

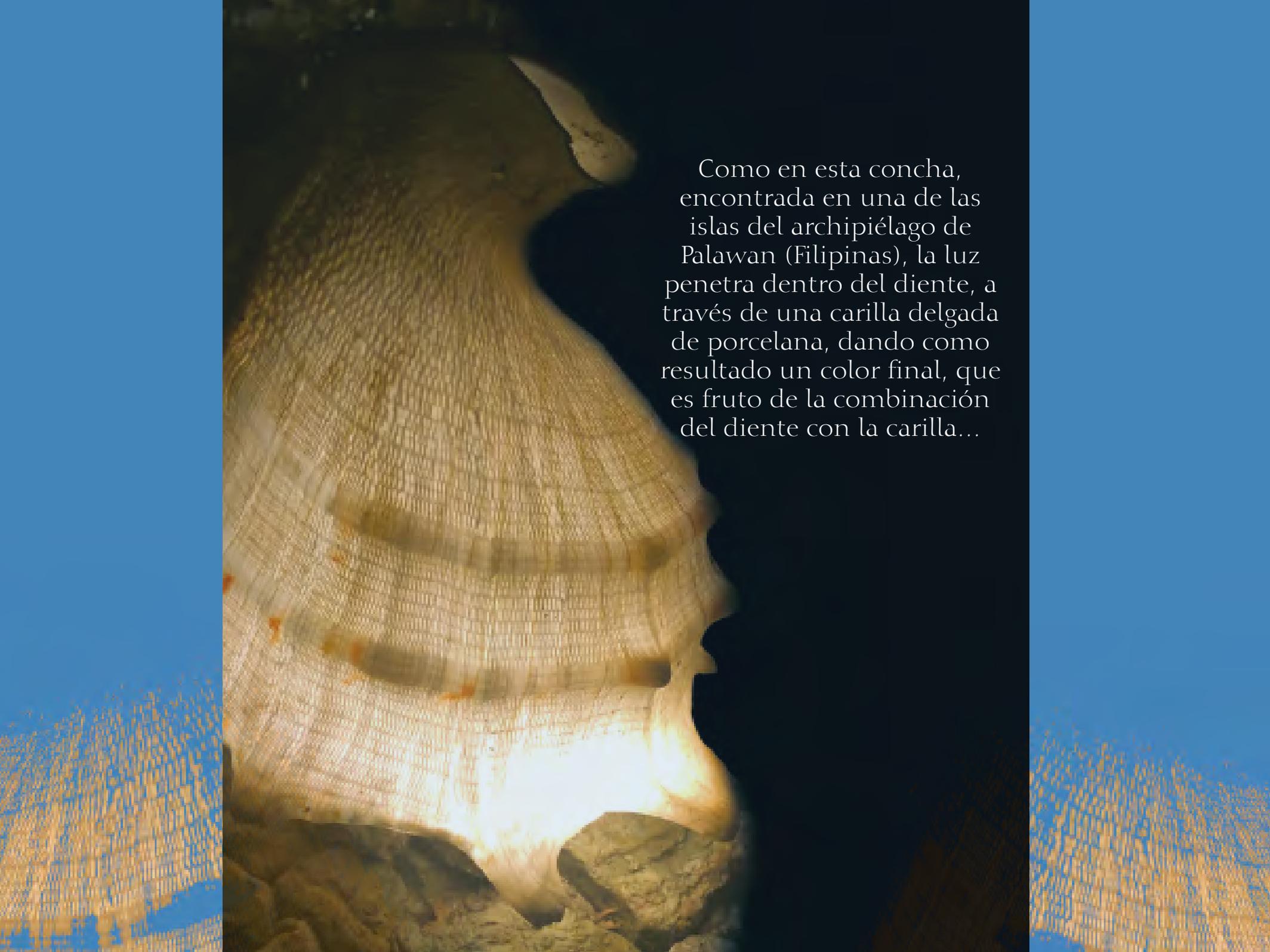
CAPÍTULO 2



CARILLAS DE PORCELANA: ¿SÍ O NO?

MACIEJ ŻAROW





Como en esta concha, encontrada en una de las islas del archipiélago de Palawan (Filipinas), la luz penetra dentro del diente, a través de una carilla delgada de porcelana, dando como resultado un color final, que es fruto de la combinación del diente con la carilla...

¿Por qué carillas de porcelana?

¿Son las carillas de porcelana una buena elección? La respuesta es sí porque tienen muchas ventajas: son altamente estéticas y se parecen a los dientes naturales; y son lo suficientemente finas como para dejar que la luz penetre en el interior del diente, del mismo modo que el alabastro o las conchas. Además, el tiempo de preparación se reduce al mínimo y el esmalte se mantiene en gran medida.

VENTAJAS DE LAS CARILLAS DESDE UNA PERSPECTIVA CLÍNICA

- ◆ Son menos invasivas que las coronas protésicas^{1,2}
- ◆ No hay riesgo de perder vitalidad pulpar al realizar una preparación ligera (esmalte) (Fig 2-1)³
- ◆ Asumiendo que estamos preparando el diente dentro del esmalte, el riesgo de hipersensibilidad es mínimo (Fig 2-1)⁴
- ◆ Por definición, no interfieren con los tejidos periodontales (preparación yuxtagingival) (Fig 2-2)⁵



Fig 2-1
Ejemplo de una preparación estándar hecha bajo el control de una llave de silicona para minimizar el tallado del esmalte.



Fig 2-2a
Preparación de la carilla en los dientes 11 y 21 con respecto al margen gingival – la preparación yuxtagingival no violó la integridad de los tejidos blandos.



Fig 2-2b
El margen de la preparación se hace visible sólo después de insertar el primer y luego el segundo cordón de retracción.



Fig 2-2c
Situación clínica tras la cementación de carillas.

- ◆ Son biocompatibles y bien toleradas por la encía, incluso cuando se realiza una preparación subgingival mínima (por lo general, no se recomienda la preparación subgingival para las carillas. Sin embargo, en algunos casos, es necesaria para cubrir un oscurecimiento intenso o para cerrar los triángulos negros del espacio interdental – la carilla interfiere suavemente en la zona subgingival)⁵
- ◆ Mejoran con éxito la función: guía anterior simétrica y guía lateral (Fig 2-3)⁶
- ◆ Pueden rehacerse en el futuro⁷
- ◆ Restablecen la rigidez del diente gracias a las propiedades físicas de la porcelana, lo cual es importante para los aspectos funcionales de los dientes anteriores^{8,9}
- ◆ Pueden enmascarar el oscurecimiento del diente, lo cual es impredecible y extremadamente difícil cuando se trabaja con composites (Fig 2-4)¹⁰⁻¹³



Fig 2-3a

Se propuso a una paciente de 41 años cuatro carillas de porcelana en el arco maxilar, no sólo por razones estéticas sino también para mejorar la guía anterior – se muestra aquí la situación clínica de la guía anterior antes del tratamiento.



