



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA

**TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGO**

TEMA:

Estudio comparativo entre una carilla de porcelana y una carilla de resina compuesta.

AUTOR:

Andrea Nataly Solis Pinargote

Tutor:

Dr. Miguel Álvarez Avilés

Guayaquil, Junio del 2012

CERTIFICACIÓN DE TUTORES

En calidad de tutor del trabajo de investigación:

Nombrados por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil.

CERTIFICAMOS

Que hemos analizado el trabajo de graduación como requisito previo para optar por el Título de tercer nivel de Odontólogo

El trabajo de graduación se refiere a:

Estudio comparativo entre una carilla de porcelana y una carilla de resina compuesta.

Presentado por:

Solis Pinargote Andrea Nataly

172150551-7

Tutor

Dr. Miguel Álvarez Avilés

Tutor Académico

Dr. Miguel Álvarez Avilés

Tutor Metodológico

Dr. Washington Escudero D.

Decano

Guayaquil, Junio del 2012

AUTORÍA

Los criterios y hallazgos de este trabajo responden a propiedad intelectual
de la autora

Andrea Nataly Solis Pinargote

CI 172150551-7

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios por haberme dado la fuerza, inteligencia perseverancia y constancia para poder alcanzar esta meta, también agradezco a mi familia quien siempre ha estado conmigo brindándome su comprensión, paciencia y apoyo incondicional en todos los aspectos de mi vida, permitiéndome lograr los diferentes objetivos que me eh propuesto hasta el momento.

También debo agradecer a los diferentes catedráticos de la Facultad de Odontología que contribuyeran en mi formación profesional y personal a través de la transmisión de conocimientos y experiencias con las que enriquecieron mi vida y con las que me han preparado para poder llevar por el camino de la ética mi vida profesional.

Y por último un especial agradecimiento a mi tutor de tesis Dr. Miguel Álvarez Avilés por su generosidad al brindarme la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia científica y profesional en un marco de confianza, afecto y amistad, fundamentales para la concreción de este trabajo.

DEDICATORIA

Dedico el esfuerzo a Dios en primer lugar y a mis padres Juan Solís Torres y Esthela Pinargote Zambrano quienes han sido mi pilar fundamental desde temprana edad, los mismos que me inculcaron la importancia de ser una profesional y superarme día a día, así como los diferentes valores humanos bajo los cuales dirijo mi vida.

Es por ello mi dedicatoria a mis amados padres quienes han estado conmigo a lo largo de mi vida y camino de formación profesional, brindándome su apoyo constante e incondicional en todo momento, pero sobre todo su amor.

INDICE GENERAL

Contenidos	pág.
Caratula	
Carta de Aceptación de los Tutores	I
Autoría	II
Agradecimiento	III
Dedicatoria	IV
Índice General	V
Introducción	1
CAPÍTULO I	2
EL PROBLEMA	2
1.1 Planteamiento del problema.	2
1.2 Preguntas de investigación.	2
1.3 Objetivos	2
1.3.1 Objetivo General.	2
1.3.2 Objetivos Específicos.	3
1.4 Justificación	3
1.5 Viabilidad.	4
CAPÍTULO II	5
MARCO TEORICO	5
Antecedentes	5
2.1 Fundamentos teóricos.	5
2.1.1 Estética Dental	5
2.1.2 Estructuras Dentarias	6
2.1.2.1 Zona dental anterior	7
2.1.3 Carillas Dentales	9
2.1.3.1 Carillas de porcelana	10
2.1.3.2 Carillas de resina compuesta	22
2.1.4 Instrumentos Rotatorios Utilizados	27
2.1.5 Diferencias entre las Carillas	28
2.2 Elaboración de Hipótesis.	30
2.3 Identificación de las variables	30
2.4 Operalización de las variables	31
CAPÍTULO III	32
METODOLOGÍA.	32
3.1 Lugar de la investigación	32
3.2 Periodo de la investigación	32
3.3 Recursos Empleados	32
3.3.1 Recursos Humanos	32
3.3.2 Recursos Materiales	32

3.4 Tipo de investigación	32
3.5 Diseño de la investigación	32
CAPÍTULO IV	33
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	33
4.1 Conclusiones	33
4.2 Recomendaciones	34
Bibliografía	35
Anexos	37

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación propone evitar muchos fracasos en las restauraciones estéticas que darán como resultado un sinnúmero de problemas en los dientes que afectaran directamente a la estética de la sonrisa y de la cara como por ejemplo: dientes mal posicionados, separaciones, dientes cortos o pérdidas de color.

Las carillas pueden solucionar todos estos tipos de problemas cuando se necesita una solución rápida al defecto estético. Por supuesto, previamente habrá que realizar el diagnóstico adecuado puesto que en ocasiones si las mal posiciones son muy exageradas habrá que someterse a un tratamiento de ortodoncia o si la encía no tiene el contorno adecuado habrá que someterse a algún tratamiento de periodoncia.

Sabiendo que la ausencia de conocimiento sobre el procedimiento adecuado causa muchos fracasos en las restauraciones con carillas estéticas, se pretenden mediante esta investigación ayudar a los estudiantes de odontología a solucionar todo este tipo de problemas, dando a conocer y facilitar los procedimientos correctos en la colocación de las diferentes carillas de porcelana y carilla de resina compuesta.

También es muy importante saber además de las correctas técnicas de colocación de las carillas de resina compuesta y porcelana, cuales son los materiales necesarios a utilizarse además de su manipulación, ventajas desventajas de los mismos.

Para poder lograr lo antes nombrado he utilizado las siguientes metodologías como son la Descriptiva, Documental, Deductivo, Inductivo y Bibliográfica.

Finalmente se pretende bajar el índice de fracasos en la colocación de las carillas de resina compuesta y porcelana, las mismas que tienen como propósito primordial ayudar a devolver la estética y salud dental del paciente que acude a la consulta odontológica.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA.

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE UNA CARILLA DE PORCELANA Y UNA CARILLA DE RESINA COMPUESTA.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La ausencia de buenas técnicas en el procedimiento de colocación de las carillas de resina compuesta y carillas de porcelana, darán como resultado fracasos en las restauraciones estéticas.

1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuáles son las diferencias principales entre las carillas de resina compuesta y carilla de porcelana?

¿Cómo preparar correctamente al diente para recibir la carilla estética?

¿Cuáles son las técnicas correctas a realizarse para colocar una carilla?

¿Qué son las carillas de porcelana?

¿Qué son las carillas de resina compuesta?

¿Cuáles son los materiales necesarios para realizar la colocación de una carilla de resina compuesta y carilla de porcelana?

¿Cómo se debe realizar el cementado de una carilla?

¿Cuáles son las ventajas de desventajas de las carillas de porcelana y resina compuesta?

1.3 OBJETIVOS.

1.3.1 OBJETIVO GENERAL.

Determinar las principales diferencias entre las carillas de porcelana y las carillas de resina compuesta.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Conocer las técnicas correctas de la colocación de las carillas de porcelana y resina compuesta.

Determinar la correcta elección de los materiales necesarios e indispensables para la elaboración de las carillas de porcelana y las carillas de resina compuesta.

