

Artículo docente

Una nueva forma de crear el efecto halo en carillas de composite.

Joan Gubau Mach: Profesor del Master de Rehabilitación Oral Estética de Mediana y Alta Complejidad de la Universidad Católica de Murcia UCAM - Barcelona, España

Fernando Autran Mateu: Director Académico del Master de Rehabilitación Oral Estética de Mediana y Alta Complejidad en Universidad Católica de Murcia UCAM - Barcelona, España

Resumen

Son muchos los casos de carillas directas de composite en los cuales, por erosión y/o abrasión de los dientes anteriores del paciente debemos alargar los mismos y crear un nuevo borde incisal. Esto nos permite crear un efecto halo, haciendo una estratificación tridimensional jugando con múltiples capas, que le aportan profundidad al halo incisal y realismo a nuestras restauraciones estéticas. Desgraciadamente no en todos los casos podemos disponer de este incremento de longitud del diente para estratificar tridimensionalmente, pero eso no significa que no tengamos la posibilidad de dotar a nuestras carillas directas de composite, de naturalidad y transparencia incisal realista. En estos casos, lo podemos conseguir con el uso de tintes y combinaciones de composites translucidos y opacos. En este artículo proponemos una forma de conseguir un efecto halo natural, y mostramos en caso clínico, la realización paso a paso de carillas directas de composite sin incremento de longitud incisal en el que se utilizan tintes para su caracterización, con el objetivo de conseguir unas restauraciones estéticas con gran naturalidad, además de varios “tips” estéticos para lograr un trabajo realista y armónico.



Introducción

Las carillas directas de composite son un tratamiento mínimamente invasivo muy utilizado hoy en día para solucionar problemas estéticos y dotar al paciente de una sonrisa armónica, equilibrada y bella. Tras varias décadas de perfeccionamiento, las carillas directas de composite son una técnica predecible y una de las más conservadoras con los tejidos dentales. Con los años los composites han evolucionado y hoy en día combinando varios de ellos podemos realizar unas restauraciones con la estética y pulido adecuado, sin renunciar a la dureza necesaria para resistir las fuerzas oclusales y resultar un tratamiento duradero en boca.

El hecho de no participar un laboratorio de prótesis en su confección, abarata el coste del tratamiento, y reduce el número de visitas en que el paciente tiene que acudir a la consulta. También se evita la colocación de provisionales, en ocasiones molestos para el paciente y el odontólogo, y con un coste en tiempo y materiales, adicional. Para realizar unas carillas directas de composite capaces de satisfacer estéticamente las exigencias del paciente y competir con la belleza de unas carillas cerámicas, hay que dotar individualmente a estas de naturalidad. Es decir, reproducir lo más fielmente la anatomía de los dientes anteriores y todos aquellos detalles que hacen que simulen un diente natural, como son: halo/transparencia incisal, caracterizaciones, anatomía secundaria y textura realista, etc. Todo esto englobado en un diseño armónico de la nueva sonrisa del paciente que implique, una forma, proporción y color, que sean de su agrado y que vayan acorde con los cánones estéticos en odontología.

Son muchos los autores que han publicado sobre análisis y diseño de la sonrisa, para conseguir un resultado armonioso y agradable a la vista. La arquitectura gingival idónea, la disposición de los bordes incisales, donde situar los puntos de contacto, la po-

sición de las líneas de transición, ángulos interincisales, inclinación de los ejes dentales según cada pieza, son algunos ejemplos. Sin embargo, aun cuidando todos esos aspectos de la arquitectura de la sonrisa, si no somos capaces de crear una caracterización individual en cada diente, nunca podríamos conseguir un resultado natural. Una sonrisa con unos dientes monocromáticos, nunca proporcionará un aspecto natural. Es por ello, que se debe prestar mucha atención a los pequeños detalles para acercarnos lo máximo posible a emular a la naturaleza.