Fig 2-3b

Se realizaron cuatro carillas de porcelana.



Fig 2-3c

Sonrisa de la paciente desde una vista de semi-perfil después de cementar las carillas.



Fig 2-3d

Carillas cementadas desde la vista palatina.



Fig 2-3e

Marcas de la guía anterior después de haber sido alargados los dientes mediante carillas.

Fig 2-4a

Hace muchos años, se presentó en la clínica dental una paciente que solicitaba cubrir sus dientes con carillas ya que fue sometida a múltiples intentos de blanqueamientos infructuosos. La causa del oscurecimiento fue haber tomado tetraciclinas durante la infancia.



Fig 2-4b

Situación clínica de arcos maxilar y mandibular.

Fig 2-4c

Se le propuso como tratamiento diez carillas de porcelana maxilares – la fotografía muestra unas preparaciones mínimas de carillas con preservación de esmalte.



Fig 2-4d

Situación después de cementar carillas de porcelana (se utilizó cerámica feldespática, actualmente sería posible emplear un “mejor enmascaramiento” con porcelana de disilicato de litio).



Fig 2-4e

Sonrisa de la paciente después de cementar 10 carillas en el maxilar.

CONSIDERAR LA PLANIFICACIÓN DE CARILLAS DE PORCELANA CUANDO:

1. Los dientes maxilares anteriores presentan restauraciones de composite extensas y muy visibles (Fig 2-5)

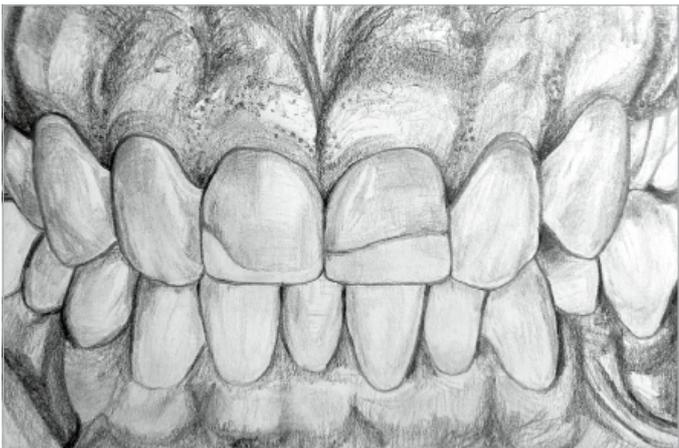


Fig 2-5

La sustitución de restauraciones extensas puede causar muchas dificultades, tales como corregir e igualar el color del composite o problemas de duración en el tiempo. En tales casos, se debe considerar el rehabilitar con carillas.

2. Las restauraciones estéticas con composite son difíciles de realizar debido a la necesidad de reconstruir muchos dientes (Fig 2-6)



Fig 2-6

Si el reemplazar restauraciones extensas afecta a muchos dientes (por ejemplo, cuatro o seis), merece más la pena el considerar realizar carillas.

Considera las ventajas de las carillas de porcelana cuando estés planeando un tratamiento estético... ¡Pero no olvides el riesgo funcional!



3. Cuando es necesario un cambio significativo de la forma o un alargamiento (Fig 2-7)¹⁴⁻¹⁶

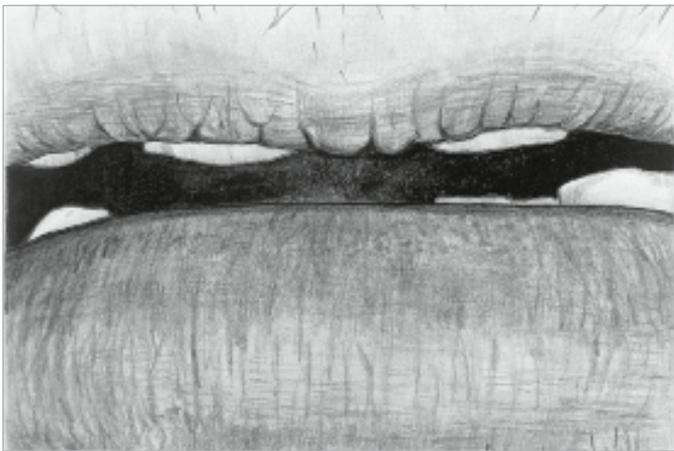


Fig 2-7a

Cuando los incisivos centrales maxilares no son visibles en la posición de "labios en reposo", se debería considerar una extensión del diente para conseguir una mejoría estética. En casos así, las carillas de porcelana se encuentran entre las opciones de tratamiento.

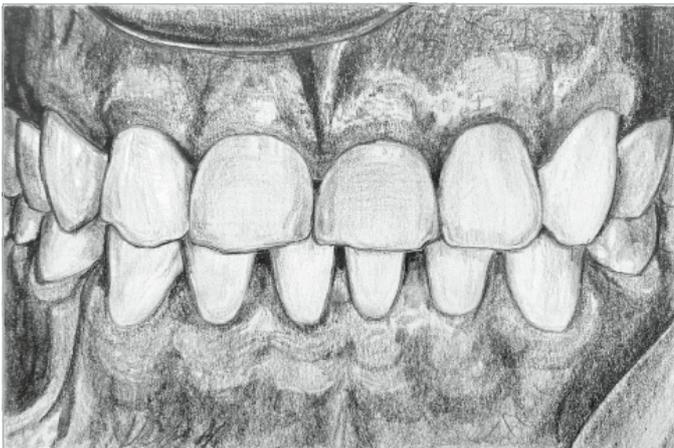


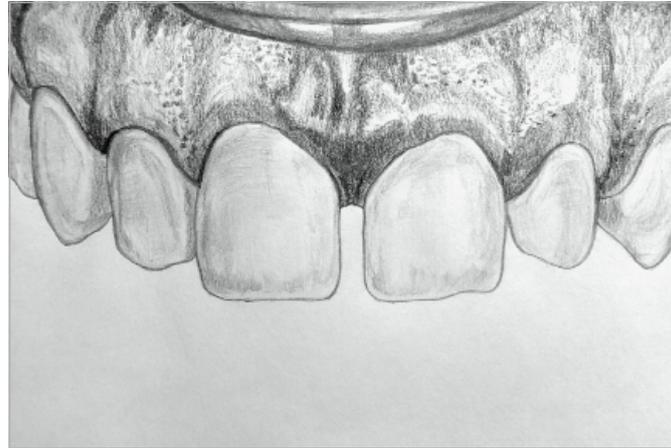
Fig 2-7b

Cuando los incisivos centrales maxilares tienen una longitud similar a los incisivos laterales maxilares, hay que considerar cambiar la longitud o la forma de los dientes para conseguir una dominancia de los incisivos centrales maxilares.