Ayudar a que el estudiante brinde un mejor servicio al paciente que acude a la consulta odontológica.

1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

Esta investigación es importante para los estudiantes de odontología porque pretende dar a conocer el procedimiento adecuado en la colocación de las carillas de porcelana y de las carillas de resina compuesta, debido a que cada procedimiento es diferente.

Es por ello la importancia de conocer las diferentes características de cada tipo de carillas, para así saber la técnica correcta a utilizarse, sabiendo distinguir los diferentes tipos de materiales necesarios y adecuados en el proceso de la colocación de las carillas, además de su manipulación, ventajas y desventajas con la finalidad de evitar fracasos que nos podrían llevar a una endodoncia, exodoncia e incluso enfermedad periodontal debido a una mal técnica realizada.

Ya que a la consulta odontológica acuden una variedad de pacientes diariamente solicitando diferentes tipos de tratamiento pero este tipo de tratamientos dentales como son las carillas estéticas muy utilizadas en la actualidad por sus características conservadoras en el procedimiento de preparación y por su acabado estético en la colocación final.

Por ello es muy importante saber cómo poder realizar correctamente la colocación de las carillas y para esto es necesario tener el conocimiento

científico adecuado, aquel que nos ayudará y facilitará en el momento de saber cuál es la técnica adecuada que debemos aplicar para realizar dicho tratamiento odontológico.

Lo que se pretende hacer con este trabajo es crear como una guía para que el estudiante pueda seguir de una manera fácil, sin equivocarse ni confundirse en el momento de realizar el procedimiento de preparación del diente y la colocación de las carillas, de una manera fácil, concisa y precisa para que el trabajo final sea un éxito total y el paciente se sienta satisfecho con el trabajo realizado.

Finalmente por esta razón esta investigación ayudará aclarar muchas dudas sobre el correcto procedimiento, a seguir en la colocación de las diferentes tipos de carillas como son de porcelana y las carillas de resina compuesta.

1.5 VIABILIDAD.

Esta investigación cuenta con todos los recursos humanos, técnicos y materiales para ser llevado a cabo.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO.

ANTECEDENTES.

El presente proyecto tiene como finalidad ayudar a los estudiantes a seguir paso a paso como se debe colocar las carillas estéticas, anteriormente han existido proyectos que pretende aclarar dudas, pero este proyecto facilitará de manera clara y concisa como se debe realizar el procedimiento adecuado en la colocación de las diferentes tipos de carillas.

Primero que nada se debe rescatar la variedad de diferencias que existen en el momento de la preparación del diente para cada una de las carillas, este tipo de procedimiento ya viene siendo utilizado entre los años de 1930 y 1940 por Dr. Charles Pincus empleo finas carillas para mejorar la estética.

Pero ahora en la actualidad este tipo de trabajos odontológicos están siendo los más solicitados por los pacientes que acuden a la consulta con el fin de lograr armonía y belleza que son los resultados que brindan las carillas estéticas. Finalmente para su realización fue necesario recopilar información de diferentes libros actuales de estética dental y así mismo páginas web que enriquecieron el contenido del mismo.

2.1 FUNDAMENTOS TEÓRICO.

2.1.1 Estética dental.

La Estética Dental en Odontología, representa una preocupación constante, tanto de parte del paciente como por parte del dentista, hacia cualquier alteración en la apariencia estética que puede provocar implicaciones psicológicas yendo desde una simple forma de esconder el defecto hasta la más grande introversión.

Debido a ello, y para respetar la búsqueda de los pacientes por un tratamiento estético donde se logre armonía y belleza; se utilizan hoy día las

restauraciones estéticas libres de metal que además ofrecen resistencia al desgaste y durabilidad. Las principales características de estos materiales son su estética, incompatibilidad, propiedades ópticas, estabilidad de color y buena resistencia mecánica, todo esto basado en un diagnóstico adecuado que no contraindique su utilización.

Es muy importante porque como su nombre lo sugiere, cubre todo aquello que tenga que ver con la belleza, la estética, o el embellecimiento de sus dientes, en sus muy distintas formas y posibilidades.

2.1.2 Estructuras Dentarias

Las estructuras dentarias llamados también comúnmente como los dientes son aquellos que están incrustados en los huesos maxilares, que tienen como función importante la de cortar y triturar los alimentos a su vez constituidos por tejidos importantes como son el esmalte, dentina, cemento y la pulpa dentaria.

Existen cuatro grupos de dientes y cada uno trabaja en forma diferente.

Incisivos: Son los dientes del frente de la boca, su función es la de cortar los alimentos, razón por la cual sus bordes son planos y afilados.

Caninos: Sirven para desgarrar los alimentos, su parte visible tiene forma de cono y sus raíces son grandes.

Premolares: Su función es la de desgarrar y triturar los alimentos, tienen dos cúspides y una o dos raíces.

Molares: Tienen cuatro o cinco cúspides y son las responsables de masticar y triturar los alimentos.

2.1.2.1 Zona Dental Anterior

La zona anterior dental está compuesta por los incisivos y caninos que forman lo que se conoce colectivamente como dientes anteriores ya que tienen superficies labiales y crestas incisales mientras que los posteriores tienen superficies bucales y oclusales.

Existen 4 incisivos maxilares: 2 incisivos centrales y 2 incisivos laterales.

Incisivos Centrales Superiores.-Los incisivos centrales se localizan a ambos lados de la arcada maxilar con sus superficies mesiales en contacto, en algunos individuos estos dientes y otros están separados por un espacio, este espacio se llama diastema. Sus contactos dentarios son:

Contactos Proximales: por su cara mesial contacta con el incisivo central superior contra lateral, y por su cara distal contacta con la cara mesial del incisivo lateral correspondiente.

Contactos Oclusales: su cara palatina contacta con el borde incisal de los incisivos centrales inferiores.

Incisivos Laterales Superiores.- Los incisivos laterales son distales de los incisivos centrales, su superficie mesial se encuentra en contacto con la superficie distal del incisivo central adyacente. Una vez que la corona está completamente formada (esmalte completo) el diente empieza a brotar en dirección oclusal, los dientes maxilares brotan hacia abajo, la formación de la raíz empieza después que se forma la corona (esmalte completo) y en este momento el diente empieza a brotar. Sus contactos dentarios son:

Contactos Proximales: está situado distalmente al canino superior y mesialmente al incisivo central superior.

Contactos Oclusales: contacta con la mitad distal del incisivo lateral inferior y la mitad mesial del canino inferior.

Funciones.- Las funciones que cumplen los incisivos maxilares son las siguientes: sirven para cortar los alimentos, ayudan a articular las palabras, también ayudan a soportar el labio y mantienen una apariencia estética. Los dientes también tienen un número de surcos y de crestas característicos.

Los incisivos inferiores permanentes los encontramos en un número de 4 incisivos inferiores que son: 2 centrales y 2 laterales. Son los dientes más pequeños de la boca.