Para dotar de esa riqueza cromática necesaria en las carillas directas de composite, la situación ideal es aquella en que dispones de espacio en el tercio incisal para alargar la longitud del diente, y aprovechamos esa circunstancia para crear un efecto halo haciendo una estratificación tridimensional. Si disponemos de ese espacio, la técnica que utilizamos, consiste en esculpir los mamelones dentinarios con un composite opaco que emula la dentina, sobre una capa de esmalte palatino, translucido blanquecino, y cubrimos el espacio entre los mamelones con un esmalte de efecto opalescente, para así realzar el efecto translucido del halo en el borde incisal. Posteriormente colocando una capa externa de esmalte cromático en el área cervical y media vestibular, que se funde con el esmalte acromático en el tercio incisal, conseguimos un efecto de transparencia tridimensional y una riqueza cromática muy similar a la de un diente natural. En aquellos casos en que no disponemos de la posibilidad de alargar el borde incisal del diente, y por tanto no podemos estratificar tridimensionalmente, debemos usar otros métodos para simular el efecto halo. En la variación de la técnica que proponemos, simulamos ese efecto caracterizando el tercio incisal del diente con diferentes tintes y masas de composite, para conseguir la riqueza cromática que es la responsable de aportar la naturalidad y el realismo del efecto halo en los incisivos. Este artículo tiene como objetivo mostrar en un caso clínico, la utilización de esta técnica.

Caso clínico

Paciente varón de 56 años de edad, sin antecedentes médicos a considerar. Acude a la consulta descontento por el aspecto “envejecido” de su sonrisa. Nos sugiere que le hagamos unas carillas directas de composite para mejorar su sonrisa, ya que su esposa las lleva y está muy contenta con ellas. Los principales requisitos estéticos del paciente son, aclarar el color y “tapar los espacios entre los dientes” (troneras

gingivales). Quiere un resultado lo más natural posible en sus carillas. [Figuras 1 y 2]



Figura 1: fotografía frontal de paciente en reposo

Figura 2: fotografía frontal de paciente en sonrisa

Análisis extra e intraoral:

Tras analizar la seriada fotográfica y los modelos de estudio tomados en la primera visita, nos dispomos a elaborar el encerado del caso, que significará la guía para llevar a boca nuestro diseño de sonrisa para el paciente. Así pues, debemos tener muy claros los problemas estéticos del paciente para poder solventarlos con el diseño de la nueva sonrisa. En este caso, los principales puntos a tener en cuenta son los siguientes:

- El paciente presenta sonrisa baja, es decir, no enseña la totalidad de la corona dental en sonrisa máxima. [Figuras 3, 4 y 5]



Figura 3: fotografía frontal del paciente en sonrisa máxima

Figura 4: perfil derecho del paciente en sonrisa máxima

Figura 5: perfil izquierdo del paciente en sonrisa máxima

- Recesión periodontal generalizada, que, sumado a la forma triangular de sus dientes, deja muy evidentes las troneras gingivales, cosa que molesta especialmente al paciente.

- Tinción superficial generalizada, sobre todo en las zonas cervicales e interproximales.

- El color dental no es del agrado del paciente y quiere "aclararlo".

- Caninos ligeramente rotados a mesial que hacen demasiado visible la vertiente disto-vestibular además de una cúspide muy pronunciada, lo que provoca un aspecto agresivo que tampoco es del agrado del paciente.

- El 1.2 se encuentra ligeramente rotado hacia distal, lo que hace muy evidente la cara mesial del diente y le hace sobresalir del plano vestibular respecto al 1.1. [Figuras 6, 7, 8, 9, 10 y 11]



Figura 6: primer plano frontal de la sonrisa del paciente



Figura 7: primer plano derecho de la sonrisa del paciente



Figura 8: primer plano izquierdo de la sonrisa del paciente



Figura 9: fotografía intraoral frontal del paciente en oclusión



Figura 10: fotografía intraoral derecha del paciente en oclusión



Figura 11: fotografía intraoral izquierda del paciente en oclusión

Diagnóstico y plan de tratamiento:

Tras el análisis estético y oclusal del paciente, se le ofrece realizar un tratamiento ortodóntico previo para solventar los problemas de oclusión, cosa que el paciente rechaza.

Llegados a este caso, decidimos abordar los problemas estéticos y de malposición, camuflándolo con carillas, en la medida que sea posible.