4. Es necesario cerrar el diastema (Fig 2-8)^{17,18}

Fig 2-8

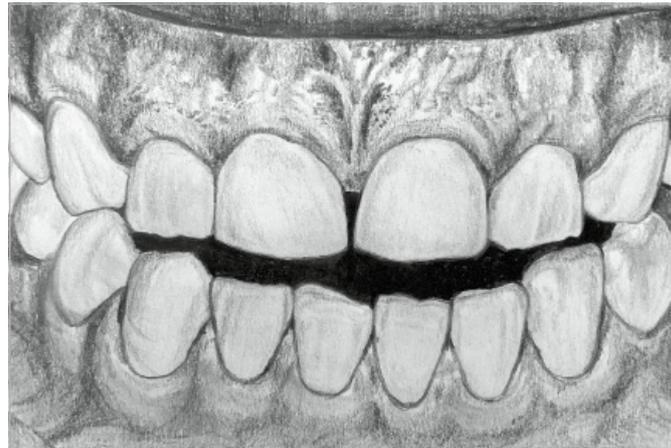
Corregir un diastema es una de las indicaciones para carillas de porcelana. Sin embargo, esta opción terapéutica debería ser siempre analizada de manera individual y ser visualizada mediante un mock-up antes de comenzar el tratamiento.



5. Reducir/cerrar los triángulos negros visibles (Fig 2-9)⁵

Fig 2-9

Cerrar los triángulos negros es una de las indicaciones para carillas de porcelana. Para conseguir un cierre permanente del triángulo negro, debería ser hecho basándose en el conocimiento de la posición del hueso alveolar y del ancho biológico.



6. Cambiar el eje longitudinal de los dientes anteriores o la línea media entre los incisivos centrales maxilares (Fig 2-10)⁵

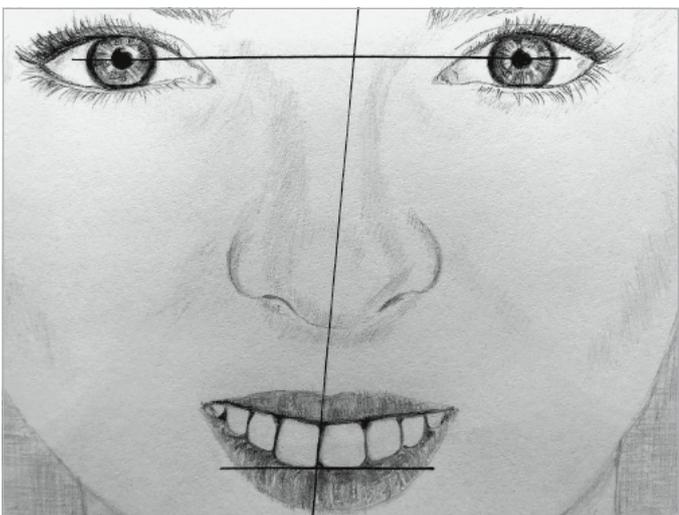


Fig 2-10

Una de las indicaciones de carillas de cerámica es cambiar la inclinación de la línea entre ambos incisivos centrales maxilares para conseguir una coincidencia mayor con la línea media facial y que sea perpendicular con la línea interpupilar.



PARA RECORDAR

Si quieres mejorar la inclinación de la línea media con carillas, debes planificar correctamente la restauración e involucrar las superficies interproximales en la preparación. Una foto desde la posición de las 12 nos ayuda a comprender la coincidencia de la línea media facial con la línea media dental (ver página 55, punto 14).

7. El diente está oscuro y no puede blanquearse o enmascarse de forma predecible con composite (Fig 2-11)¹⁹

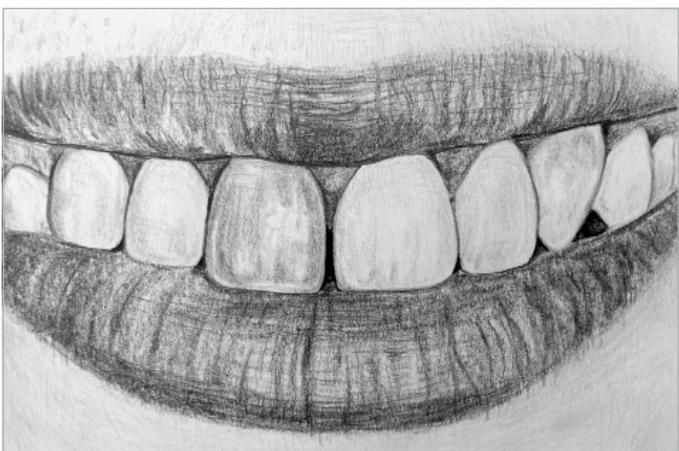


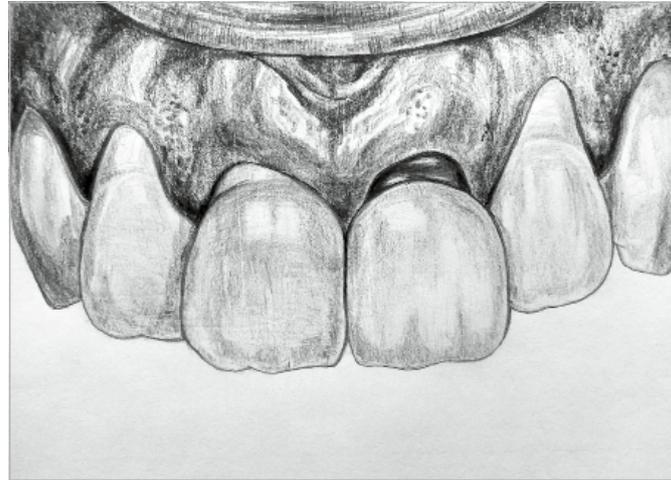
Fig 2-11

Una de las indicaciones para hacer dos carillas simétricas de porcelana es un diente oscurecido, en el que por alguna razón está contraindicado un blanqueamiento interno, por lo tanto, el color no puede ser enmascarado de manera predecible con composite.

