

3 Opciones Restaurativas

Para la práctica diaria

Sebastián Velazquez

Odontología General / Operatoria Dental



La práctica odontológica diaria evoluciona rápidamente. **El conocimiento de los protocolos operatorios es imprescindible**, así como el uso de los materiales dentales frente a las distintas situaciones clínicas que se nos presentan.

Actualmente nuestros pacientes están cada vez más informados y nos demandan **mejores resultados en tratamientos estéticos, en el menor tiempo posible**. Las expectativas son mucho más altas, por lo tanto el especialista debe mantenerse actualizado y prepararse para dicho desafío, siempre basándose en los **fundamentos teóricos y protocolos** adquiridos.

Compartiremos **3 técnicas** que representan distintas formas para realizar **restauraciones exitosas**. Explicando los distintos procedimientos ante el grado de avance de las lesiones a tratar, mínima, mediana o extendida.

STAMP TECHNIQUE

También conocida como Técnica de Estampado, está indicada en piezas dentales que presentan **caries activa con una anatomía conservada**, de Extensión Mínima de *Mount y Hume Tipo 1*. La técnica consiste en duplicar con algún material fluido, la cara oclusal del elemento dentario previamente a su tallado.

Este copiado se realiza **colocando una barrera gingival** (la misma que utilizamos para proteger la encía al momento de realizar el blanqueamiento dental) **sobre la superficie limpia del diente** (no se debe preparar la superficie con adhesivo o ácido fosfórico) para posteriormente **colocar un microaplicador embebido en el material fluido** sobre la cara oclusal y proceder a fotocurar, para luego retirar el estampado dental (*Figuras 1, 2*).

Una vez realizada la remoción de la lesión cariosa **se realiza la restauración convencional estratificada**, evitando el factor C de configuración cavitaria. **La última capa de resina no se fotocura** y se coloca una barrera de teflón sobre el diente para posteriormente colocar el microaplicador con el estampado dental.

En estos casos se sobreobtura ligeramente y **se aplica la guía de estampado con ligera presión** hasta su total adaptación. Se fotocura por breves segundos y se retiran los excesos de resina con un pincel, una vez finalizado **se fotocura convencionalmente hasta terminar la restauración** con su correcto acabado y pulido final, comprobando que los niveles de oclusión sean óptimos (*Figuras 3-7*).

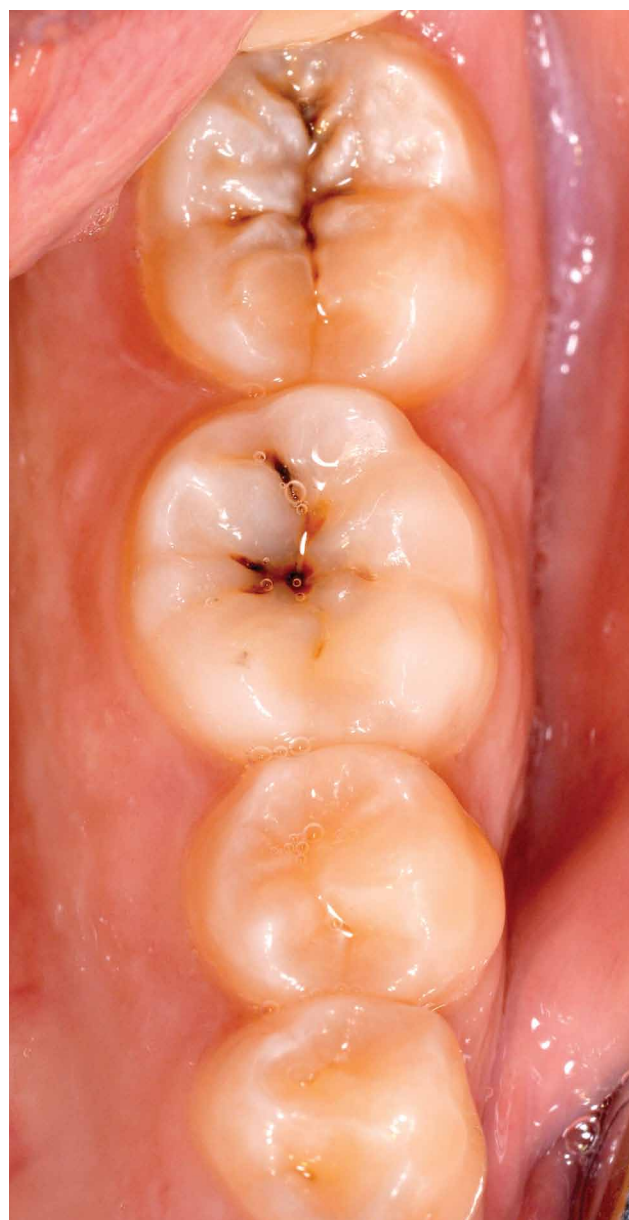


Figura 1.