Incisivos Centrales Inferiores.-Los incisivos centrales inferiores derecho e izquierdo se encuentran a cada lado de la arcada mandibular con sus superficies mesiales en contacto con la línea media. Sus contactos dentarios son:

Contactos Proximales: contacta por mesial con el incisivo central contra lateral y por distal con lateral de su mismo lado.

Contactos Oclusales: su borde incisal contacta con la cara palatina del incisivo central superior. Es junto con el tercer molar superior el único diente que sólo ocluye con un solo antagonista y no con dos.

Incisivos Laterales Inferiores.-Los incisivos laterales inferiores se encuentran exactamente distales a los centrales, con sus superficies mesiales en contacto con la superficie distal del incisivo central adyacente y sus superficies distales en contacto con los caninos.

Funciones.- Los incisivos mandibulares funcionan junto con los incisivos maxilares para cortar los alimentos, para producir los sonidos fonéticos y para mantener una buena apariencia, al soportar el labio inferior.

Caninos.- Los caninos permanentes los encontramos también en un número de 4 caninos; 2 en la arcada maxilar y 2 en la arcada mandibular, están situados entre ambas arcadas dentarias delimitando el sector anterior del posterior, se sitúan distalmente a los primeros premolares y mesialmente a los incisivos, su convexidad vertical sirve como mecanismo de protección a los dientes posteriores de fuerzas horizontales excesivas.

Función.- Los caninos permanentes tienen como función principal desgarrar lateralmente los alimentos, sobre todo la carne y al igual que los incisivos en mantener el labio en su lugar.

2.1.3 Carillas Dentales

Entre los años de 1930 y 1940 el Dr. Charles Pincus empleo finas carillas para mejorar la estética, en ese tiempo la retención fue muy pobre ya que tenía que emplear adhesivo para prótesis total a fin de mantener las carillas en su lugar, a partir del descubrimiento del grabado del esmalte y el desarrollo de los materiales restauradores de resinas compuestas, se han logrado nuevas oportunidades para restaurar dientes con un sin fin de efectos tanto estéticos como funcionales.

Se trata de finas láminas aproximadamente 0,3-1 mm de espesor, que se colocan cubriendo toda la superficie anterior de los dientes al cual se unen fuertemente por medio de un adhesivo especial.

La unión es tan fuerte que una vez colocadas no se pueden retirar a menos que se rompa la carilla. Se emplean fundamentalmente para enmascarar anomalías del color de los dientes que no pueden tratarse mediante el blanqueamiento convencional. También se emplean para disimular alteraciones en el tamaño o forma dentarias, confiriendo al diente un aspecto más ideal.

Las carillas dentales se las encuentran en dos tipos que son las de porcelana y resina compuesta.

2.1.3.1 Carillas de Porcelana

La creciente necesidad estética de los pacientes, especialmente en las últimas décadas con la aparición de los sistemas de adhesión al esmalte y dentina, en conjunto con materiales estéticos innovadores, las técnicas modernas de aplicación y su potencial de uso, han dado extraordinarios resultados con el advenimiento de la llamada “cerámica libre de metal”; éste sistema se aplica en diferentes tratamientos estéticos, una de sus aplicaciones es las carillas de porcelana, siendo una alternativa muy conservadora en comparación a la preparación de las coronas completas, mejorando la estética y función del sector anterior de la boca, peor por el costo que es un poco alto también se puede realizar las carillas de resina compuesta.

Las carillas de porcelana son una capa de porcelana que se cementa a la superficie vestibular de los dientes anteriores con la finalidad de mejorar la forma y color, una de sus ventajas es que la reducción de los tejidos dentales es mínima.

La restauración ya cementada es sumamente fuerte, lo cual es el resultado de la excelente unión entre el esmalte y la porcelana por medio de los adhesivos en conjunto con los cementos de resina.

La adhesión de este tipo de restauraciones es de tal magnitud que es casi imposible retirarla cuando se ha llevado a cabo todos los pasos apropiadamente. Este sistema de restauración puede emplearse para mejorar el aspecto estético de los dientes en caso de color anormal,

modificación de formas de los dientes, corrección de fracturas dentales y corregir diastemas entre otros.

Las indicaciones de las carillas de porcelana se las utiliza en los siguientes casos: Anomalías de color, anomalías de forma, textura superficial, problemas de alineamiento dental, cierre de diastemas y restablecer la guía anterior.

Las contraindicaciones de las carillas de porcelana son las siguientes: Estructura dental insuficiente, restauraciones amplias preexistentes, pacientes con decoloraciones intensas, esmalte y dentina insuficiente, pacientes en edad temprana, actividad parafuncional, la sobremordida vertical profunda.

El diagnóstico completo mostrará al operador un mejor panorama para la elaboración correcta de los tratamientos y lograr definir con mayor precisión el plan de tratamiento. El diagnóstico del aspecto estético se basa en la apreciación de los aspectos que integran el conjunto facial; para este fin se evaluará la forma y tamaño de la cara, longitud de los labios; forma de la sonrisa, arquitectura gingival; forma y tamaño de los dientes, su posición y malposición con respecto a la línea media y entre ellos; forma de los arcos dentales y relación entre ellos, así como definir el color y sus diferencias con relación a lo esperado. De la misma forma que cualquier procedimiento odontológico, es indispensable efectuar un diagnóstico correcto de cada caso en particular.

En el diagnóstico clínico deberá analizarse el estado de salud general de la boca del paciente, con énfasis en la presencia de lesiones cariosas, estado y calidad de restauraciones existentes, vitalidad pulpar y en su caso determinar patologías pulpares existentes.

En la colocación de las carillas de porcelana es indispensable obtener un modelo de estudio de los dientes del paciente para analizar en ellos y lograr determinar con mayor precisión los signos de hábitos oclusales y mal oclusiones, la oclusión céntrica, la relación que guardan los maxilares y la relación de oclusión dental.

Estos modelos son necesarios para elaborar el encerado de diagnóstico con el que podremos predecir la estética y función final, la factibilidad del tratamiento y sus posibles complicaciones, así como la cantidad de tejido que se le removerá a cada estructura dental.

La elaboración paso a paso del encerado de diagnóstico nos mostrará que tan factible será el tratamiento y sus posibles resultados, definiendo también varios aspectos clínicos que pondremos en práctica en el momento de la preparación en el paciente, como son las complicaciones para la preparación de algunas zonas, las diferencias de profundidad en otras, la obtención de espacios interproximales para reacomodar y darles las dimensiones dentales correctas, etc.

Es por esto que el encerado de diagnóstico se recomienda que lo efectúe el mismo operador debido a que es una práctica invaluable. El encerado de diagnóstico es una “maqueta” de nuestro plan de tratamiento, que nos proporcionará prácticamente el resultado estético final.

La preparación para carillas de porcelana, es la técnica más conservadora de los sistemas estéticos indirectos, la preparación es mínima y se limita al esmalte y en algunos casos a zonas de dentina, envolviendo solamente la o las superficies afectadas, pudiendo cubrir también la cara incisal y en posteriores la cara oclusal.

Antes de iniciar la preparación es preciso determinar el color final en que deseamos que se fabriquen las carillas, es importante determinarlo antes de la preparación puesto que con el fresado, el color residual será diferente al que el paciente tenía originalmente.