8. Realizamos una corona unitaria y queremos equilibrar la estética del otro lado de la arcada dental (Fig 2-12)²⁰

Fig 2-12

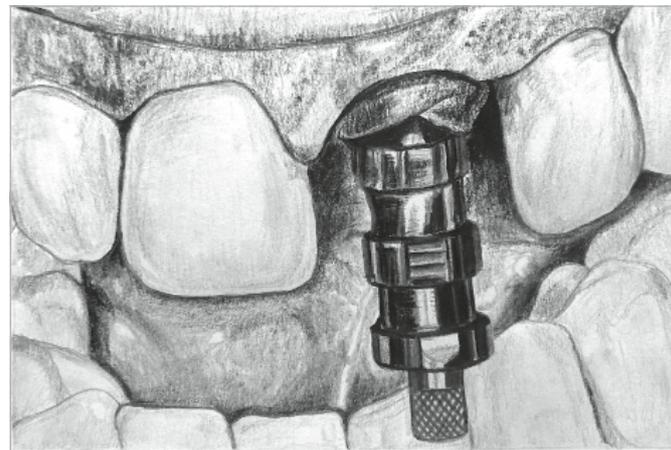
Cuando se cambia la corona de uno de los incisivos centrales maxilares, la solución ideal es cubrir el incisivo central simétrico con una carilla de porcelana hecha con la misma porcelana que la corona.



9. Cuando se realiza una corona unitaria implantosoportada, y es necesario equilibrar la simetría y cerrar un posible triángulo negro (Fig 2-13)²¹

Fig 2-13

Cuando se realiza una corona unitaria sobre implante para restaurar un incisivo central maxilar, el margen gingival puede cambiar su arquitectura a partir de la línea base, y requerir un cambio de forma en ambos dientes. Por este motivo, es a menudo necesario confeccionar una carilla en el diente adyacente.



10. Cuando es necesario corregir la posición de un diente rotado, y el tratamiento ortodóncico no es posible por alguna razón (Fig 2-14)²²

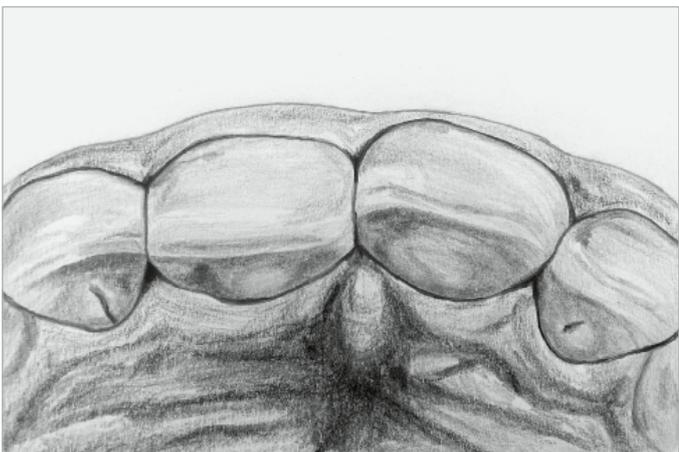


Fig 2-14

El tratamiento ortodóncico sigue siendo la mejor solución para los casos en que se necesita alinear los dientes en el arco dental. Sin embargo, es posible alinear el arco dental y mejorar la sonrisa con carillas de porcelana en ciertos casos, especialmente cuando la posición de los dientes nos permite minimizar la preparación dental.

11. Cuando se planifica una rehabilitación oclusal compleja – como último paso para restaurar la función y la estética en el segmento anterior (Fig 2-15)²³

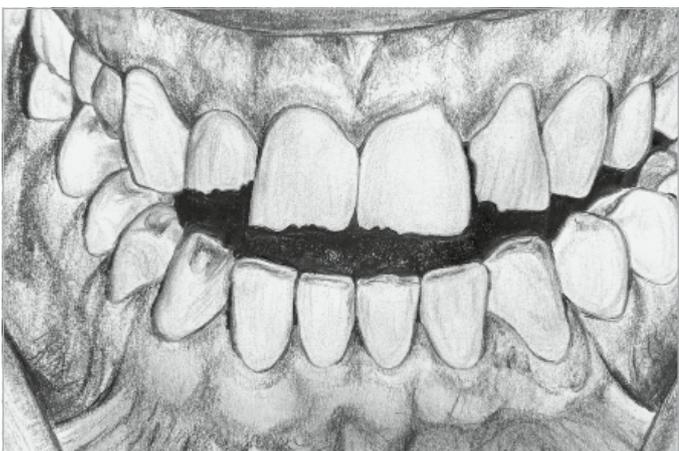


Fig 2-15

En casos como este, las carillas de porcelana están indicadas pero normalmente sólo después de reconstruir la oclusión, creando un espacio adecuado para el material restaurador en los dientes anteriores.

Carillas de porcelana: ¿por qué no?

No se pueden aceptar, por muy convincentes que sean, las sugerencias de los pacientes que están totalmente seguros de que las carillas de porcelana son el único tratamiento posible. Hay que evaluar de forma realista la situación clínica y las posibles indicaciones. A veces, incluso los mayores esfuerzos por parte del clínico pueden dar lugar a meses de disputas y resentimientos por parte del paciente.

NO PLANIFICAR CARILLAS DE PORCELANA CUANDO:

1. Hay escasa cantidad de estructura dental, y menos del 50% de la estructura dental se va adherir a la carilla después de la preparación (Fig 2-16)¹³

Si más del 50% de los tejidos duros permanecen tras la preparación de la carilla, podemos esperar una adhesión y durabilidad adecuadas para dicha restauración. Cuanto más esmalte haya, sobre todo en los márgenes de la preparación, más posibilidades habrá de conseguir un sellado marginal de larga duración. Lo mismo puede decirse de la proporción entre estructura dental y superficie de composite dentro de la

preparación. Aunque es similar a los tejidos dentales (especialmente a la dentina), el composite se comporta de forma ligeramente diferente con el paso de los años. Muestra una tendencia a la absorción de agua y al cambio volumétrico, lo que significa que la carilla puede “funcionar” de forma diferente cuando se adhiere a la superficie de tejido duro y a la superficie de composite.

Esto no importa para restauraciones de composite pequeñas,¹³ pero es difícil predecir cómo se comportará la carilla cuando la base de la superficie sea una restauración extensa de Clase 4.

Supongamos que a todo esto se añade una falta de oclusión estable y de apoyo bilateral en los dientes laterales, o que hay un patrón de masticación reducido. En ese caso, la suma de factores desfavorables aumenta.

