, realizar un adecuado interrogatorio y examen clínico al paciente para poder identificar las características clínicas diferenciales de una afección u otra y realizar el mejor tratamiento, contemplando en todo momento los tratamientos con fines estéticos desde el punto de vista personal y subjetivo del paciente, colaborando con él para cumplir sus expectativas y deseos.

## Referencias bibliográficas

Alam MK. The multidisciplinary management of median diastema. *Bangladesh Journal of Medical Science*. 2010;9(4):234-7.

Autrán Mateu F, Cañameras I. Cierre de diastemas. Clasificación y técnicas de composite. *Gaceta Dental: Industria y Profesiones*. 2011;22(229):156-83.

Baratieri LN. *Odontología restauradora: fundamentos y técnicas*. Brazil: Livraria Santos; 2011.

Castro M. Diastemas: restabelecimento da harmonia do sorriso. *RGO. Revista Gaúcha de Odontologia*. 2010;58(2):253-6.

Dell'acqua A, Espinosa Fernandez R, Fernández-Bodereau (h) E, Henao Pérez D, Kohen S, Mondelli J, et al. *Estética en Odontología Restauradora*. 1a ed. Madrid: Editorial Ripano S.A.; 2006.

Eugenio J. Aplicación clínica de los parámetros estéticos en odontología restauradora. *Acta Odontológica Venezolana*. 2011;47(1):38-45.

Furuse AY. Remodelación Cosmética de la Sonrisa. *Acta Odontológica Venezolana*. 2011;47(4).

Gomes JC. *Estética em clínica Odontológica*. 15º Congreso Internacional de Odontologia. 1ª ed. Ponta Grossa: Editora Maio; 2005.

Jon LY. Cierre de diastema con restauraciones directas: reporte de caso. *Rev Estomatol Herediana*. 2010;20(4):203-7.

Kim Y, Cho Y. Diastema closure with direct composite: architectural gingival contouring. *Journal of Korean Academy of Conservative Dentistry*. 2011;36(6):515-20.

King KA, Powell L. Quick and Easy: Indirect Fabrication of Composite Veneers. *Journal of the Tennessee Dental Association*. 2010;90(2):32.

Latempa AMA, Bentherr RFA, Accetta DF, Latempa AA. Fechamento de diastema através do uso de resinas compostas—Relato de caso. *International Journal of Science Dentistry*. 2013;1(37):220-1.

Mazaheri H, Shirban MR. Diastema closure with composite resin using a new direct technique: a case report. *Journal of Isfahan Dental School* [Internet]. 2010 [citado enero 2015];6(4):[aprox. 5 pág.]. Disponible en: <http://en.journals.sid.ir/ViewPaper.aspx?ID=219075>

Navarro CF, Villanueva JA. Proporciones del equilibrio facial. *Quintessence técnica* (ed. esp.). 2011;22(2):80-95.

Rao R, Vishwanath BT. Esthetic enhancement with diastema closure—a case report. *Indian Journal of Dentistry*. 2011;2(4):184-6.

2. Remoh PV. Manual práctico para el ortodoncista del estudio de la radiografía cone beam (guía práctica). *Rev Esp Ortod*. 2011;41(1):39-48.

Vargas MA. Step-by-step approach to a diastema closure—a dual-purpose technique that manages black triangles. *J. Cosmetic Dent*. 2010; 26(3):40-5.

Wolff D. Recontouring teeth and closing diastemas with direct composite buildups: a clinical evaluation of survival and quality parameters. *Journal of dentistry*. 2010;38(12):1001-9.