

Casos Clínicos:

REHABILITACIÓN ESTÉTICA POR MEDIO DE FACETAS DIRECTAS - PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS

AESTHETIC REHABILITATION THROUGH DIRECT FACETS - REPORT OF CASES

Recibido para arbitraje: 09/01/2008

Aceptado para publicación: 16/04/2008

1. **Cássio Rocha MEDEIROS** - Alumno de Doctorado en Odontología Restaurativa - Facultad de Odontología de Pernambuco - FOP / UPE
2. **Carolina Carlos BERNAL** - Alumna de Maestría en Odontología Restaurativa - Facultad de Odontología de Pernambuco - FOP / UPE
3. **Rodivan BRAZ da Silva** - Master y Doctor en Odontología Restaurativa - Facultad de Odontología de Pernambuco - FOP / UPE - Coordinador de los Cursos de Postgrado de la FOP / UPE

DIRECCIÓN DE LOS AUTORES:

1. Av. General Newton Cavalcanti, 1650 - Piso 9 - Jardim Primavera - CEP 54753 - 220 Camaragibe - Pernambuco - Brasil - E-mail: cassioufc@hotmail.com
2. Calle Deputado Pires Ferreira, 95 - Piso 1001 - Graças - CEP 52050 - 480 - Recife - Pernambuco - Brasil.
3. Av. General Newton Cavalcanti, 1650 - Camaragibe - Pernambuco - Brasil - CEP. 54753-220.

DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA:

Cássio Rocha MEDEIROS Avenida General Newton Cavalcanti, 1650 - Piso. 9 - Jardim Primavera - CEP 54753 - 220 - Camaragibe - Pernambuco - Brasil - E-mail: cassioufc@hotmail.com

RESUMEN

En la actualidad, la sociedad prácticamente exige una uniformidad de las características relacionadas con la apariencia física de las personas, lo que hace aumentar la búsqueda por los tratamientos que proporcionen un aspecto más agradable, vinculado a técnicas eficientes y seguras. Las alteraciones dentarias de color, de forma, textura y/o posición contribuyen de modo desfavorable, principalmente en los dientes anteriores, para una armonía facial. El uso de las facetas estéticas, directamente en la boca, es cada vez más enfatizado debido a evolución de los materiales restauradores y de la técnica adhesiva, ofreciendo una mejor relación costo/beneficio para el paciente. El objetivo del presente artículo es presentar casos clínicos en los cuales el tratamiento con facetas directas es una alternativa de tratamiento eficaz, reversible y de fácil realización.

Palabras clave: Facetas Odontológicas, Resina Compuesta, Amelogénesis Imperfecta, Reconstrucciones directas, Reconstrucciones estéticas.

ABSTRACT

At present, society practically demands uniformity of features in relation to physical appearance, resulting in an increasing number of persons seeking treatment that will provide them with a more pleasant visual appearance, linked to efficient and safe techniques. Alterations in tooth shade, shape, texture and/or position, particularly of anterior teeth, contribute unfavorably to facial harmony. Aesthetic facets placed directly in the mouth have been increasingly emphasized, due to the development of restorative materials and adhesive techniques, offering the patient an even better cost/benefit ratio. The aim of this article is to present clinical cases in which the direct facet was shown to be an efficient, reversible and easy to perform alternative treatment.

Key words: dental veneers, composite resin, amelogenesis imperfecta, direct restorations, aesthetic restorations, enamel abnormality

INTRODUCCIÓN

Cada vez más nos deparamos con pacientes altamente informados y conocedores de las últimas novedades en los tratamientos estéticos en Odontología. Esto, gracias a los medios de comunicación que enaltecen la imagen de hombres y mujeres con cuerpos bien delineados y sonrisas perfectas, siempre relacionando este aspecto visual con el grado de importancia que los individuos tienen por su propia salud. En este contexto, la búsqueda por la estética no puede ser comprendida como vanidad o sin importancia. Las alteraciones en la sonrisa ya sean congénitas o adquiridas, limitan las actividades sociales de los individuos, puesto que es en el rostro que el hombre expresa sus sentimientos, siendo la sonrisa la forma más distintiva de la comunicación.