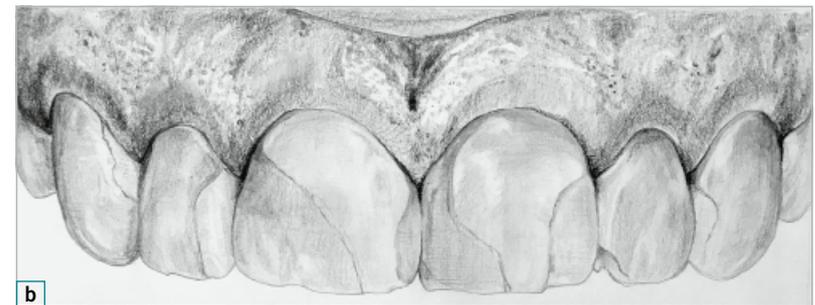
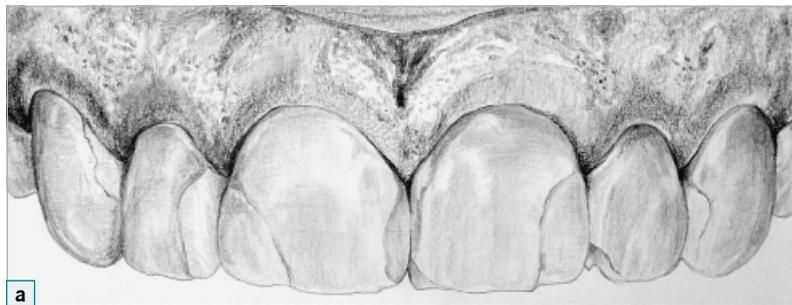


Fig 2-16

Dos situaciones clínicas diferentes. (a) Hay suficiente estructura dental en los dientes 11 y 21. (b) Después de la preparación del diente 11, habrá menos del 50% de tejidos duros remanentes, y en el diente 21, la cantidad de tejidos duros será aproximadamente del 50%. Sin embargo, deberá considerarse el reemplazo de las restauraciones o bien unas coronas cerámicas. Es posible hacer carillas de porcelana en este caso, pero el riesgo de fracaso en el futuro (por ejemplo, fisuras) aumenta significativamente cuando la carilla tiene una reconstrucción de composite en la mayoría de la superficie de la preparación.

2. Hay cavidades subgingivales o restauraciones de Clase 5 que alcanzan el cemento (Fig 2-17)²⁴

Cuando las restauraciones de composite de Clase 5 se colocan subgingivalmente demasiado profundas como para que no sea posible colocar un dique de goma para controlar la humedad y eliminar el exceso de material durante la cementación, las carillas están contraindicadas. Además, la parte cervical de la carilla es una zona crítica en términos de distribución de tensiones. La zona cervical del diente acumula mucho estrés: aquí es donde el esmalte alcanza el cemento (unión amelo-cementaria, CEJ), y se producen los principales tipos de lesiones cervicales no cariosas, por ejemplo, abfracciones (debidas a la sobrecarga oclusal).

Si el margen de la preparación puede ser situado en el esmalte en esta zona gingival crítica, aumentará la durabilidad de la carilla. Si una parte importante de la preparación se localiza subgingivalmente en el cemento, la adhesión de la carilla al diente disminuirá de forma crítica. Además, no será posible controlar la humedad durante el cementado ni eliminar el exceso de material.

Por estas razones, el sellado marginal de la carilla y la salud periodontal serán impredecibles. La ubicación del margen de la carilla sobre el composite en la zona gingival está contraindicada en el caso de una restauración de Clase 5 existente. La carilla puede cubrir toda la obturación, pero el margen gingival no debe terminar sobre la restauración, sino sobre la estructura dental.

PARA RECORDAR

Si el margen gingival de la preparación de la carilla se localiza subgingivalmente profundo, el sellado marginal de la carilla a largo plazo y la salud periodontal no serán predecibles. En tal situación clínica, pensar acerca de soluciones alternativas como restauraciones directas o indirectas de composite. En caso de fractura u otros problemas, pueden ser reparados.

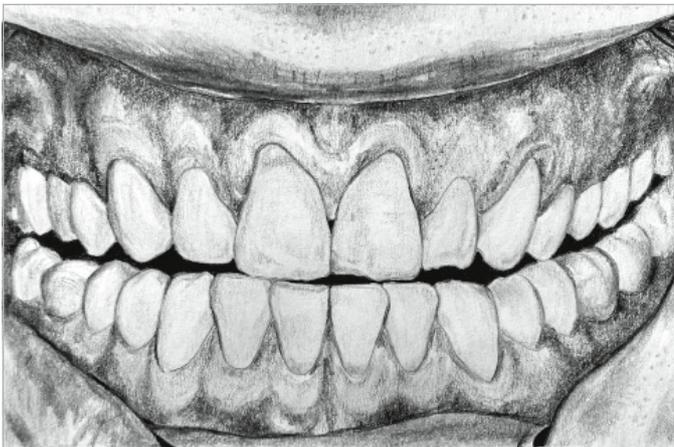


Fig 2-17

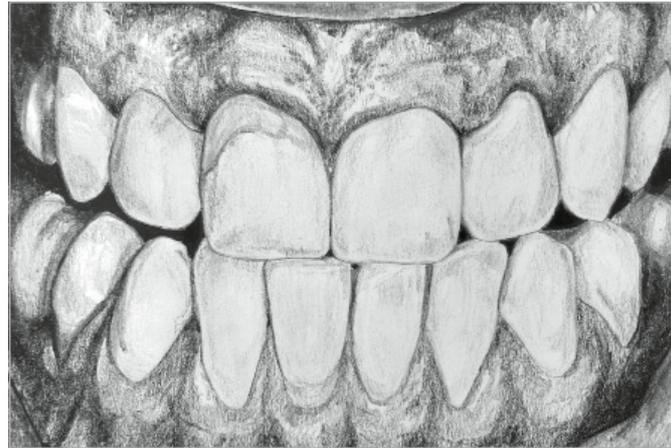
Cuando las cavidades alcanzan la unión amelo-cementaria e interfieren con la zona del cemento. El riesgo de que la carilla entre en el cemento debe ser tomada en consideración (envejecimiento acelerado de la adhesión y riesgo de acumulación de tensión).

3. Clase 3 restauraciones subgingivales cuando no es posible aislar con el dique de goma (Fig 2-18)

Al igual que ocurre con las cavidades de Clase 5, las cavidades subgingivales profundas de Clase 3 están contraindicadas para las carillas de porcelana.²⁴ La carilla no puede tener un margen colocado yuxtagingivalmente sobre la restauración de composite.

Fig 2-18

Con cavidades profundas subgingivales debe considerarse un diferente tipo de tratamiento en vez de carillas de porcelana.



4. El paciente es un adolescente (Fig 2-19)²⁵

Por regla general, no se deben realizar carillas de porcelana en pacientes menores de 21 años. Antes se consideraba que la oclusión del paciente estaba ya formada y era estable a la edad de 18-20 años; actualmente, se asume que este límite debe ampliarse incluso hasta los 25 años. Así lo muestran los estudios relacionados con el fracaso de implantes en pacientes de alrededor de 20 años. Para los jóvenes, las carillas directas de composite son una solución perfecta.



Vídeo: tratamiento alternativo de un adolescente <https://books.dentist.com.pl/veneers/1>

Fig 2-19

Una paciente de 15 años se presentó en la clínica para ser tratada con carillas de porcelana para cubrir una hipoplasia del esmalte. La temprana edad del paciente y la fase de crecimiento óseo en curso son contraindicaciones para tratar con restauraciones indirectas de porcelana.