Por petición expresa del paciente, se valora la posibilidad de llevar a cabo carillas directas de composite como tratamiento para resolver su demanda estética. Las ventajas de las carillas directas de composite en un caso como este, son numerosas. La principal es que, al tener el paciente los dientes de forma triangular, su proceso periodontal ha dejado grandes espacios en las troneras gingivales. En el caso de querer

hacer carillas cerámicas, los dientes deberían sufrir un tallado muy agresivo con el fin de conseguir una trayectoria de inserción correcta. Este hecho en concreto ya nos hace desaconsejar al paciente el laminado cerámico. Con las carillas directas de composite, aparte de ser más conservadores con los dientes del paciente, podemos solventar fácilmente el cierre de las troneras gingivales, y obtener un color más claro. Otro motivo que refuerza la elección de este tratamiento, es la poca disponibilidad de tiempo del paciente para acudir a la consulta, por motivos laborales. Al tratarse de composites directos, además de evitar la colocación de provisionales, podemos realizar el tratamiento en dos sesiones, uno por arcada. En este caso, al no poder alargar por incisal los dientes, vamos a usar técnica de caracterización con tintes.

Llegados a este punto nos disponemos a empezar el tratamiento con carillas directas estratificadas de composite. En nuestro protocolo de trabajo, siempre se realiza previamente una tartrectomía, para eliminar cálculo y manchas en los dientes, y así disponer de una encía sana que nos permita realizar el tratamiento en condiciones óptimas.

Siguiendo el análisis de la sonrisa que hemos realizado, y viendo los cambios que queremos aportar a la nueva sonrisa, procedemos al encerado del caso. A partir de ese encerado confeccionamos una llave de silicona que nos servirá de guía y soporte para las capas de esmalte palatino de la estratificación. [Figura 12,13,14 y 15]



Figura 12: encerado del caso



Figura 13: guía de silicona



Figura 14: fotografía intraoral frontal en detalle del sector antero-superior del paciente previo al tratamiento



Figura 15: fotografía intraoral frontal en detalle del sector antero-inferior del paciente previo al tratamiento

Procedimiento restaurador:

Empezamos con una mínima preparación para corregir la rotación de los dientes 1.2, 1.3 y 2.3. Seguidamente asperizaremos la superficie con una fresa de diamante o un disco abrasivo con el fin de eliminar el esmalte aprismático y finalizaremos nuestra preparación con un arenado que nos proporcionara un micro grabado superficial idóneo para la adhesión. [Figura 16]



Figura 16: detalle de la preparación dental

Una vez hecha la preparación, procederemos a colocar el aislamiento. En este caso, preferimos hacer aislamiento relativo que nos permitirá trabajar sin

contaminación y al tiempo, tendremos buen acceso al margen gingival, para poder adaptar perfectamente el composite en la zona cervical y cervico proximal del diente. Para poder realizar un buen ajuste es indispensable una encía totalmente sana y saludable. Seguidamente empezaremos con la estratificación. Grabaremos selectivamente el esmalte de los dientes que vayamos a tratar, con ácido ortofosfórico al 37% durante 20 segundos, y después lavamos con abundante agua y secamos cuidadosamente. Para la adhesión de este caso, y dado que tenemos grandes superficies de esmalte, pero también áreas de dentina expuesta en las zonas cervicales, escogemos el EE Bond (Tokuyama), adhesivo autograbante de un solo paso. Aplicamos dos capas de adhesivo y tras evaporar el solvente y eliminar excesos de adhesivo, fotopolimerizaremos durante 20 segundos.

-Aumento del perfil de emergencia cervical mesial y distal:

Empezamos el modelado por los incisivos centrales, dado que son los dientes que requieren más estética y simetría, por ser los que están más cerca de la línea

media. Los incisivos centrales son, sin duda, los protagonistas de la sonrisa. Lo primero que debemos hacer es aumentar el perfil de emergencia mesial y distal en cervical. El motivo es que el paciente tiene los dientes de forma triangular y para cerrar el espacio excesivo en las troneras gingivales debemos cambiar la forma del diente a una más rectangular. Para ello debemos adaptar el composite perfectamente al perfil cervical mesial y distal del diente y no dejar escalones, de lo contrario condenaríamos al paciente a una inflamación permanente de la papila. Para realizar esta maniobra colocaremos una matriz de acetato entre la encía y el diente en el lado donde estemos trabajando, mesial o distal y tiraremos de la matriz en dirección a la papila dental para apartarla levemente. Esto isquemizará la papila. Seguidamente colocaremos una pequeña masa de composite de alta opacidad (dentina), en el espacio que hemos creado al apartar la papila, y lo adaptaremos perfectamente al contorno radicular interproximal en el que nos encontremos. Una vez hecho esto, fotopolimerizaremos durante 20 segundos. Al retirar la tira de acetato y liberar la papila, esta se asentará sobre el nuevo perfil de emergencia interproximal dejando un contorno adaptado y natural. Repetiremos la misma operación en el otro contorno interproximal del diente. Al concluirlo, tendremos la amplitud cervical necesaria para poder realizar un diente más rectangular y así cerrar las troneras gingivales. Seguidamente colocaremos la guía de silicona y nos valdremos de ella para rellenar con composite dentina, la zona proximal mesial y distal. Una vez hayamos terminado el contorno cervical definitivo de nuestro diente, procederemos a colocar una fina capa de dentina sobre toda la cara vestibular, recubriéndola toda, para disminuir la saturación oscura del diente y conseguir el cambio de color. Llegados a este punto, tendremos una base de dentina artificial, opaca y monocromática, que actuara como un lienzo donde poder aplicar los tintes y otras masas de composite para caracterizar nuestra restauración. El composite usado en este caso, fue Mosaic color A1 (Ultradent) que nos proporciona una opacidad excelente como dentina. [Figuras 17,18,19 y 20]