Acompañando a esta tendencia, la Odontología, desde el desenvolvimiento de la técnica de condicionamiento ácido del esmalte por BUONOCORE (1) y del desenvolvimiento de las resinas compuestas por BOWEN (2), está evolucionando de forma continua principalmente en lo que respecta a la técnica adhesiva, garantizando al clínico y al paciente la oportunidad de alcanzar resultados funcionales y estéticos a largo plazo. Debido al período actual de desenvolvimiento de las propiedades mecánicas de las resinas compuestas y del perfeccionamiento de los sistemas adhesivos (3), las indicaciones de los procedimientos adhesivos se tornaron relativos, es decir, ya no existe la posibilidad de indicaciones o contra-indicaciones autoritarias y rígidas, que limitaban mucho la utilización de procedimientos estéticos. Actualmente, podemos decir que la indicación está más a criterio del profesional, que debe tomar en cuenta la situación clínica, los conocimientos científicos y la destreza manual.

Las facetas estéticas directas surgieron para crear un abordaje conservador, con la intención de obtener alternativas para procedimientos técnicos donde estén involucradas restauraciones con mínima o ninguna pérdida de estructura dental, (4-6) ofreciendo la ventaja de un resultado inmediato al paciente, necesitando normalmente de una sola sesión para su confección, permitiendo la corrección y/o reparos posteriores, la posibilidad del cirujano-dentista controlar el color y la forma de los dientes restaurados, además de la rapidez y la economía. (7-13) Cuando son comparados con la porcelana, los materiales resinosos también poseen mayor resiliencia y baja abrasividad, características importantes principalmente en pacientes que presentan hábitos parafuncionales, en los cuales las restauraciones de porcelana podrían causar mayor desgaste de los dientes antagonistas naturales. (14,15)

En los siguientes casos clínicos presentaremos la substitución de facetas directas, lo que refuerza el entendimiento de que se trata de una técnica que necesita de un rigor en su ejecución, además del esmero por parte del profesional en la elección del color, forma, textura y pulido, posibilitando también la reparación o cambios futuros con un mínimo de perjuicio para el remanente dental.

PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS

CASO 1

Paciente de 27 años, sexo femenino, con fractura de una faceta de resina compuesta en el incisivo central derecho (Figura 1). Después de seleccionar el color, fue ejecutada la preparación de la cavidad con la posterior realización del aislamiento absoluto, por lo tanto fue utilizada una grapa 212 modificada para obtener retracción gingival (Figura 2). En seguida los dientes vecinos fueron protegidos con tiras de poliéster para la realización del condicionamiento ácido (Figura 3). Se aplicó el sistema adhesivo SINGLE BOND (3M), siguiendo las instrucciones del fabricante (Figura 4). Para la restauración fueron utilizadas las resinas AMELOGEM (Ultradent), de color A2-O (resina de dentina) como el primer incremento, y la DURAFILL (Heraeus/Kulzer) de los colores A-3 y A-2, respectivamente en el tercio cervical y medio/incisal (Figura 5). Con el objetivo de mimetizar la forma y la textura del otro incisivo central fue ejecutada la conformación de un lóbulo en la faceta (Figura 6), que puede ser bien visualizado por la reflexión de la luz (Figuras 7 y 8).