5. Diagnóstico de afecciones oclusales²⁶⁻²⁸

- ◆ Falta de una oclusión estable y equilibrada en ambos lados (sin apoyo lateral) (Fig 2-20)

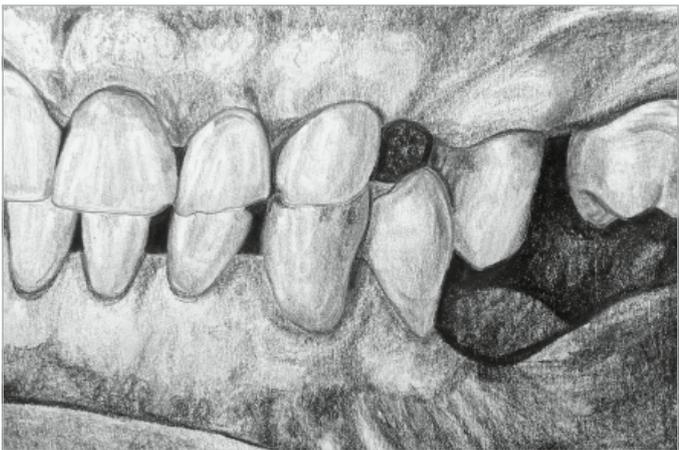


Fig 2-20

La ausencia de dientes en el segmento posterior del arco dental es una contraindicación para carillas de porcelana. Primero, se debe realizar una rehabilitación de la oclusión – sólo entonces se pueden hacer carillas según la planificación previa (ver Capítulo 8).

- ◆ Una envoltura funcional limitada significa que no hay espacio entre los dientes anteriores del maxilar y la mandíbula cuando se realizan actividades funcionales básicas, como masticar, hablar, respirar o tragar. Clínicamente, es común ver muescas de desgaste como dentina expuesta en la superficie palatina – el Dr. John Kois llama a esto un patrón de desgaste vertical (Fig 2-21).



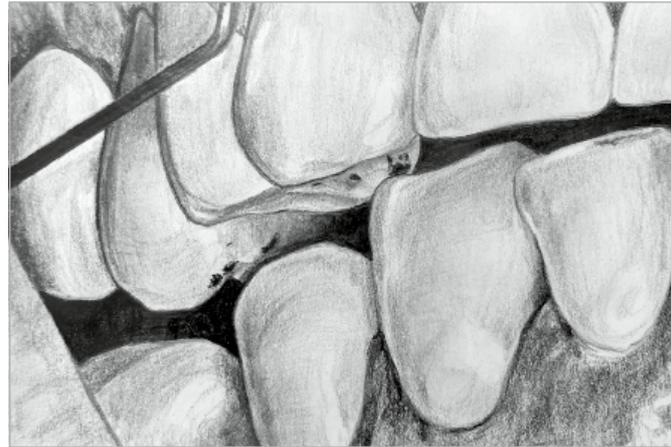
Fig 2-21

Una paciente mujer de 22 años fue diagnosticada de envoltura funcional limitada, la cual llevó a un patrón de desgaste vertical en la superficie palatal de los dientes anteriores maxilares.

- ◆ La aparición de contactos prematuros provoca unos movimientos mandibulares extremos, que a menudo pueden ser destructivos para los dientes por una abrasión excesiva. En esta situación, normalmente estamos ante un patrón de desgaste horizontal (Fig 2-22).

Fig 2-22

Se detectaron contactos prematuros en el segmento posterior del arco dental mediante a un desprogramador de Kois (KD) (patrón horizontal de desgaste; disfunción oclusal según la clasificación de riesgo funcional de Kois).



Vídeo: Corrección sin preparación con el composite <https://books.dentist.com.pl/veneers/2>

6. Los problemas estéticos del paciente pueden solucionarse de manera menos invasiva que realizando carillas^{29,30}

- ◆ Las carillas de porcelana, aunque son mínimamente invasivas, requieren en la mayoría de los casos una ligera preparación, que puede evitarse en muchas situaciones
- ◆ Los dientes pueden blanquearse y los empastes pueden sustituirse por restauraciones de composite mínimamente invasivas (Fig 2-23)

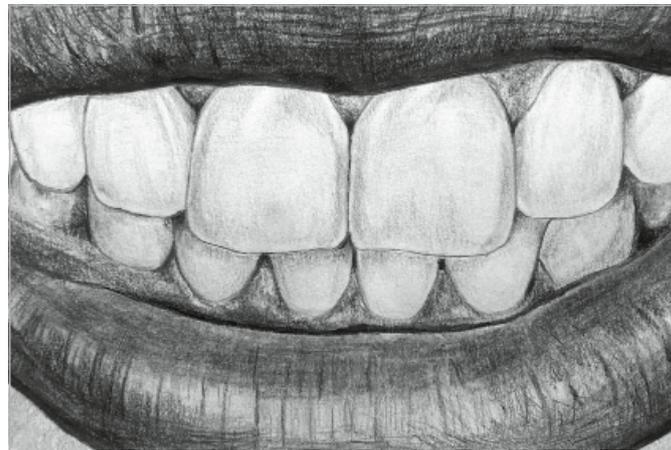


Fig 2-23

Paciente femenina que se presentó en la clínica porque deseaba un tratamiento con carillas de porcelana: se le propuso blanqueamiento y ligera corrección de la forma con composite.

- ◆ Manchas blancas (hipomineralización) que pueden eliminarse o suprimirse mediante infiltración de resina (Icon) (Fig 2-24)

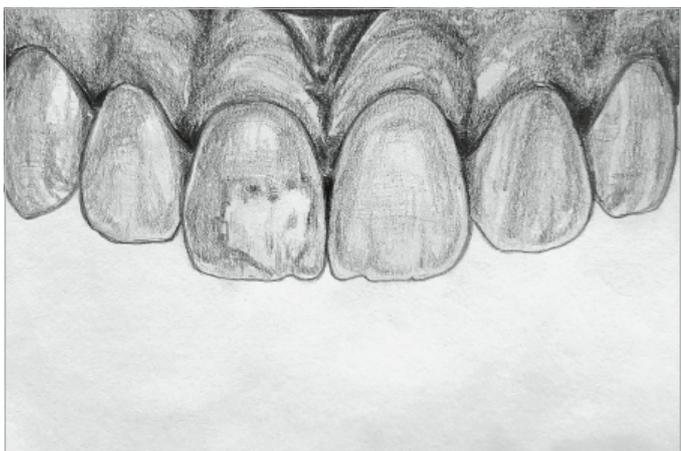


Fig 2-24

Una paciente de 19 años se presentó en la clínica para mejorar la estética del frente anterior debido a una hipoplasia del esmalte que se manifestaba con manchas blancas/marrón. La solución en este caso puede ser blanqueo e infiltración de resina (ver capítulo 10).