Figura 17: aumento del perfil de emergencia cervical mesial en 1.1 traccionando con una tira de acetato



Figura 18: aumento del perfil de emergencia cervical distal en 1.1 traccionando con una tira de acetato



Figura 19: aumento del perfil de emergencia cervical mesial y distal realizado en 1.1 y 2.1



Figura 20: capa de composite de alta opacidad (dentina) cubriendo toda la superficie vestibular de 1.1 y 2.1

-Caracterización con tintes (incisivo central):

El siguiente paso a realizar será la caracterización de nuestra carilla. Es importante señalar que la aplicación de los tintes debe ser sutil y no muy evidente, de no ser así, se destacará excesivamente al pulir la superficie de la carilla una vez terminada. Aplicaremos tinte marrón claro u ocre. En este caso, escogemos Renamel Colors, color Light Brown (Cosmedent) para el área cervical y así lograr una mayor saturación de esta zona y romper el tono monocromático del que partimos. Para ello depositaremos un par de gotas con el pincel (Nº1 de Cosmedent) y las ex-

tenderemos sobre el área cervical en forma de medialuna. Fotopolimerizamos 20 segundos. [Figura 21]

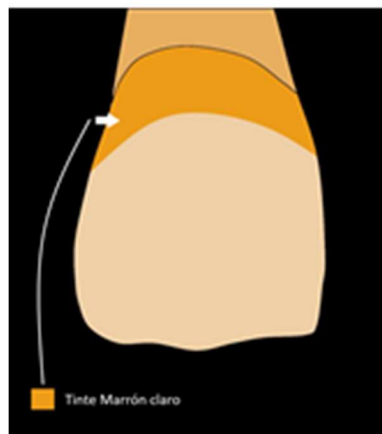


Figura 21: esquema de la caracterización cervical con tinte marrón claro

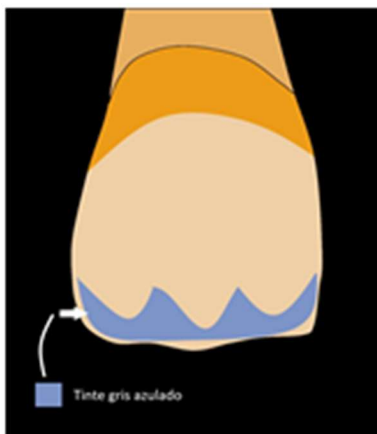


Figura 22: esquema del primer paso de la caracterización incisal con tinte gris azulado

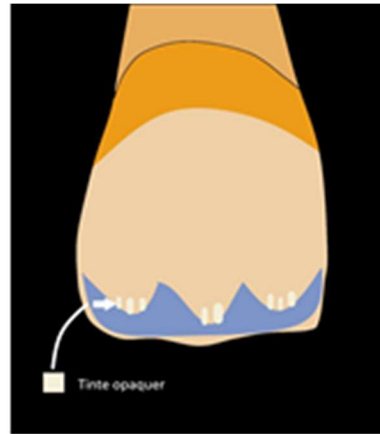


Figura 23: esquema del segundo paso de la caracterización incisal con opaquer

Una vez terminada la zona cervical, pasaremos a la zona incisal. Esta caracterización constará de varios pasos. Para el primer paso, mezclaremos una gota a partes iguales de tinte gris y azul. En este caso usaremos el sistema Estelite Colors, colores Grey y Blue (Tokuyama). Con el pincel, depositaremos unas gotas de la mezcla, en la zona correspondiente a la transparencia incisal del halo. Debemos dejar sin tinte a las zonas que corresponderían a la posición de los mamelones de crecimiento de la dentina. Tras limpiar el pincel uniremos entre ellas las gotas depositadas y al mismo tiempo las difuminaremos siguiendo la misma forma. Hecho esto, fotopolimerizamos. [Figura 22]