Figura 1
Diente 11 con faceta vestibular fracturada

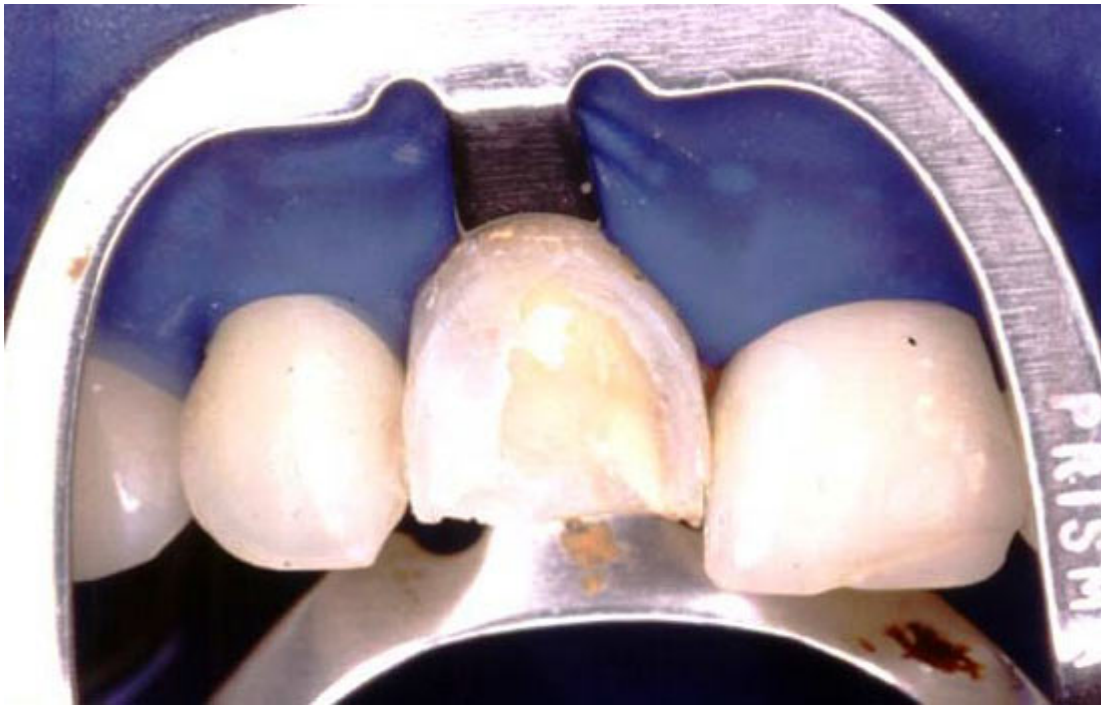


Figura 2
Aislamiento absoluto después de la realización de la preparación cavitaria

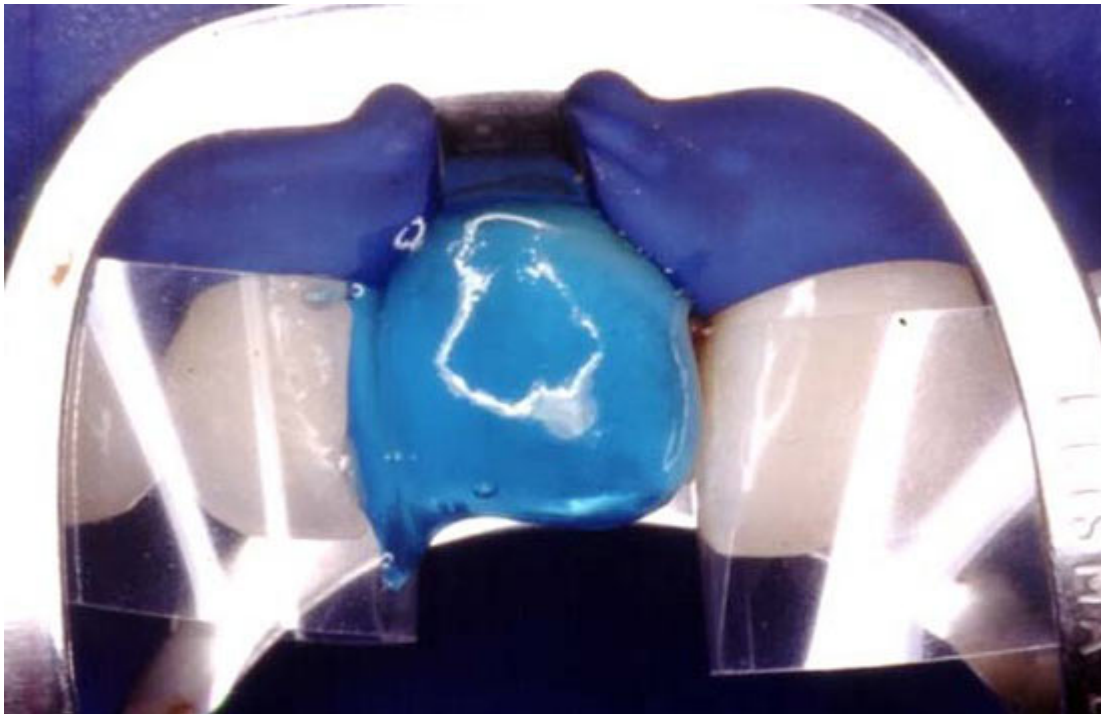


Figura 3
Condicionamiento con ácido fosfórico al 37% por 20 segundos



Figura 4
Aplicación del sistema adhesivo



Figura 5
Realización de la faceta directa



Figura 6
Marcación para orientar a la mimetización de la forma y textura de su homólogo



Figura 7
Conformación final de la faceta



Figura 8
Aspecto final del caso

CASO 2

Paciente de 43 años, sexo femenino, con fractura de una faceta de resina compuesta en el incisivo central derecho (Figura 1 y 2). Se preparó la cavidad y posteriormente se realizó el aislamiento completo del campo operatorio (Figura 3). Los pasos referentes a la técnica adhesiva y a la confección de la faceta son semejantes a lo referido en el caso 1. El aspecto final puede ser observado en la figura 4.