- ◆ Dientes con una forma poco estética que pueden corregirse con instrumentos rotatorios (Fig 2-25)

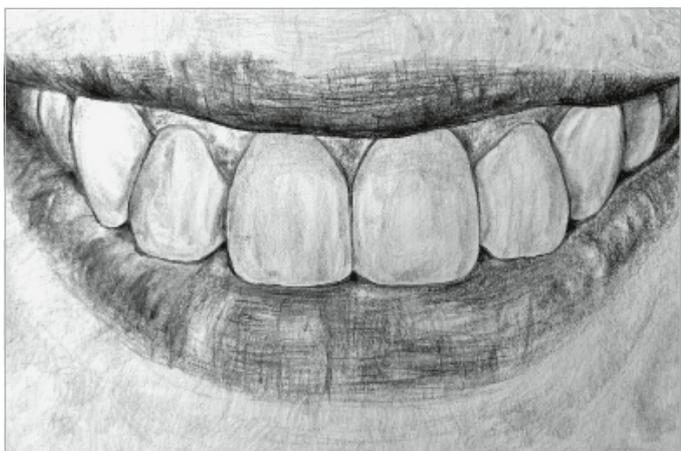


Fig 2-25

Paciente femenina que estaba descontenta con la longitud de los incisivos maxilares, que se superponían sobre el labio inferior. Se planificó una corrección mínimamente invasiva con un disco Sof-Lex (rojo) y adición de composite, lo que permitió lograr una mejora significativa de la sonrisa de la paciente.



Vídeo: Blanqueamiento y corrección de forma con composite <https://books.dentist.com.pl/veneers/3>



CONTRAINDICACIONES RELATIVAS DE LAS CARILLAS DE PORCELANA

1. Oscurecimiento extremo del diente (Fig 2-26)^{31,32}

Enmascarar dientes muy oscuros y oscurecidos es una tarea difícil y requiere una gran habilidad por parte del laboratorio dental donde se fabricarán las restauraciones. Hay gran riesgo de que el paciente perciba la carilla, con material opaco, ligeramente diferente bajo distintas iluminaciones, a pesar de una evaluación positiva del color durante la prueba.

También puede ocurrir que el dentista – a menudo incitado por el protésico dental para obtener más espacio para el material cerámico – prepare profundamente los tejidos duros del diente eliminando toda la capa de esmalte – necesaria para la adhesión a largo plazo y debilitando así la futura unión de la carilla con el diente.³³ Una preparación profunda también significa una superficie de la base, más oscura para la carilla.

PARA RECORDAR

Si el oscurecimiento es debida a la necrosis pulpar, intentamos llevar a cabo blanqueamiento interno a menos que haya contraindicaciones. Cambiando el color del diente, será posible reducir la preparación tisular y realizar una carilla sin eliminar completamente la capa de esmalte. Una preparación profunda puede generar un círculo vicioso, ya que la dentina es habitualmente imás oscura que el esmalte!

Fig 2-26

Paciente que se presentó en la consulta para mejorar la estética del extremadamente diente oscurecido 11. A causa del poste y muñón, sería demasiado arriesgado el realizar un blanqueamiento interno. Una tinción de este tipo no es una contraindicación absoluta, pero debido a la dificultad de su fabricación por parte del laboratorio, se considera una contraindicación relativa. Es más fácil para el laboratorio dental el fabricar una corona cerámica que una carilla delgada de porcelana. Si pudiéramos trabajar con el laboratorio adecuado, se podría intentar el realizar una carilla.



2. Carilla unitaria de porcelana para un incisivo central (Fig 2-27)³²

En general, en el segmento anterior, se debe intentar evitar las restauraciones protésicas unitarias (carillas, coronas). Esto es especialmente cierto para situaciones en las que se planificaría una carilla asimétrica en un incisivo central maxilar. ¿Por qué? Porque es extremadamente difícil y a veces imposible de realizar para el laboratorio. Al final del tratamiento, un paciente especialmente exigente podría no quedar satisfecho porque la carilla colocada de forma asimétrica en un incisivo central maxilar tendría unas propiedades ópticas (reflexión, absorción de la luz) ligeramente diferentes a las del diente natural. Este efecto se reducirá si las carillas o coronas se realizan simétricamente, e incluso una ligera diferencia no sería perceptible por el paciente. La situación es ligeramente mejor cuando se realiza una carilla asimétrica en los incisivos laterales, ya que se coloca una única carilla lateralmente y no queda tan expuesta como en el incisivo central.

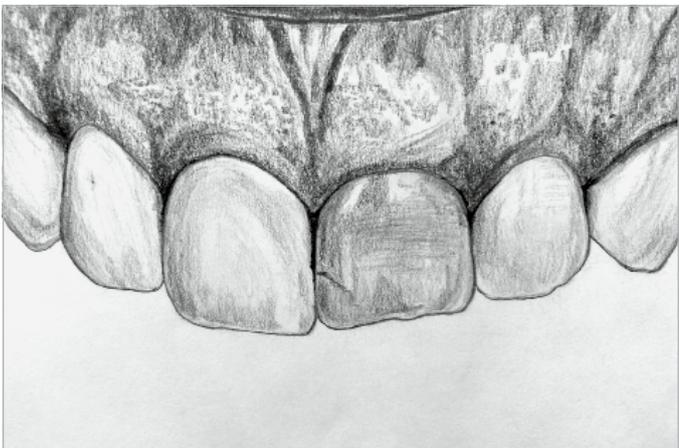


Fig 2-27

Paciente femenina que acudió a la clínica para realizar una carilla unitaria en el diente 21. En vez de esta solución, se le propuso una carilla directa de composite. El realizar una sola carilla de porcelana asimétrica no es una buena solución debido al riesgo estético (ver Capítulo 10).

3. El paciente tiene unos dientes y una sonrisa relativamente bonitos (Fig 2-28)

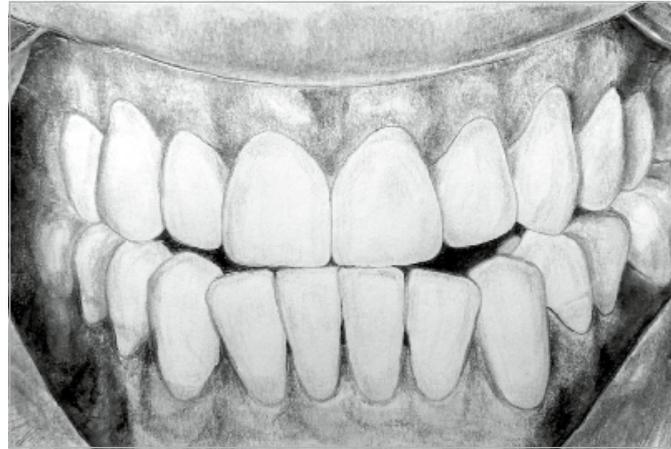
A veces los pacientes piden al dentista que les haga carillas de porcelana porque quieren parecerse a sus ídolos del cine o de la vida, y no aceptan sus propios dientes, aunque no estén dañados. A veces, les molesta el color o la forma de sus dientes, y en ocasiones, por manchas blancas en las superficies vestibulares. La tarea del dentista consiste en saber comunicar adecuadamente con el paciente, comprender su problema y considerar los pros y los contras estéticos de las carillas de porcelana.