Figura 2.



Figura 3.



Figura 4.



Figura 5.



Figura 6.



Figura 7.

La Técnica de Estampado también **puede ser realizada con dispositivos prefabricados**. Normalmente estos dispositivos presentan un material termoplástico en su parte activa, el cual **debe calentarse por 10 segundos**, adquiriendo una superficie brillante y moldeable.

Esta superficie moldeable se adapta al diente **haciendo presión leve para copiar la cara oclusal** del mismo y se enfría en boca con agua durante 20 segundos. Una vez obtenido el estampado oclusal se procede a eliminar el tejido cariado y **se prepara la cavidad para ser restaurada** siguiendo los protocolos.

De igual forma que la técnica anterior **no se fotopolimeriza la última capa de resina** y se procede a preparar el molde donde se tomó la copia de la cara oclusal aplicándole **una fina capa de agente de separación** como glicerina.

Una vez adaptado el molde al diente se fotocura y posteriormente **se eliminan los excesos y se evalúan los puntos de contacto** (Figuras 8-10).

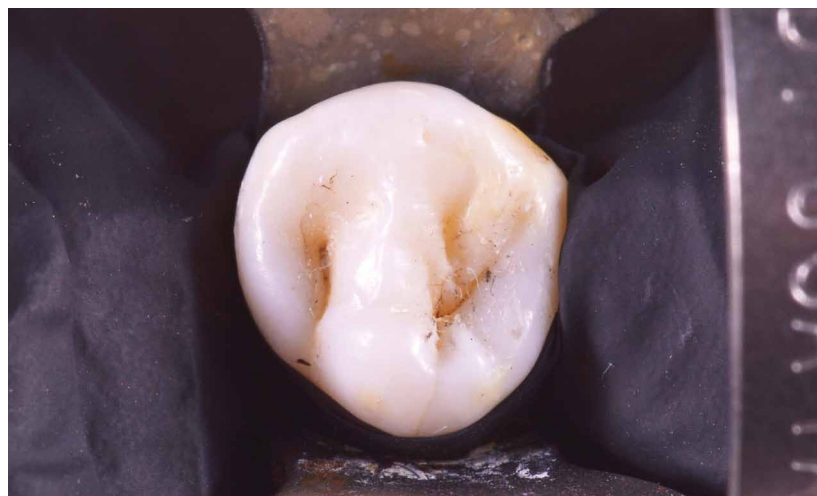


Figura 8.

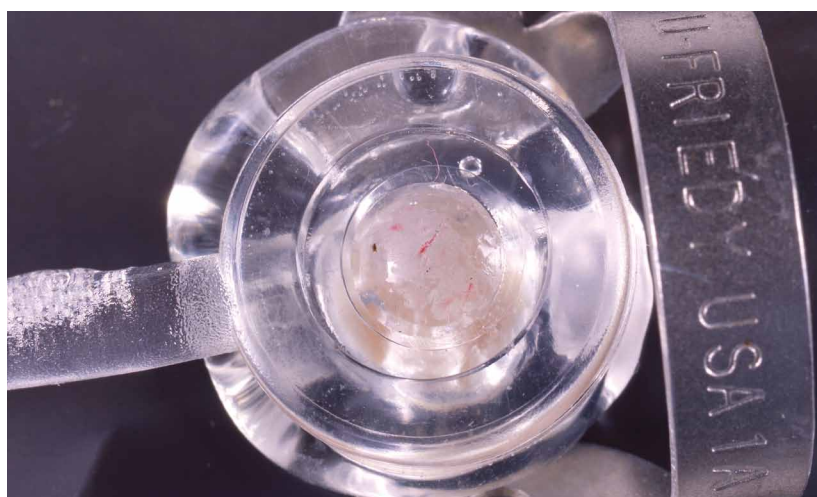


Figura 9.



Figura 10.

RESTAURACIÓN DIRECTA

Cuando se presenta un elemento con **cavitación de extensión mediana a grande Tipo 2/3**, con restauración deficiente o reemplazo de amalgama, es un caso que podría ser tratado con una restauración directa.

En el caso clínico se observa una restauración defectuosa de amalgama, la cual se procede a retirar, **siempre con aislamiento absoluto y potente aspiración**, para eliminar residuos tóxicos de la amalgama (Figuras 11, 12).

Una vez se eliminado todo el material se realiza un protocolo de adhesión con **sistema adhesivo de 4ª generación** y restauración con capas esferoidales y oblicuas, tratando siempre de **no contactar más de dos paredes, logrando un bajo factor C**, devolviendo la forma y función con alta aceptación del paciente (Figura 13).



Figura 11.



Figura 12.



Figura 13.