En las puntas más incisales de los hipotéticos mamelones central, mesial y distal, antes de llegar a la zona gris azulada que representa la transparencia incisal, depositaremos dos o tres pequeñas gotas de opaquer Low Chroma Opaquer (Tokuyama), en cada mamelón, y fotopolimerizamos. El objetivo es realzar por contraste, tanto el halo translucido, como los mamelones opacos. [Figura 23]

El último paso de la caracterización, consiste en depositar una pequeña gota de tinte amarillo u ocre, Light Brown mezclado al 50% con Honey Yellow, Renamel Colors (Cosmedent), sobre el que representa al mamelón central. En este caso sobre las pequeñas marcas de opaquer que simulan las puntas más incisales del mamelón central, que hemos reali-

zado en el paso anterior. Tras limpiar el pincel, debemos difuminar esa gota y fotopolimerizar. [Figura 24 y 25]

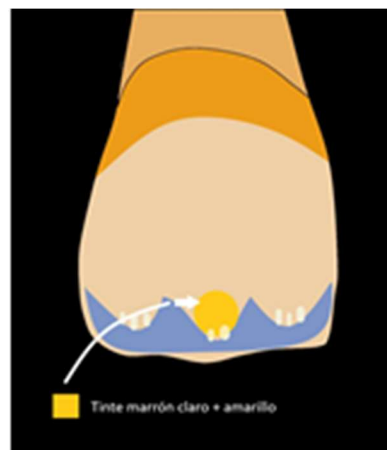


Figura 24: esquema del tercer paso de la caracterización incisal con marrón claro + amarillo



Figura 25: fotografía de la caracterización con tintes en 1.1 y 2.1

-Capa de esmalte cromático:

Con esta capa debemos cubrir los tercios cervical y medio de la superficie vestibular del diente, dando un volumen final en esta zona, pero gradualmente adelgazándola según vamos llegando a la zona donde hemos realizado la caracterización incisal con los tintes. El esmalte cromático desaparecerá definitivamente al llegar a la zona gris azulada del borde incisal. Pero no de forma regular, sino irregular, simulando unos hipotéticos mamelones, para realzar así la simulación de estos. En este caso el esmalte cromático utilizado es Estelite Sigma Quick, color BW (Tokuyama). [Figuras 27,28,30 y 31]

-Delimitación de la transparencia incisal (creación del marco blanquecino):

Es importante delimitar o enmarcar el gris azulado de nuestra caracterización con tintes por la parte más incisal de la cara vestibular. De lo contrario, nuestro borde incisal acabaría en gris azulado y podría dar la sensación de tener un diente desgastado. Por eso es importante delimitarlo con un marco blanquecino. Para llevar a cabo esta operación, usamos una pequeña cantidad de composite blanquecino y lo amasamos (con los guantes sin polvo limpios, y lavados con alcohol) para formar un “fideo” delgado, que colocaremos en el contorno del borde incisal. Es importante asentarlos sobre la cara vestibular, en su parte más incisal, no alargando el diente por debajo del borde incisal. Con esto, creamos un pequeño cajón incisal que vamos a rellenar posteriormente con el esmalte acromático. El composite blanquecino utilizado en la elaboración del marco incisal es Empress Direct, color Enamel BLXL (Ivoclar Vivadent). [Figuras 26,27, 30 y 31]

-Capa de esmalte acromático:

El último paso en la estratificación será rellenar el espacio que nos queda en el tercio incisal con esmalte acromático. El límite incisal de esta capa será el cajoncito que hemos creado con el composite blanquecino del paso anterior. Según llegamos al tercio medio esta capa se irá adelgazando gradualmente hasta desaparecer, para quedar fusionada con la capa de esmalte cromático realizada anteriormente. Fotopolimerizamos 20 segundos. Esto supondrá el final de nuestra estratificación. En este caso el composite utilizado ha sido Estelite Sigma Quick, color CE (Tokuyama). [Figuras 29 y 31]