En el caso de cambios drásticos de color este se definirá durante el diagnóstico, y elaborando una serie fotográfica lo que será de gran ayuda para el técnico, ya que proporcionara los elementos anatómicos de los dientes antes de la preparación, la textura natural, la translúcidez de los bordes incisales.

Los fracasos asociados con las carillas de porcelana están directamente relacionados con fracturas, microfiltraciones y desprendimientos; Por ello es importante destacar que entre las propiedades físicas de la porcelana la resistencia a la compresión es muy alta, peor a la tensión es baja, causando zonas de concentración de stress.

En la elaboración de la preparación hay aspectos que son importantes para obtener una estética final exitosa, como serian eliminar el suficiente grosor de esmalte para obtener una restauración con un contorno correcto, un espesor continuo en toda la preparación y una línea de terminación sin ángulos agudos.

Reducción Vestibular.- La preparación o reducción de la superficie vestibular consiste en el tallado de la cara vestibular para lograr una profundidad entre 0,5 y 0,8 mm con un mínimo de 0,3 mm, se realiza de preferencia con una piedra diamantada tronónica de extremos redondeados, de grano grueso, de longitud y calibre adecuados.

En cada plano de la cara vestibular de los incisivos centrales o laterales tallan 3 o 4 surcos de orientación verticales, sensiblemente paralelos al eje mayor del diente, de la profundidad deseada colocando la piedra diamantada

paralela al plano en cuestión, y sin que coincidan los surcos de un plano con los del otro, se continúa eliminando el esmalte entre los surcos procurando una reducción uniforme.

Para controlar la profundidad del tallado deseado, pincelar la cara vestibular del diente, con un rotulador indeleble. Los surcos de orientación también pueden efectuarse con piedras esféricas de diamante de grano grueso del diámetro adecuado (0,3-0,5-0,8) que se penetran en su totalidad en el esmalte.

Con ellas se traza en la superficie vestibular tres o cuatro marcas paralelas al borde incisal, moviendo la fresa en sentido mesiodistal, a la profundidad deseada. La de mayor diámetro 0,5 mm, se usa cuando el espesor adamantino lo permítela profundidad menor 0,3 mm.

Con ambos métodos de reducción axial, ya sea vertical u horizontal, es necesario adaptar la inclinación del tallo de la piedra diamantada a las convexidades del diente tratado. Así se mantendrán las profundidades del tallado de manera uniforme, sin excesos que contribuyan a eliminar el esmalte.

Reducción de la Superficie Proximal.- consiste en el perfilado y acabado de esta reducción proximal es en chaflán curvo realizado con el extremo redondeado de la piedra diamantada tronco-cónica procurando que el ángulo que se forme con la cara proximal sea igual o mayor de 90°.

Preparación de la Superficie Gingival.- no es más que desgastar el margen gingival que se sitúa entre el esmalte y el cemento, siempre que sea posible.

La excepción es la presencia de recesión gingival con exposición radicular, en cuyo caso será necesario ubicarlo en el cemento requiriendo una

adaptación muy precisa de la carilla a dicho margen para minimizar los problemas derivados de una interfase poco resistente.

En cuanto a la altura respecto a la encía marginal, el margen puede finalizar:

Yuxtagingivalmente, es el ideal pues no invade el surco gingival ni el espacio biológico, da buena estética, una mejor visión y facilidad para el tallado y la toma de impresiones. Tener en cuenta el color entre el diente y la carilla después del cementado.

Supragingivalmente, fuera del surco, a una distancia lejana de la encía, suele indicarse cuando la línea de sonrisa es baja, y el paciente no enseña dicho margen por mucho que sonría.

Subgingivalmente, siempre es antiestético por lo que es conveniente cuando no haya grandes diferencias de color entre el diente y la carilla. En este caso, el paciente observará una terminación brusca de la misma, y podrá mostrarse crítico con la restauración.

Completado el tallado, las maniobras finales consisten en el redondeamiento de todos los ángulos y aristas con una fresa diamantada de bala o redonda y alisado de la preparación con diamantados de grano fino y superfino, este alisamiento superficial permite una mayor adaptación de la carilla a la superficie dentaria, minimizando la probabilidad de fractura por sobre esfuerzo tensional.

Preparación o Terminación Incisal.- es importante considerar que en algunos casos donde los dientes por restaurar tienen longitud y forma adecuada no es necesaria abarcar el borde incisal, en estos casos la preparación del borde se efectúa en forma de pluma, desgastando únicamente la superficie vestibular de 0.5 a 1.00mm sin desgastar el borde incisal, la preparación se limita exclusivamente al interior del esmalte; a esta preparación se le conoce con el nombre de “ventana” en donde 1.00mm del

borde es conservado y se coloca la carilla sobre el borde incisal de la preparación.

Es decir que la decisión de abarcar el borde incisal en la preparación dependerá de la necesidad estética y la función oclusal como por ejemplo la elongación o reducción incisal, la malformación del tercio incisal, la presencia de restauraciones previas y el restablecimiento de la guía anterior y la función canica.

Toma de Impresión.-Es necesario realizar la toma de impresión que será la reproducción correcta de las estructuras dentales y las preparaciones antes realizadas, es uno de los pasos que en conjunto logrará el éxito en la colocación de la carilla, es por ello que se necesita estar totalmente seguro de la forma y ubicación de la línea de terminación del margen cervical de la preparación antes hecha en el caso de necesitar efectuar alguna modificación este es el momento ideal para realizar pequeños detalles previos a la impresión.

Es de gran importancia comprender la secuencia de todos los pasos que deben llevarse a cabo en el momento de la toma de la impresión, la impresión de la línea de terminación generalmente es el lugar de mayor dificultad y si logramos una buena preparación, con líneas bien definidas y en el lugar correcto, este paso no causara gran dificultad.

Es importante partir de esta premisa para poder impresionar la línea de terminación tenemos que verla, no se puede impresionar algo que no se ve, o que no existe, por lo que si la preparación está bien efectuada y al línea de terminación esta en un punto donde la vea el operador, éste será capaz de copiarla o impresionarla, lo que constituirá una gran ventaja para los siguientes pasos en el laboratorio.

Si se coloca un hilo retractor durante la preparación del diente, ayudará a localizar perfectamente la unión cemento-esmalte, también será posible evaluar el perfil de emergencia del diente, visualizar el grosor del esmalte en la superficie cervical y proteger los tejidos gingivales durante la preparación y la impresión. La retracción con hilo de pequeño diámetro permite mover la encía marginal apicalmente exponiendo el borde cavo superficial; de tal manera que facilita reproducir con exactitud los detalles de esta área.

Restauraciones Provisionales.- Luego se procederá a realizar la restauración provisional la cual dependerá de cuantas carillas se le realizará al paciente, puesto que si solo es una donde la preparación se mantenga en esmalte no requerirá de restauración provisional, pero si la preparación abarca hasta dentina o afecta la apariencia estética ahí si existe la posibilidad de realizar una restauración provisional pudiendo elaborarse en forma directa empleando resinas compuestas de micro-relleno fotopolimerizables.

