

Departament d'Estomatologia

PATOLOGÍA DENTAL, ODONTOLOGIA
CONSERVADORA
Y ENDODONCIA II

Unitat Docent de Patologia i Terapèutica Dentàries

Leopoldo Forner Navarro

José Luis Sanz Aleixandre

María Pilar Melo Almiñana

Recubrimientos estéticos directos en el sector anterior maxilar.

OBJETIVOS

- Aislamiento del sector anteromaxilar con dique de goma
- Realización de una llave de silicona
- Preparación de dos cavidades de clase IV adyacentes maxilares, incluyendo toda la superficie vestibular
- Realización de biseles corto y largo
- Manejo de procedimientos adhesivos
- Reproducir la anatomía dental con resinas compuestas
- Utilizar matrices
- Restauración directa de la cara palatina, punto de contacto, y superficie vestibular
- Pulido de la restauración estética

MATERIAL

-
- Modelo de trabajo
 - Instrumental rotatorio (turbina, contraángulo y acoplador)
 - Surtido de fresas de apertura, conformación cavitaria, y pulido
 - Mandril de contraángulo para discos de pulir
 - Discos y tiras de pulir *
 - Silicona de consistencia masilla *
 - Ácido ortofosfórico *
 - Agente de unión resina-esmalte/dentina *
 - Composite *
 - Lámpara de polimerización *
 - Guantes y mascarillas*
 - Espátulas de boca para la manipulación de resinas compuestas
 - Equipo de protección: bata, gafas de protección, mantel de protección para la mesa

*Material aportado por la Universitat de València



Instrumental necesario

PROCEDIMIENTO

Nociones previas.

Las fracturas coronales no complicadas son aquellas que no resultan en una exposición de la cámara pulpar, sino que únicamente involucran una pérdida de esmalte y dentina. Dentro de las fracturas coronales por traumatismo, la afectación del sector anteromaxilar, especialmente en el incisivo central, presenta una alta prevalencia. La extensión de la fractura, junto con la posible afectación pulpar, actúan como factores decisivos para la elección de un abordaje restaurador más o menos conservador. Estas lesiones traumáticas suelen afectar al borde incisal (parcial o totalmente) y a una cara proximal o a ambas, involucrando en mayor o menor medida a la cara vestibular. Las lesiones de caries próximo-incisales, requieren tratamientos rehabilitadores similares.

Los incisivos centrales maxilares presentan una longitud cérvico-incisal y una anchura mesio-distal anatómica mayor a los incisivos laterales maxilares, que debe mantenerse y/o adaptarse a las necesidades funcionales y estéticas del / de la paciente a la hora de su restauración.

La superficie vestibular del incisivo central maxilar, vista desde el plano oclusal, presenta una ligera convexidad hacia vestibular. Desde el plano sagital, la superficie vestibular es recta en sus dos tercios más apicales y ligeramente inclinada hacia palatino en su tercio más coronal. De nuevo, dichas características deberán mantenerse a la hora de su restauración.

Los ángulos mesial y distal del incisivo central maxilar difieren morfológicamente, siendo el ángulo mesial más recto, y el distal más redondeado. A su vez, ambos ángulos se encuentran más redondeados en el incisivo lateral maxilar. A la hora de su restauración, dichas proporciones deberán respetarse.

El punto de contacto entre los incisivos maxilares se encuentra presente a nivel del tercio medio e incisal. En caso de pérdida debido a una lesión de caries o traumatismo, la restauración del punto de contacto resulta imprescindible, no solo a nivel estético, sino por su importancia en la salud de los tejidos blandos circundantes. La reproducción de un punto de contacto anatómico y la forma de las paredes proximales dentales permitirá también el respeto de la papila gingival hacia éste, resultando, así como una menor acumulación de placa y una mayor facilidad para la limpieza de la zona.

En conjunto, la restauración estética del incisivo central maxilar por la presencia de una fractura coronal no complicada con compromiso del ángulo incisal y del punto de contacto supone la consideración de los factores anatómicos y morfológicos previamente descritos, y su reproducción para reestablecer su función y estética.

La práctica consiste en la realización de dos cavidades en los incisivos centrales superiores, que involucren el ángulo incisal y punto de contacto mesiales, y su posterior restauración estética mediante técnica directa con llave de silicona incluyendo el recubrimiento de toda la superficie vestibular.

1. Aislamiento

Se llevará a cabo un aislamiento del sector anteromaxilar con dique de goma, sobrepasando el punto de contacto de los dientes involucrados, y colocando elementos de sujeción (ej.: hilo de seda, *wedjet* o *clamp*) en los caninos o primeros premolares. Idealmente, se deberá realizar una “inversión” del dique de goma en el surco gingival de cada uno de los dientes aislados, ayudado mediante una espátula de boca o de modelado.