Figura 1
Diente 11 con faceta vestibular fracturada



Figura 2
Vista de la faceta fracturada



Figura 3
Aislamiento absoluto después de la realización de la preparación cavitaria

Figura 4
Aspecto final del caso

CASO 3

Paciente de 30 años, sexo masculino, con alteración de los incisivos centrales en lo que respecta al color y la forma, debido a la presencia de facetas defectuosas tanto desde el punto de vista estético como biológico, pues presentaban batientes cervicales (Figura 1), lo que favorecía la acumulación de placa dental. La figura 2 muestra el inicio de la preparación cavitaria con la confección del surco cervical. Los

pasos referentes a la preparación de la cavidad y a la técnica adhesiva son semejantes a los descritos en el caso 1. El aspecto final puede ser observado en las figuras 3, 4 y 5.



Figura 1
Dientes 11 y 21 con facetas presentando batiente cervical



Figura 2
Inicio de la preparación con la confección de las canaletas cervicales



Figura 3
Facetas en los dientes 11 y 21 concluídas



Figura 4
Visión después de la remoción del aislamiento absoluto

Figura 5
Aspecto final del caso

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Las alteraciones en el color de los dientes, como los casos de oscurecimiento por los tratamientos endodónticos, pigmentaciones y defectos del esmalte, manchas por tetraciclina o por otros medicamentos, traumas de causas variadas y anomalías de forma pueden ser atenuados a través de recursos estéticos, ofreciendo al paciente una armonía en su sonrisa. (16-19)

La resistencia y la estabilidad de color de las resinas compuestas, a pesar de ser inferiores en relación a las cerámicas, son satisfactorias y dependerán del caso en que las restauraciones sean indicadas y del modo a ser ejecutadas y ajustadas. El tiempo estimado de vida infelizmente no puede ser calculado debido al carácter multifactorial involucrado. El comportamiento clínico de estas restauraciones depende de factores relativos al paciente, operador y material restaurador. El operador deberá informar al paciente que los compósitos fallan más precozmente en fumadores, alcohólicos, grandes consumidores de café y/o alimentos que contengan muchos colorantes, individuos con higiene bucal pobre y en los que tienen alta actividad de caries.

La recuperación estética de la sonrisa comprende diversos procedimientos que ponen a prueba al profesional, principalmente porque exige, además de los conocimientos técnico-científicos, un sentido artístico y habilidad manual con la finalidad de reproducir los detalles anatómicos fundamentales. (20) El encerado de diagnóstico es una técnica auxiliar que posibilita la visualización del tratamiento propuesto, permitiendo la aceptación o no del procedimiento estético por el paciente. (21)

Es importante resaltar que pacientes con presencia de apiñamiento severo de los dientes anteriores, con problemas periodontales, con poca estructura de esmalte que dificulte la retención de la faceta y con hábitos oclusales nocivos, como bruxismo y mordida bis a bis, presentan limitaciones para el éxito en este tipo de tratamiento. (22)

La correcta confección de una faceta directa está relacionada con la selección del compósito adecuado, la aplicación de un correcto sistema adhesivo, la recreación de las formas variadas inherente a los dientes naturales y, principalmente, con la selección sensata del color (matiz) a ser empleado. Esta planificación visual consiste en la evaluación del grado de saturación (croma), de la opacidad (valor) y de los caracterizadores de las resinas a ser utilizados. (23-25) Técnicas avanzadas de inserción de resina compuesta policromática, pueden ser empleadas para satisfacer las expectativas estéticas del paciente. (26)

Para reproducir las características de translucidez y opacidad de la superficie vestibular, existen resinas con grados variados de absorción y reflexión de la luz.²⁷ En casos con alto grado de oscurecimiento

puede ser necesario la presencia de agentes opacificadores, para enmascarar el color original. Sin embargo, estos materiales deben ser cuidadosamente aplicados, para que no ocurra una opacidad excesiva, resultando un aspecto artificial. (20,28)