Acondicionamiento del Esmalte.-El acondicionamiento del esmalte de las superficies dentarias se prepara para la adhesión según las indicaciones del cemento adhesivo que se vaya a emplear. Primeramente será necesario limpiar las superficies sobre las que se asentará la carilla, se procede a eliminar cualquier residuo de cemento remanente, se prepara la encía para que el margen de la preparación quede perfectamente accesible para el asentamiento de la carilla, sin interferencias del tejido blando y de modo que el fluido cervical no contamine las superficies a adherir.

Después se graba el esmalte tallado, con ortofosfórico al 7%-9,6%, durante 15 segundos, seguido de lavado con abundante agua. La contaminación salival del esmalte grabado implica un nuevo grabado del esmalte, durante 10 segundos.

El esmalte grabado es, a continuación, pincelado con el agente adhesivo, o bonding, se evapora el agente solvente con un suave chorro de aire de la jeringa del equipo, durante 4 o 5 segundos se polimeriza el adhesivo cuando así se recomienda por el fabricante, y las superficies dentarias deben presentar ahora un aspecto brillante y húmedo.

Acondicionamiento de la Carilla.- Luego se procede con el acondicionamiento de la carilla, una vez realizada las pruebas de color es necesario lavar las carillas perfectamente, eliminando cualquier residuo de composite de prueba que pueda quedar en su interior. Se introduce en el baño de ultrasonidos, si es que no puede eliminarse del todo la pasta de prueba.

Después se acondiciona la carilla con ácido fluorhídrico durante 1 a 4 minutos, para las cerámicas que puedan grabarse. A continuación se lavan con chorro de aire-agua y se secan totalmente las carillas grabadas, lo que va seguido de la silanización de la carilla pincelando el interior de la misma con el líquido silano, que se deja actuar durante un minuto.

Hay que mantenerlas completamente humectadas por el silano, para que la reacción química de éste con la cerámica sea completa, ahora se seca el silano totalmente, con aire caliente o con el chorro de aire de la jeringa.

Una vez efectuado el acondicionamiento del esmalte y de la carilla se recurre al seleccionado del cemento a utilizar, tras su mezcla adecuada en cantidad suficiente, se posiciona una fina capa del composite sobre el diente, con ayuda de una espátula, procurando que lo cubra uniformemente y no queden zonas sin relleno.

El uso de un cemento compuesto de baja viscosidad o fluido se justifica por la necesidad de conseguir una capa lo más fina posible de interfase, cuanto

más gruesa sea, mayores probabilidades de fracaso, pues esta interface cementante es la parte más débil de la restauración.

Para facilitar el adelgazamiento de la capa suele ser suficiente llevar a cabo un golpeteo suave de la superficie de la carilla con el mango del espejo para asentarla totalmente.

Cementado.- Para efectuar con éxito la cementación, es necesario ser cuidadoso en cada uno de los pasos y exigentes hasta en el más mínimo detalle.

Aplicaciones de los Cementos Dentales.-Las aplicaciones de los cementos dentales son como agente cementante de incrustaciones, agente cementante de aparatos de ortodoncia, recubrimiento o base cavitaria para proteger la pulpa de estímulos mecánicos, térmico y eléctricos, sellado de conductos, protectores pulpares en cavidades profundas y obturaciones provisionales.

Los cementos dentales que se utilizan para cementar carillas son:

Cemento de Fosfato de Zinc: Incluye polvo, líquido, cuchara dosificadora.

Usos:

Fijar incrustaciones y bandas de ortodoncia, base aislante térmica, restauración temporal, sellado de conductos radiculares, cemento para coronas y puentes.

Cemento de Silicofosfato: Es una composición híbrida entre los cementos de silicato y los cementos de fosfato de zinc.

Usos:

Fijación de restauraciones estéticas, restauraciones en dientes temporales, confección de moñones, cementación de bandas de ortodoncia.

Cemento de Carboxilato: Tienen gran potencial adhesivo al tejido dentario, es altamente biocompatible y anticariogénico.

El polvo está compuesto de óxido de zinc, con pequeñas cantidades de óxido de magnesio o de óxido de estaño, se le incorpora a su vez un fluoruro de estaño que además de aumentar la resistencia imparte un efecto anticariogénico y el líquido es una solución acuosa de ácido poliacrílico y copolímeros.

Este cemento solo se recomienda como medio cementante, solo en aquellas preparaciones donde existe esmalte suficiente en todo el angulado cabo superficial del biselado, por lo tanto estará contraindicado en la cementación de coronas totales.

Cemento de Ionómero de Vidrio: Existen diferentes tipos con diferentes viscosidades de acuerdo al uso, el ionofil se usa en restauraciones. El polvo y el líquido se mezclan por un minuto, la mezcla se adhiere al esmalte y dentina.

Usos:

Obturaciones permanentes, obturaciones provisorias, base de cavidades, agente cementante, moñones.

Precauciones con los Cementos: El cemento no debe ser alterado hasta el final del fraguado, el líquido debe permanecer tapado para impedir cambios, por contacto con el agua, Si el líquido pierde translucidez se debe descartar porque precipitan los amortiguadores y aumenta el tiempo de fraguado.

No debe olvidarse la conveniencia de colocar tiras de acetato de celulosa o similar entre los dientes, antes de la polimerización del cemento de composite, para evitar la unión del cemento sobrante.

Una vez conseguido el asiento correcto de la carilla se lleva a cabo un polimerizado puntiforme con la lámpara halógena equipada de un inserto de 2 mm de diámetro. Poniendo éste en el centro de la cara vestibular de la carilla, se mantiene la luz durante 3-5 segundos y se apaga. Con esta maniobra se consigue fijar la carilla en su posición definitiva, al polimerizarse el cemento que está situado justo por debajo del punto de aplicación de la luz.

Finalmente se debe continuar con el análisis de los factores a considerar durante la colocación final de las carillas como son: Línea media, eje dental, contorno gingival, pico de trazado gingival, triángulo interdental, forma dentaria, borde incisal, ángulo interno incisal, surcos y fositas, línea de la sonrisa y el curso del borde incisal.

Ventajas.-Las ventajas de las carillas de porcelana son las siguientes: Técnica de dificultad media, preparación dentaria muy conservadora, estética muy elevada, biocompatibilidad local y general, resistencia elevada a las fuerzas, resistencia al desgaste, resistencia al ataque químico y radiopacidad.

Desventajas.-Pero también posee desventajas como son las siguientes: Técnica clínica, técnica de laboratorio compleja, fragilidad relativa, dificultad para la reparación, técnica adhesiva compleja, tratamiento irreversible, resistencia a la tinción, imposibilidad de cambiar el color.

Prueba de las Carillas.- Una vez ya realizados todos los pasos ordenadamente debemos realizar la prueba de las carillas que consiste en tres puntos importantes de analizar como son:

La Estética.- Se evaluará el color que las carillas presenten, así como su translúcidez y capacidad para enmascarar alteraciones del color subyacentes.

El color de la carilla no podrá cambiarse, pero sí es posible modularlo mediante el empleo de cementos con color.