Aislamiento del sector anterosuperior

2. Confección de una llave de silicona

Para la confección de una llave de silicona, se mezclarán ambos componentes de la silicona de consistencia masilla en proporción 1:1, sin guantes, y se llevarán a la cara palatina del sector anteromaxilar. Idealmente, la llave de silicona no deberá cubrir la cara vestibular de los incisivos centrales, ni exceder en tamaño a los dientes involucrados. Dicha llave se realiza con el fin de reproducir la cara palatina y borde incisal de los incisivos centrales superiores tras su pérdida, por lo que deberá proporcionar una reproducción adecuada de ésta.



Confección de la llave de silicona



Reproducción de las caras palatinas y borde incisal mediante la llave de silicona

3. Conformación cavitaria

Se realizarán dos cavidades de clase IV en mesial de los incisivos centrales superiores, que involucren el ángulo incisal y el punto de contacto mesiales. Se extenderá la cavidad hacia palatino y hacia vestibular, mediante un bisel corto y largo; respectivamente. Para la cavidad, se recomienda utilizar una fresa redonda o troncocónica de diamante, y para los biseles, una fresa de lanza diamantada de grano fino. En esta práctica el bisel largo se prolongará hasta la proximidad con el borde cervical.



Conformación cavitaria



Biseles estándar: largo vestibular y corto palatino

4. Restauración de la cara palatina

A continuación, se procederá a la restauración directa de la cara palatina de los incisivos centrales superiores con composite. Para ello, se llevará acabo un grabado selectivo mediante ácido ortofosfórico al 37% durante 15-30s y su posterior lavado y secado. Seguidamente, se aplicará adhesivo en las superficies a adherir (fondo de la cavidad y biseles), se secará el solvente, y se polimerizará. Finalmente, mediante la llave de silicona, se restaurará la cara palatina de los dientes afectados de forma directa con composite.



Grabado selectivo



Aplicación de adhesivo



Restauración directa de la cara palatina mediante llave de silicona

5. Restauración del punto de contacto y cara vestibular

Se realizará la restauración del punto de contacto y de la cara vestibular de los incisivos centrales individuales. Para ello, se aislará el diente mediante una matriz de acetato y una cuña de madera. La restauración se llevará a cabo en dos incrementos: un incremento de composite que reproducirá la dentina, y un incremento de composite que reproducirá el esmalte. El incremento o masa de dentina deberá quedar centrado, sin llegar al borde incisal ni al punto de contacto. El incremento o masa de esmalte deberá cubrir al incremento de dentina, reproducir el borde incisal y el punto de contacto, y extenderse hacia la cara vestibular. Una vez realizados los incrementos en un diente, se repetirán los pasos para el diente contiguo.



Aislamiento unitario mediante matriz de acetato y cuña de madera



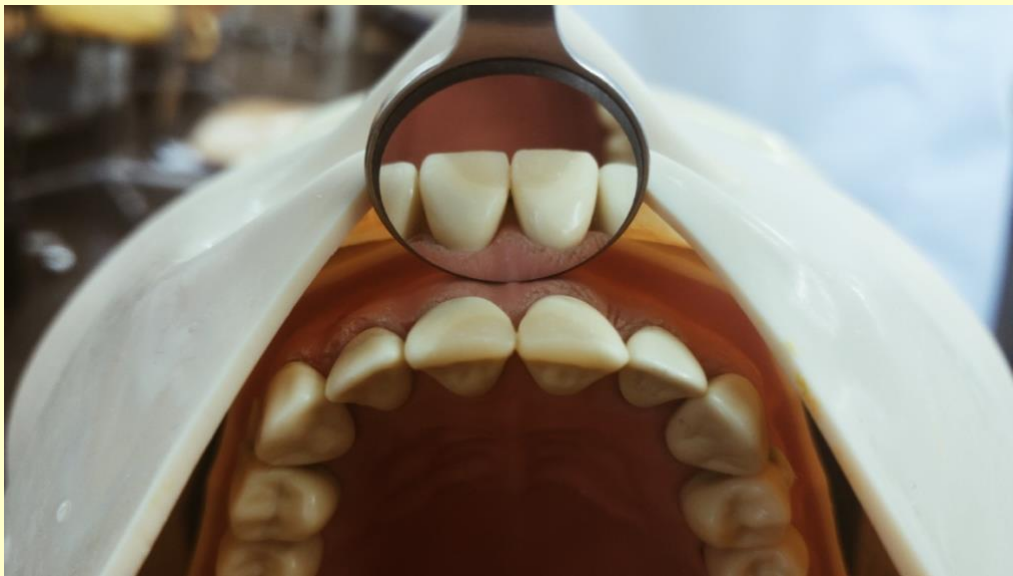
Modelado del incremento o masa de dentina



Modelado del incremento o masa de esmalte

6. Acabado y pulido

Una vez realizadas las restauraciones directas de ambos dientes, se procederá al pulido de éstas mediante fresas de lanza diamantadas de grano fino, discos de pulido y/o, copas de goma con pastas de pulido.



Acabado y pulido

EVALUACIÓN

Durante el desarrollo de la actividad práctica se evaluarán los siguientes aspectos:

- 1.- Aislamiento del sector anterosuperior**
- 2.- Confección de la llave de silicona**
- 3.- Conformación cavitaria**
- 4.- Restauración estética directa según los criterios descritos**