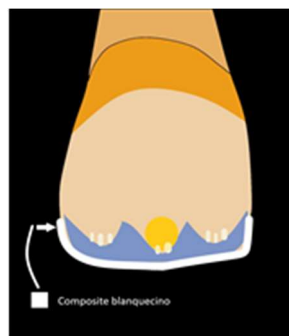


Figura 26: esquema de la delimitación del halo con composite blanquecino

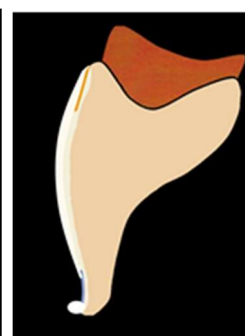


Figura 27: esquema del perfil de la delimitación del halo con composite blanquecino

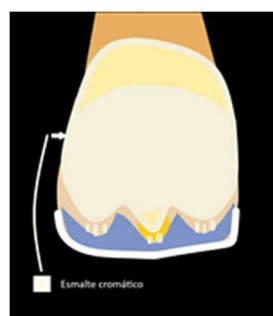


Figura 28: esquema de la capa de esmalte cromático

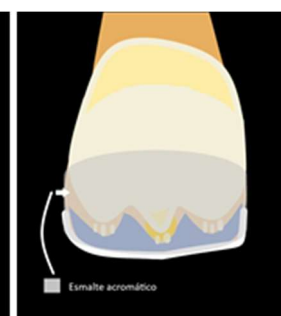


Figura 29: esquema de la capa de esmalte acromático



Figura 30: delimitación incisal del halo con composite blanquecino y capa de esmalte cromático en 1.1 y 2.1



Figura 31: capa de esmalte acromático en 1.1 y 2.1



Figura 32: aplicación de glicerina en la superficie de 1.1 y 2.1 para la polimerización final en ausencia de oxígeno

-Fotopolimerización final en ausencia de oxígeno:

Una vez terminada la restauración, debemos completar la fotopolimerización de la misma. La capa superficial del composite que está en contacto con el aire no está polimerizada. Esto se debe a que esta fina capa superficial de resina se encuentra inhibida por estar en contacto con el oxígeno. Para polimerizar totalmente esta capa, cubriremos la superficie de la carilla con glicerina en gel y seguidamente fotopolimizaremos 60 segundos. [Figura 32]

-Caracterización en los incisivos laterales:

La caracterización en los incisivos laterales será muy similar a la de los incisivos centrales. Haremos la misma saturación en la zona cervical con tinte marrón claro u ocre. En el caso del borde incisal también repetiremos la misma operación, simplemente teniendo en cuenta que, en la anatomía interna de un incisivo lateral natural, el mamelón central es más corto que los mamelones mesial y distal, justo lo contrario que en el incisivo central, donde el mamelón central es más largo que el mesial y el distal, es decir, este llega más a incisal.

-Caracterización de los caninos:

En los caninos, seguiremos realizando la saturación cervical con el tinte marrón claro u ocre, igual que en los incisivos, pero respecto al borde incisal simplificaremos la operación. Simplemente aplicaremos la mezcla de tinte gris y azul siguiendo la forma de la cúspide por el borde incisal. Finalmente, como realizamos anteriormente lo delimitaremos incisalmente con el composite blanquecino.

-Caracterización de premolares:

En este caso también aplicaremos el tinte marrón claro u ocre en la zona cervical, pero obviaremos la caracterización incisal. Aquí será suficiente finalizando la capa externa de esmalte con esmalte acromático en el tercio incisal.

-Acabado, pulido y abrillantado:

Una vez finalizada la estratificación, procederemos al acabado anatómico de las carillas directas de composite. El primer paso consistirá en marcar solamente la anatomía primaria. Lo haremos primero con una fresa de diamante de grano fino con forma de llama larga, esculpiendo las líneas de transición, la inclinación de los planos vestibulares, ángulos interincisales, borde incisal, etcétera. Para el pulido de la cara palatina, bastará con suavizar la interfase entre el composite y el diente con una fresa en forma de balón de rugby de diamante en grano fino o multihojas en carburo de tungsteno. Revisaremos la oclusión, articularemos y aliviaremos contactos si hace falta con la misma fresa. Finalizaremos la cara palatina suavizándola con una secuencia de gomas, primero de grano grueso, Flexicup azul (Cosmedent), después de grano fino, Flexicup rosa (Cosmedent). [Figura 33]