Los Ajustes.- La forma y el tamaño de las carillas deben reproducir el encerado diagnóstico, hay que eliminar cualquier sobrante de cerámica que impida la correcta inserción de la carilla, además de revisar cualquier ángulo de la restauración Para ello se coloca la carilla y con presión digital ligera se comprueba su asentamiento, sin presencia de puntos de fulcro por apoyos puntuales.

Cementado.- Se comprobará el orden de cementado, pues no siempre ajustan todas las carillas en el orden que al operador le parece lógico, a medida que se van colocando nuevas carillas, la discrepancia va siendo mayor, de manera que puede ocurrir que las últimas carillas presenten un grado de dificultad elevado para su correcto asentamiento sobre el diente.

Longevidad de las Carillas de Porcelana.- Es indiscutible las mejoras de los sistemas adhesivos, demostrando tanto en la clínica como en estudios de investigación excelente adhesión y sellado marginal tanto al esmalte como a la dentina, así mismo ha sido muy positivo el desarrollo de los cementos de resina compuesta, así como la adhesión resina porcelana, de esta forma se puede asegurar, que las carillas de porcelana se recomienden como un sistema de restauración efectivo que garantiza un resultado clínico y estético duradero.

2.1.3.2 Carillas de Resina Compuesta

Estos elementos estéticos-terapéuticos están destinados a devolver estética y/o función fundamentalmente en los dientes del sector anterior con una limitada agresión por parte del Odontólogo, en la gran mayoría de la situaciones clínicas las carillas directas solo involucran la cara vestibular del

diente, aunque en otras ocasiones podrían involucrar bordes incisales, caras proximales y hasta parte de las caras internas de los dientes.

Las carillas de composite son finas láminas – de 0,3 a 1 mm de grosor – de un material sintético, derivado de la resina y utilizado también para realizar empastes. Suelen aplicarse en la zona frontal de las piezas dentales del grupo anterior, es decir, incisivos centrales, laterales y caninos.

Preparación del Diente.- Hay un sin número de pasos a seguir para la preparación del diente como son: Aplicación del anestésico, verificación de los contacto oclusales, preparación del diente, selección del color, aislamiento del campo operatorio, sistema adhesivo, aplicación de la resina compuesta, ajuste oclusal y por último acabado y púlido.

Primero que nada la aplicación del anestésico es muy importante realizar antes de empezar con el procedimiento de preparación del diente tomando en cuenta, el estado de salud del paciente sino presenta alguna enfermedad como diabetes, hipertensión etc.

Verificación de los Contactos Oclusales.- Así mismo la verificación de los contactos oclusales se debe realizar esta verificación registrando con el papel articular los eventuales contactos oclusales que el paciente presente en máxima intercuspidadación habitual, en los movimientos de excursión laterales y en protrusión.

La preparación del diente es el primer paso y uno de los más importante es determinar la extensión de la preparación que puede ser parcial o total con recubrimiento de borde incisal, luego se debe confeccionar un surco o canaleta de orientación, que se inicia en la región cervical en el centro de la superficie vestibular y se dirige en toda la extensión del diente con una fresa llamada piedra diamantada esférica 1012 o 1014, según la profundidad del

desgaste en la superficie vestibular que se desea realizar, enseguida se utilizará otra fresa de mayor calibre 4138 con la cual se confeccionará la canaleta vertical en el centro de la superficie vestibular.

Esta servirá como orientación para la posterior reducción de esta superficie en el sentido distal y mesial, entonces buscando mantener la convexidad en los sentidos mesiodistal y cervico-incisal, la piedra diamantada se posiciona en las tres regiones que son: cervical, media e incisal con diferentes inclinaciones y se dirige hacia la superficie mesial inicialmente.

Luego se procede a evaluar la profundidad de la preparación y el mantenimiento de las convexidades observando el diente desde una vista frontal, lateral e incisal con el auxilio de un espejo bucal.

Una vez que ya se verificó que está correcta la superficie debe extenderla en dirección a la superficie distal, el desgaste será más acentuado en el tercio medio y menor en incisal y cervical, la profundidad media de reducción de la superficie vestibular es de aproximadamente 0,5 a 1mm en dientes con acentuada alteración del color y de 0,4 mm a 0,7 en dientes con alteración moderada del color, por lo tanto en dientes sin alteración de color es necesario solo asperización de la superficie o incluso ningún desgaste y es ahí que se debe determinar la localización de los márgenes proximal, cervical e incisal.

Selección del Color.- Luego debemos continuar con la selección del color, sabiendo que los dientes tienen características de policromatismo, al contrario de las resinas compuestas que son monocromáticas, por lo tanto es evidente que para conseguir reproducir de manera natural el color de un diente a ser restaurado, es necesario seleccionar y utilizar diferentes colores de resinas compuestas.

El uso de las resinas compuestas actuales permite la confección de la faceta directa de resina a través de una técnica de estratificación natural que consiste esencialmente en la construcción de una dentina en la reproducción de características de translúcidez y policromatismo, en especial del tercio incisal y en la construcción del esmalte.

Aislamiento.- Se debe dar el aislamiento correcto del campo operatorio utilizando el dique de goma o emplear el aislamiento relativo con el uso de hilo retractor, posicionado en el surco gingival, separador de los labios, rollos de algodón, gasa y eyector.

Sistema Adhesivo.- Se continúa la selección del sistema adhesivo, sabiendo que los adhesivos son materiales que fueron desarrollados para mejorar la adhesión entre los compuestos restaurativos a base de resina y la dentinadental por lo que se consideran el medio de unión entre el tejido dentario. Y se debe aplicar el ácido fosfórico por 15 segundos en el área que será restaurada, seguido de lavado con spray aire/agua por el mismo tiempo del grabado, luego se seca con cuidado la superficie del diente en especial cuando exista exposición de dentina.

Aplicación de la Resina.- Luego se procede a la aplicación de la resina compuesta donde el profesional puede usar una espátula metálica-rígida para remover la resina compuesta de la jeringa y manipular esta porción de compuesto entre los dedos protegidos por el guante, así podrá dar la forma que desee de acuerdo con la ubicación, es decir más plana si se desea aplicar a lo largo de toda la superficie vestibular o en forma de cono, si se pretende posicionar la resina compuesta en el borde incisal o en el área proximal.

A continuación se utiliza una espátula más flexible sobre el diente realizando un tallado inicial, con el auspicio de un pincel puede complementar de

manera más adecuada la etapa de asentamiento y tallado inicial de la resina compuesta debido a que habrá mayor facilidad de lograr películas más finas y sin burbujas de aire en la resina.

Finalmente cada agregado de la resina compuesta deberá ser polimerizado por el tiempo recomendado por el fabricante.

Ajuste Oclusal.- Una vez realizado paso a paso el procedimiento se debe realizar el ajuste oclusal, colocada la resina compuesta en el diente y recurrir a registrar con el auxilio de papel de articular los eventuales contactos oclusales prematuros en máxima intercuspidad habitual, protrusión, lateralidad derecha e izquierda.