RESTAURACIÓN INDIRECTA

Cuando la magnitud de la lesión es **extendida o Tipo 4**, se procede siempre a una restauración de tipo rígida (Incrustación in/onlay). **El caso clínico muestra una restauración defectuosa**, la cual fue removida para ser sustituida por una incrustación bien adaptada (Figuras 14-16).

Utilizando la **técnica de Modelo Alveolar con una silicona de registro** se confeccionó una incrustación de tipo onlay, usando solo dos colores (dentina UD6 y esmalte UE1). De igual forma se realizó una **aplicación selectiva de tintes y cargas por capas** copiando la anatomía dentinaria y del esmalte (Figuras 17, 18).

Para cementar **es indispensable utilizar aislamiento absoluto**, evitando alguna filtración de saliva o de líquido crevicular. Se utilizó un provisorio rígido y se realizó un **Sellado Dentinario Inmediato** siguiendo la filosofía de *Pascal Magne*.

Para la cementación **se utilizó una resina fluidificada**, se eliminaron los excesos y posteriormente se fotopolimerizó, logrando así una adaptación de sellado óptimo (Figuras 19 - 22).



Figura 14.



Figura 15.



Figura 16.



Figura 17.



Figura 18.

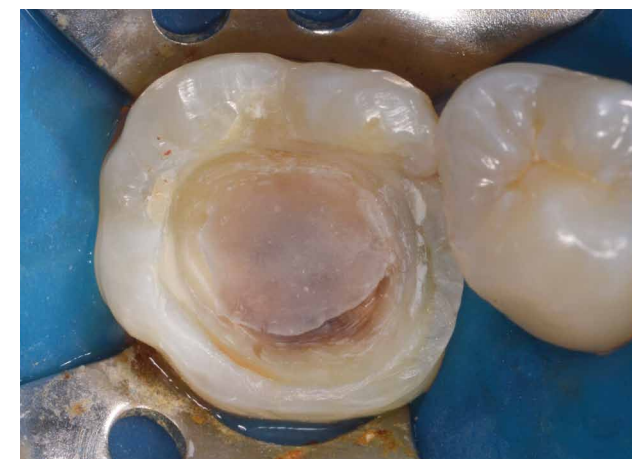


Figura 19.



Figura 20.



Figura 21.



En muchas ocasiones puede ocurrir que inmediatamente después de cementar, **observamos diferencias en el color de la restauración y el remanente dental**, este efecto es producto de la deshidratación que sufre la estructura dental debido al aislamiento. **La rehidratación del elemento dental se observará a las dos semanas**, consiguiendo una biomimética con el color que tomamos para la incrustación.

Es de gran importancia tener en cuenta **la forma y textura que se le transmite a la restauración**, ya que si realizamos una restauración plana, sin forma y además se toma un color que no es exacto, este error resaltará mucho más. Por otra parte si se realiza una anatomía y textura acorde, la luz se reflejará **dando una sensación de armonía** con el remanente dentario.

CONCLUSIONES

Es indispensable lograr un **correcto diagnóstico, tanto estético como funcional**, para poder determinar el tipo de restauración a realizar, ya sea plástica (resinas) o rígidas (in/onlays).

Para llevar a cabo estas técnicas es necesario **respetar los protocolos de trabajo** así como también de manipulación de los materiales a utilizar, siendo siempre meticulosos con los pequeños detalles que hacen la diferencia.

De igual forma se debe recordar:

- Elaborar una correcta determinación del color y forma.
- Estratificar las resinas, evitando **tocar la menor cantidad de paredes**.
- Minucioso pulido, para lograr alta performance estética.

Estos son nuestros procedimientos de trabajo, **siempre basados en fundamentos teóricos concretos** y apuntado a dos pilares: *simplicidad y trabajo en equipo*.

Referencias Bibliográficas

1. Manauta J, Salat A. Layers: An Atlas of Composite Resin Stratification - Editorial Quintessence. 2012. ISBN: 9788874921737
2. Hirata R. TIPS: Claves en Odontología Estética. Editorial Panamericana ISBN: 9789500603164
3. Chen TYF, Huang PS, Chuang SF. Modeling dental composite shrinkage by digital image correlation and finite element methods. Optics and Lasers in Engineering. 2014;61:23-30
4. Mount GJ, Tyas JM, Duke ES, Hume WR, Lasfargues JJ, Kaleka R. A proposal for a new classification of lesions of exposed tooth surfaces. Int Dent J. 2006;56(2):82-91
5. Bertoldi Hepbum A, Currao N. Contracción de polimerización en composites. Modificaciones en matriz orgánica. Oral-B NEWS. 2005;7(18):4-7
6. Skinner OW, Phillips IW. La ciencia De Los Materiales Dentales, 11a. Edición, 2004. Editorial Anusavice, Buenos Aires, Argentina. Página 39

Sebastián Velazquez

Odontología General / Operatoria Dental

Universidad Nacional de Córdoba

sebavelazquez@hotmail.com

f Sebastián Velázquez