Figura 33: anatomía primaria vestibular esculpida con fresa de diamante de grano fino en forma de llama larga y acabado palatino con fresa de diamante de grano fino en forma de balón de "rugby"

Seguiremos con el pulido de la terminación cervical con una fresa multihojas de carburo de tungsteno, esta vez en forma de lanza larga. En primer lugar, con la fresa totalmente perpendicular al diente, apoyando la punta en la superficie radicular y así puliendo el margen cervical de la carilla. En segundo lugar, inclinaremos la fresa 45 grados para biselar el margen cervical y así suavizar la interfase con el diente, dejando una superficie lisa y pulida.

Una vez hecho esto, pasaremos un disco abrasivo de grano medio Flexidisc azul (Cosmedent) por toda la superficie. Es importante seguir la anatomía primaria marcada anteriormente para no abrasionarla con el disco. El objetivo de este disco será solo suavizar la superficie. Seguidamente pasamos un disco de grano fino, Flexidisc amarillo (Cosmedent) repitiendo la operación anterior para suavizar aún más la superficie, y empezar a adquirir brillo. En este punto pasaremos una tira de pulir de grano fino para el acabado de las áreas interproximales, New Metal Strips verde (GC). [Figura 34 y 35]

Una vez realizada la anatomía primaria, pasaremos a esculpir la anatomía secundaria. Lo haremos con una fresa multihojas de carburo de tungsteno en forma de llama larga. Una vez esculpida la anatomía secundaria, procederemos a suavizarla con una goma de grano medio Flexicup azul (Cosmedent).

Aunque no en todos los casos realizamos textura superficial, esculpir algún tipo de anatomía horizontal da mucha naturalidad a la restauración. En este caso pasaremos horizontalmente de forma suave la goma en forma de rueda Flexiwheel azul (Cosmedent), dejando muy poca distancia entre marca y marca, por toda la superficie vestibular. Como último paso, tenemos la opción de suavizar toda la superficie con una goma de grano fino Flexicup rosa (Cosmedent).

Una vez terminada la anatomía final de nuestras carillas directas de composite, el último paso consiste en el abrillantado de la superficie. Primero esparciremos pasta de pulir de óxido de aluminio de 30 μ , Enamelize (Cosmedent) por toda la superficie de las carillas. Seguidamente cepillaremos la superficie con un cepillo de pelo de cabra (Micerium), a baja velocidad y sin irrigación. Realizaremos movimientos circulares sin hacer mucha presión hasta que eliminemos la pasta superficial. A partir de este momento persistiremos con el movimiento circular aplicando más presión para conseguir el brillo final de las carillas. Aprovecharemos los restos de pasta de pulir que quedan por interproximal para pulir esas zonas pasando hilo dental Superfloss. [Figuras 36,37,38 y 39]



Figura 34: acabado cervical con fresa multihojas de carburo de tungsteno en forma de lanza larga y suavizado de la superficie con disco azul de grano medio



Figura 35: pulido de la superficie con disco amarillo de grano fino



Figura 36: esculpido de la anatomía secundaria con fresa multihojas de carburo de tungsteno en forma de llama larga, suavizado de la superficie con gomas azul de grano medio y rosa de grano fino, componente horizontal (anatomía terciaria) con rueda de goma azul, y abrillantado final con cepillo de pelo de cabra con pasta de pulir Enamelize