Acabado y Púlido.-Para finalmente darle el acabado y púlido que no es más que remover los excesos de adhesivos y resina compuesta localizadas en las regiones cervicales y proximales, con el auxilio de una hoja de bisturí N° 12 que debe ser desplazada en el sentido de la restauración hacia el diente para evitar una eventual remoción de porciones finas de la resina.

Ventajas.- Las ventajas de las carillas directas son: El procedimiento conservador sólo depende del odontólogo, se realiza en una sola cita de trabajo, no requiere de impresión, no requiere de provisional, fácil de reparar, sobre todo procedimiento más económico.

Desventajas.- Las desventajas de las carillas directas son: La necesidad de mucho conocimiento pero sobre todo habilidad, la técnica adhesiva es sensible, la composite es menos resistente que el esmalte, finalmente la resina compuesta se degrada y se pigmenta.

Recomendaciones al Paciente.- Las recomendaciones importantes que se debe dar al paciente en cualquiera de dos tipos de colocación de las carillas que se le realice en boca son las siguientes: Evitar el mordisqueo de

bolígrafos, clavos, uñas o cualquier otra cosa, cuidados con la función masticatoria, evitar las transiciones bruscas de un extremo térmico a otro, finalmente es necesario que el paciente reciba instrucciones precisas y motivación para que consiga un buen control de placa e higiene oral.

Fracaso Estético: Error en alguno de los elementos constitutivos de la estética de la carilla, es decir, el color, la forma o la integración de la carilla en la sonrisa del paciente, y en este caso es necesario repetir el tratamiento completo.

2.1.4 Instrumentos Rotatorios Utilizados.

Fresas Dentales.- Las fresas dentales básicamente son instrumentos rotatorios aplicados a la odontología para tallar superficies dentales en primera instancia, pero también se utilizan para tallar otro tipo de materiales de uso dental como los acrílicos o los metales.

Estos instrumentos giran siempre sobre un mismo eje siendo totalmente concéntricos para realizar adecuadamente su trabajo que básicamente puede ser de corte, abrasión, bruñido, acabado y/o púlido. Las fresas se las clasifica en:

Según su composición en:

Acero al Carbono constituidas por acero hipereutectoide.

Carburo de Tungsteno compuestas por una aleación eutéctica de cobalto, silicio, carburo, níquel, tungsteno, titanio y hierro.

Diamantes son las de unión por soldadura de partículas de diamante en el troquel de la fresa usando materiales de unión de cromo y níquel.

Según su velocidad se la clasifican:

Alta velocidad de 300.000 a 500.000 r.p.m.

Baja velocidad de 200.000 r.p.m.

Características.- Las características ideales que las fresas dentales deben poseer son las siguientes: Deben tener dimensiones adecuadas para lograr el ajuste apropiado de la pieza de mano, deben ser concéntricas para reducir la posibilidad de fractura del instrumento, resistentes a la corrosión, tener una máxima eficiencia de corte y mínima generación de calor.

Nombres de las fresas que se utilizan en el tallado del diente.- Las fresas dentales que se deben utilizar en la reparación del tallado del diente son las siguientes:

Torpedo → terminación cervical y caras libres.

Tronco-cónicas → caras libres y borde incisal.

Ovalada → cara palatina 1/3 medio e incisal.

Rueda → cara palatina 1/3 medio e incisal.

Aguja → eliminación de puntos de contacto.

Llama → cara palatina 1/3 medio e incisal y bisel.

Punta Redondeada → terminaciones cervicales y caras libres.

2.1.5 Diferencias entre las carillas de porcelana y resina compuesta.

Costo de los Tratamientos:

Carillas de Porcelana.-El costo de este tratamiento es alto.

Carillas de Resina.- En cambio este tratamiento no tiene un costo tan alto.

Técnica de Preparación Previa para los Tratamientos:

Carillas de Porcelana.- Es la técnica más conservadora de los sistemas estéticos indirectos porque la reducción de tejido dental es mínima.

Carillas de Resina.- En cambio este tipo de tratamiento si amerita un mayor desgaste de la pieza dental.

Tiempo de Preparación de los Tratamientos:

Carillas de Porcelana.- Requieren de mucho tiempo de preparación porque es indispensable obtener un modelo de estudio de los dientes del paciente para analizar su oclusión y trabajar de la mano con un laboratorio dental.

Carillas de Resina.- Es inmediato en unas dos horas con todo el material necesario a la mano.

Tiempo de Duración de los Tratamientos:

Carillas de Porcelana.- Puede durar entre 15 y 20 años.

Carillas de Resina.- Entre 5 a 10 años

Ventajas de los Tratamientos:

Carillas de Porcelana.- Posee un estética dental muy elevada porque si mantienen su color y brillo, obtienen un excelente ajuste en el margen del diente, su unión al esmalte es muy fuerte, presentan una superficie perfectamente pólida, posee buena resistencia al desgaste, resistencia elevada a las fuerzas, radiopacidad.

Carillas de Resina.- Fácil solución en caso de fractura, no requiere de impresión, no requiere de provisional.

Desventajas de los Tratamientos:

Carillas de Porcelana.- Son imposible de reponer ante una fractura, casi imposible de retirarlas una vez cementadas, tratamiento irreversible, técnica adhesiva compleja.

Carillas de Resina.- Cambia de color es decir se denigran o tiñen, pierden el brillen y se oscurecen.

Casos en que se Recomienda estos Tratamientos:

Carillas de Porcelana.- Alteraciones de color por fármacos, fluorosis, caries, alteración de la forma de los dientes, dientes conoides, dientes muy cortos, atrición, abrasión, alteraciones de la posiciones de los dientes, fractura del borde incisal, diastemas, desviación de la línea media, agenesis.

Carillas de Resina.- Alteraciones de color, trastornos de formación, tamaño incorrecto, diastemas, multirestauraciones, giro versión.

2.2 ELABORACIÓN DE HIPÓTESIS.

Si se analiza las diferencias principales en el correcto procedimiento de la preparación de un diente para la colocación de una carilla de porcelana y carilla de resina compuesta se podría evitar el fracaso en restauraciones estéticas.

2.3 IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES.

VARIABLE INDEPENDIENTE: Analizar las diferencias principales en el estudio comparativo de la preparación de un diente para la colocación de una carilla de porcelana y una carilla de resina compuesta.

VARIABLE DEPENDIENTE: Fracaso en las restauración estéticas.

2.4 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES	ITEM
Técnica de la preparación del diente	La preparación es el conjunto de acciones correctas aplicadas al diente.	Buena colocación de las carillas	Buena Estética Buena Funcionalidad dental
Fracaso en la restauraciones	Es la mala realización del procedimiento de preparación del diente	Mala técnica Ausencia de conocimiento Mala preparación del diente	Preparación adecuada Usando las técnicas correctas Obteniendo el conocimiento adecuado

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA.

3.1 LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN.

Esta investigación fue realizada en la Universidad de Guayaquil en la Facultad de Odontología en la Clínica de Internado.

3.2 PERÍODO DE LA INVESTIGACIÓN.

Se realizó la recolección de datos durante el Periodo 2011.