La alternativa de un tratamiento estético que exige un desgaste acentuado de la estructura dental, muchas veces saludable, y con elevado costo financiero, crean cierta incomodidad al paciente, cada vez más crítico y exigente. Por lo tanto, es cada vez más divulgada la solución de estos problemas con el advenimiento de técnicas restauradoras sencillas y seguras, como la confección de facetas directas. En los casos clínicos expuestos la armonía de la sonrisa, la autoestima y la alegría de los pacientes fueron restituidos, resaltando de esta manera nuestra obligación como profesionales del área de salud, en rehabilitar biológica y psicológicamente a nuestros pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Buonocore MG. A simple method of increasing the adhesion of acrylic filling materials to enamel surfaces. *J Dent Res* 1955; 34:849-853.
2. Bowen RL. Properties of silica - reinforced polymer for dental restorations. *J Am Dent Assoc* 1963; 66:57-64.
3. Vargas M. Conservative aesthetic enhancement of the anterior dentition using a predictable direct resin protocol. *Pract Proc Aesthet Dent* 2006; 18: 501-507.
4. Arcari GM, Gil AMD, Baratieri LN, Sousa CN, Chain MC. Facetas estéticas com resinas compostas. *RGO* 1991; 39: 103-108.
5. Morgan MJ. Conservative full-mouth resin renewal. *Dent Today* 1999; 18: 82-84, 86-89.
6. Christensen GJ. Facing the challenges of ceramic veneers. *JADA* 2006; 137: 661-664.
7. Garcia Filho E. Na innovate direct technique for resin composite veneers for teeth with color alterations. *Quintessence Int* 1998; 29:731-735.
8. Gleghorn T. Direct composite veneers to create a mature smile. *Dent Today* 1999; 18:60-65.
9. Beloti AM, Segalla JCM, Andrade LEH, Aquino, E. Facetas diretas para resolução estética de dentes conóides. *JBD* 2002; 1: 122-125.
10. Lazarus JP. A technique for direct placement of transitional anterior resin veneers. *J Am Dent Assoc* 2003; 134:885-886.
11. Kwork-tung L, King NM. The restorative management of amelogenesis imperfecta in the mixed dentition. *J Clin Pediatr Dent* 2006; 31:130-5.
12. Fahl N. A polychromatic composite layering approach for solving a complex class IV/direct veneer-diastema combination: part I. *Pract Proced Aesthet Dent* 2006; 18:641-645.
13. Ayna E, Celenk S, Kadiroglu ET. Restoring function and esthetics in 2 patients with amelogenesis imperfecta: case report. *Quintessence Int* 2007; 38:51-3.
14. Shue SL, Nicholls JI, Townsend JD. The effect of metal retentive designs on resin veneer

- retention. *J Prosthet Dent* 1987; 58: 297-305.
15. Sadowsky SJ. An overview of treatment considerations for esthetic restorations: a review of the literature. *J Prosthet Dent* 2006; 96: 433-442.
 16. Covey DA, de Carvalho Oliveira F Jr, Denehy GE. Selecting an esthetic veneering technique. *Quintessence Int* 1987; 18: 247-252.
 17. Marus R. Treatment planning and smile design using composite resin. *Pract Proced Aesthet Dent* 2006; 18: 235-241.
 18. Wakiaga J, Brunton P, Silikas N, Glenny AM. Direct versus indirect veneer restorations for intrinsic dental stains. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; 5: 43.
 19. Deliperi S, Congiu MD, Bardwell DN. Integration of composite and ceramic restoration in tetracycline-bleached teeth: a case report. *J Esthet Restor Dent* 2006; 18: 126-134.
 20. Nogueira de Sá MP, Pascotto RC. Faceta direta em resina composta com recurso de uma matriz de acetato - relato de caso clínico. *Revista dental press de estética*. 2004; 1: 101-111.
 21. Bloom DR, Padayachy J N. Smile lifts - a functional and aesthetic perspective. *Br Dent J* 2006; 200: 199-203.
 22. Fradeani F, Redemaqni M, Corrado M. Porcelain laminate veneers: 6 - to 12 -year clinical evaluation - a retrospective study. *The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry* 2005; 25: 9-17.
 23. Felipe LA, Baratieri LN. Direct resin composite veneers: masking the dark prepared enamel surface. *Quintessence Int* 2000; 8: 557-562.
 24. Feigenbaum N. Single anterior tooth restoration using a self-etching adhesive system and a reinforced microfill composite. *Compend Contin Educ Dent* 2003; 24: 21-26.
 25. Terry DA. Direct reconstruction of the maxillary anterior dentition with composite resin: a case report. *Pract Periodontics Aesthet Dent* 1999; 11: 361-367.
 26. Fahl N. A polychromatic layering approach for solving a complex class IV/ direct veneer/ diastema combination: Part II. *Pract Proced Aesthet Dent* 2007; 19: 17-22.
 27. Dunn JR. Direct composites in a contemporary restorative practice. *Compend Contin Educ Dent* 1998; 19: 271-272, 274, 276-278.
 28. Felipe LA, Monteiro S, Baratieri LN, Caldeira de Andrada MA, Ritter AV. Using opaque under direct composite resin veneers: an illustrated review of the technique. *J Esthet Restor Dent* 2003; 15: 327-336.