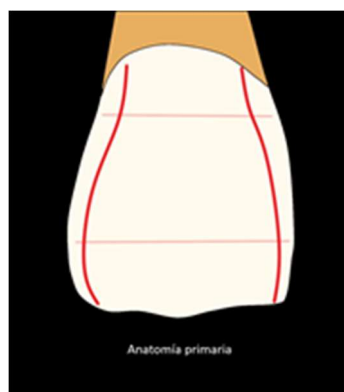


Figura 37: esquema de la anatomía primaria

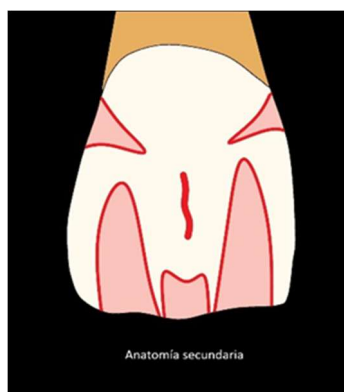


Figura 38: esquema de la anatomía secundaria

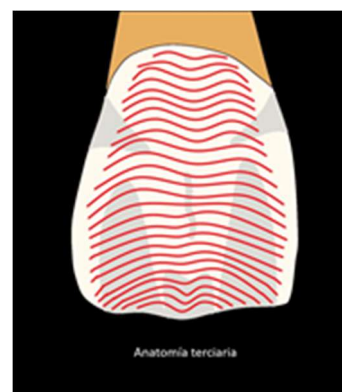


Figura 39: esquema de la anatomía terciaria

Conclusiones

Las carillas directas de composite proporcionan una solución muy conservadora para solventar problemas estéticos en el sector anterior. Aún y estando limitados por casos en los que no podemos estratificar tridimensionalmente al no poder alargar la longitud incisal del diente, podemos conseguir resultados naturales y realistas en nuestras carillas directas de composite. [Figuras 40,41,42,43,44,45,46,47,48 y 49].



Figura 40: fotografía frontal de la nueva sonrisa del paciente después del tratamiento



Figura 41: detalle de los incisivos del paciente después del tratamiento



Figura 42: fotografía extraoral frontal del paciente en sonrisa después del tratamiento



Figura 43: fotografía extraoral frontal del paciente en sonrisa máxima después del tratamiento



Figura 44: fotografía intraoral frontal en detalle del nuevo diseño de la estética anterior superior del paciente después del tratamiento



Figura 45: fotografía intraoral frontal en detalle del nuevo diseño de la estética anterior inferior del paciente después del tratamiento



Figura 46: fotografía intraoral izquierda en detalle del nuevo diseño de la estética anterior superior del paciente después del tratamiento



Figura 47: fotografía intraoral derecha en detalle del nuevo diseño de la estética anterior superior del paciente después del tratamiento



Figura 48: fotografía intraoral izquierda en detalle del nuevo diseño de la estética anterior inferior del paciente después del tratamiento



Figura 49: fotografía intraoral derecha en detalle del nuevo diseño de la estética anterior inferior del paciente después del tratamiento

Bibliografía

1. Korkut B. Smile makeover with direct composite veneers: A two-year follow-up report. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects*. 2018 Spring;12(2):146-151.
2. Feigenbaum N. Single anterior tooth restoration using a self-etching adhesive system and a reinforced microfill composite. *Compend Contin Educ Dent*. 2003 Aug;24(8 Suppl):21-6.
3. Fahl N Jr. Single-shaded direct anterior composite restorations: a simplified technique for enhanced results. *Compend Contin Educ Dent*. 2012 Feb;33(2):150-4.
4. Blank JT. Simplified techniques for the placement of stratified polychromatic anterior and posterior direct composite restorations. *Compend Contin Educ Dent*. 2003 Feb;24(2 Suppl):19-25.
5. Villarroel M1, Fahl N, De Sousa AM, De Oliveira OB Jr. Direct esthetic restorations based on translucency and opacity of composite resins. *J Esthet Restor Dent*. 2011 Apr;23(2):73-87.
6. Fahl N Jr. Commentary. A conservative approach for restoring anterior guidance: a case report. *J Esthet Restor Dent*. 2012 Jun;24(3):183-4.
7. Pontons-Melo JC, Atzeri G, Collares FM, Hirata R. Cosmetic recontouring for achieving anterior esthetics. *Int J Esthet Dent*. 2019;14(2):134-146.
8. Dietschi D, Fahl N Jr. Shading concepts and layering techniques to master direct anterior composite restorations: an update. *Br Dent J*. 2016 Dec 16;221(12):765-771.

9. Kabbach W, Sampaio CS, Hirata R. Diastema closures: A novel technique to ensure dental proportion. *J Esthet Restor Dent*. 2018 Jul;30(4):275-280.
10. Fahl N Jr. A polychromatic composite layering approach for solving a complex Class IV/direct veneer-diastema combination: part I. *Pract Proced Aesthet Dent*. 2006 Nov-Dec;18(10):641-5.
11. Fahl N Jr. A polychromatic composite layering approach for solving a complex Class IV/direct veneer/diastema combination: Part II. *Pract Proced Aesthet Dent*. 2007 Jan-Feb;19(1):17-22.