3.3 RECURSOS EMPLEADOS.

3.3.1 Recursos Humanos.- Tutor Metodológico Dr. Miguel Álvarez Avilés, Tutor Científico Dr. Miguel Álvarez Avilés y la alumna Andrea Solis Pinargote.

3.3.2 Recursos Materiales.- Se utilizaron los siguientes recursos materiales como son: Internet, Libros etc.

3.4 TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Es de tipo bibliográfico ya que se consultaron varios libros actuales y páginas científicas acreditadas que permitió elaborar el marco teórico que respalda el análisis de las principales diferencias en la preparación de un diente para la colocación de una carilla de porcelana y resina compuesta.

3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

Es de tipo cuasi-experimental ya que se analizará las variables propuestas en la hipótesis y se probará de acuerdo al caso atendido que se puede aplicar eficazmente el procedimiento en la colocación de las carillas de resina compuesta y carilla de porcelana.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENACIONES.

4.1 CONCLUSIONES.

Una vez finalizada esta investigación he llegado a las siguientes conclusiones:

Que es indispensable estar muy actualizado en el conocimiento científico sobre las técnicas correctas de la colocación de las carillas de porcelana y resina compuesta, solicitados por los pacientes que acuden a la consulta odontológica debido a sus características conservadoras en el procedimiento de preparación y por su acabado estético en la colocación final.

Que para poder realizar con éxito la preparación de las carillas estéticas es muy importante conocer todos los materiales que se necesitan para poder realizar el procedimiento de la colocación de las carillas estéticas correctamente y para realizar el cementado de las mismas.

Finalmente es indispensable ayudar a distinguir al estudiante el procedimiento adecuado que se debe utilizar en los dos tipos de carillas ya que no son iguales, y solo así se podrá realizar con éxito la preparación del diente y la colocación final de las carillas estéticas brindando un mejor servicio al paciente que acude a la consulta odontológica.

4.2 RECOMENDACIONES.

El Odontólogo debe informar siempre al paciente de las opciones de tratamiento estético que existe.

Es importante que el odontólogo realice la técnica de preparación del diente los más conservadora posible.

Es indispensable realizar una buena toma radiográfica pero sobre todo una buena técnica de revelado lo cual ayudará en el diagnóstico final.

Es necesario que el proceso de la colocación de las diferentes tipos de carillas sea respetado y seguido en el orden adecuado de una manera ordenada.

Una vez ya hecho el tratamiento estético dar las recomendaciones necesarias para que el paciente tenga los cuidados adecuados en su higiene bucal.

Tratar de realizar el trabajo con mucha ética y responsabilidad para que los resultados sean éxito total.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Barrancos Mooney Julio, 1995, Operatoria dental, Tercera Edición Mosby, Editorial Médica Panamericana.
2. Barrancos Mooney Julio, 2006, Operatoria dental Integración Clínica, 4ta Edición, Editorial Médica Panamericana.
3. BertoldiHepburn, 2012, Rehabilitación Post-endodóntica. Base Racional y Consideraciones Estéticas 1er Edición, Editorial Medica Panamericana.
4. Chiche JG, Pinault A, Año 1998, Prótesis fija estética en dientes anteriores, Editorial Masson.
5. Cuello Salas José Luis, 2003, Carillas directas con resina compuesta N° 434-436 B° Alta Córdoba (C.P.5001) Córdoba-Argentina, E-mail: Cuello@latinmail.com
6. Cueto Suarez, Año 1998, Carillas de porcelana, Ediciones S. L.
7. JouberdHued Rony, 2010, Odontología Adhesiva y Estética, Editorial RIPANO ronda del Caballero de la mancha 135- 28034.
8. NocchiConceicaoEwerton, 2008, Odontología Restauradora Salud y Estética 2da Edición, Editorial Medica Panamericana, Capitulo 17
9. Silvia L. Zaiden Marcelo N. Bertone, Año 2005, Revista De La Facultad De Odontología (Uba) • Vol. 20 • N° 49 13 Cátedra De Técnica De Operatoria Dental.
10. Touati B, Miara P, Nathanson D, Año 1998, Carillas de Porcelana, Odontología Estética y Restauraciones Cerámicas, Editorial Masson.
11. <http://www.actaodontologica.com/ediciones/1999/3/carillasdeporcelana.a>
12. <http://www.carillas.com>

13. <http://www.carillasdentales.com>
14. <http://www.carillasesteticas.com>
15. <http://www.esteticadental.com>
16. <http://www.odontologia.com>
17. <http://www.protesisfija.com>
18. <http://www.salud.com>
19. <http://www.saludbucal.com>
20. <http://www.slideshare.net/dipamosa/carillas>

ANEXOS



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

ESPECIE VALORADA

SERIE U-D N°

Guayaquil, 7 de Febrero del 2012.

Doctor,

Washington Escudero D.

Decano de la Facultad Piloto de Odontología

En su despacho.-

De mis consideraciones,

Yo, **Solis Pinargote Andrea Nataly** con numero de C.I. **1721505517**, alumna del **QUINTO AÑO PARALELO # 1**; de la carrera de Odontología, solicito a usted, me asigne tutor para poder realizar **EL TRABAJO GRADUACION**, previo a la obtención del título de Odontólogo, en la materia de **OPERATORIA DENTAL**.

Por la atención que se sirva dar a la presente, quedo de usted muy agradecido.

Muy atentamente,

Solis Pinargote Andrea Nataly

C.I. 1721505517

Se le ha designado al Dr. (a) Dr. Alvarez para que colabore en su trabajo de graduación.

Dr. Washington Escudero D.
DECANO

Feb 7/12
Dol

C12-N° 0083678



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

\$ 1.15

UN dólar Americano CON
Banco de Guayaquil

ESPECIE VALORADA
NOMBRES: SOLIS PINARGOTE ANDREA NATALY

FACULTAD: 1002

11/04/2012 09:22:31

Guayaquil, 9 de Mayo del 2012

Doctor
Washington Escudero Dolz
DECANO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA
Ciudad.-

De mi consideración:

Yo, **Andrea Nataly Solis Pinargote** con C.I. N° **1721505517** Alumna de Quinto Año Paralelo N° 1 periodo lectivo 2011 - 2012, presento para su consideración el tema del trabajo de graduación.

"ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE UNA CARILLA DE PORCELANA Y UNA CARILLA DE RESINA COMPUESTA"

Objetivo General:

Determinar las principales diferencias entre las carillas de porcelana y las carillas de resina compuesta.

Justificación: Esta investigación es importante para los estudiantes de Odontología porque por medio de esta se pretende dar a conocer el procedimiento adecuado de la colocación de las carillas de porcelana y de las carillas de resina compuesta.

Para evitar fracasos que nos conlleve a una endodoncia, exodoncia e incluso enfermedad periodontal. Es por ello que esta investigación ayudara a conocer el correcto procedimiento a seguir en la colocación de las carillas de porcelana y de las carillas de resina compuesta.

Agradezco de antemano la atención a la presente solicitud.

*Recibido
Mayo 9/2012
Miguel*

Andrea Nataly Solis Pinargote
C.I. 1721505517

Dr. Miguel Álvarez
TUTOR ACADÉMICO

9-N° 0079620