CONSEJO

Un paciente que ha entendido bien las opciones terapéuticas elegirá a menudo una solución menos agresiva, como cambiar la forma de los dientes mediante una ligera corrección con un disco abrasivo diamantado o mediante adición de una pequeña cantidad de resina compuesta.

Fig 2-28

Paciente femenina que se presentó en la consulta para solicitar carillas de porcelana. Se le explicó que esta solución no sería la mejor. En cambio, se le propuso desprogramar con el Desprogramador de Kois para calibrar y conseguir un soporte oclusal posterior equilibrado. También se le propuso consultar con el periodoncista acerca de si sería posible cubrir la recesión con un injerto gingival.



Vídeo: Cómo evitar con composites una preparación para corregir la forma <https://books.dentist.com.pl/veneers/4>

4. Si la posición de los dientes requiere una preparación de la carilla demasiado profunda (Fig 2-29)³²

En algunos casos, para obtener un efecto estético satisfactorio, la preparación de las carillas deberá ser muy invasiva e implicará la exposición de la dentina o la pulpa, lo que representa una pérdida biológica demasiado elevada. Deberá ofrecerse al paciente un tratamiento alternativo, como la terapia de ortodoncia o la remodelación de los dientes con resina compuesta.

Fig 2-29

A female patient was referred by a periodontist to improve the esthetics of her smile. Orthodontic treatment was rejected due to periodontal problems. Performing indirect veneers would involve a very deep preparation and a significant loss of hard tissues (high biological loss). Due to the risk of possible complications, treatment with indirect veneers was not undertaken. It was decided that composite resin restorations would be the best method for changing the shape of the teeth.



Tabla 2-1 Resumen de indicaciones y contraindicaciones de las carillas de porcelana

Considerar la posibilidad de planificar las carillas cuando:	No planificar las carillas cuando:
Hay muchas restauraciones de composite en los dientes anteriores	Hay una pequeña cantidad de estructura dental y menos del 50% del tejido se adheriría a la carilla después de la preparación.
Realizar reconstrucciones estéticas con composite es difícil e impredecible debido a la necesidad de tratar muchos dientes	Hay restauraciones subgingivales profundas de clase 5
Cuando es necesario un cambio significativo de la forma	Hay restauraciones subgingivales de clase 3, que no permitirán el aislamiento del dique de goma
Está indicado para alargar los dientes frontales	El paciente es un adolescente
El objetivo del tratamiento es cerrar el diastema, y realizarlo con un composite no será predecible ni duradero	Se diagnosticaron condiciones oclusales incorrectas, y no hay posibilidad de realizar carillas sin riesgo significativo de fracaso
Modificación del eje longitudinal de los dientes anteriores o de la línea media entre los incisivos centrales maxilares.	El problema estético del paciente puede resolverse de una forma menos invasiva que realizando carillas
El diente está oscurecido y no se puede blanquear o enmascarar de forma predecible con composite	Oscurecimiento extremo del diente cuando no podemos enmascarar previsiblemente el oscurecimiento con carillas mínimamente invasivas.
Como parte de la rehabilitación oclusal compleja, está previsto completar el tratamiento de restauración de la función y de la estética en el segmento anterior	El paciente tiene unos dientes y una sonrisa relativamente bonitos, y la motivación para hacerse carillas es un problema psicológico
Hacemos una corona colocada asimétricamente y queremos equilibrar la estética del otro lado	Los dientes aptos para carillas están situados de forma asimétrica y el paciente sólo acepta hacer una carilla en un lado y tiene unas expectativas estéticas excesivas.
Hacemos una corona de implante y hay que equilibrar la simetría y cerrar un posible triángulo negro	Durante la mock-up (prueba de simulación) se encuentra con un problema de comunicación imposible de resolver
Si, tras evaluar la estructura dental, las restauraciones directas con composite fueran aconsejables, pero la higiene o los hábitos alimentarios del paciente no permitieran su realización predecible. En estos casos, las carillas de porcelana pueden ayudar a evitar el oscurecimiento y proporcionar una durabilidad adecuada.	Si la posición de los dientes o su anatomía requiere una pérdida significativa de la estructura dental durante la preparación de la carilla.

REFERENCIAS

1. Edelhoff D, Sorensen JA. Tooth structure removal associated with various preparation designs for anterior teeth. *J Prosthet Dent* 2002;87:503–509.
2. Schwindling FS, Waldecker M, Rammelsberg P, Rues S, Bömicke W. Tooth substance removal for ceramic single crown materials – an in vitro comparison. *Clin Oral Investig* 2019;23:3359–3366.
3. Aristidis GA. Etched porcelain veneer restoration of a primary tooth: a clinical report. *J Prosthet Dent* 2000;83:504–507.
4. Gresnigt MM, Cune MS, de Roos JG, Özcan M. Effect of immediate and delayed dentin sealing on the fracture strength, failure type and Weibull characteristics of lithium disilicate laminate veneers. *Dent Mater* 2016;32:73–81.
5. Edelhoff D, Prandtner O, Saeidi Pour R, Liebermann A, Stimmelmayer M, Güth JF. Anterior restorations: the performance of ceramic veneers. *Quintessence Int* 2018;49:89–101.
6. da Cunha LF, Pedroche LO, Gonzaga CC, Furuse AY. Esthetic, occlusal, and periodontal rehabilitation of anterior teeth with minimum thickness porcelain laminate veneers. *J Prosthet Dent* 2014;112:1315–1318.
7. Burke FJ, Lucarotti PS. Ten-year outcome of porcelain laminate veneers placed within the general dental services in England and Wales. *J Dent* 2009;37:31–38.
8. Magne P, Douglas WH. Porcelain veneers: dentin bonding optimization and biomimetic recovery of the crown. *Int J Prosthodont* 1999;12:111–121.
9. Magne P, Douglas WH. Cumulative effects of successive restorative procedures on anterior crown flexure: intact versus veneered incisors. *Quintessence Int* 2000;31:5–18.
10. Igiel C, Weyhrauch M, Mayer B, Scheller H, Lehmann KM. Effects of ceramic layer thickness, cement color, and abutment tooth color on color reproduction of feldspathic veneers. *Int J Esthet Dent* 2018;13:110–119.
11. Sari T, Ural C, Yüzbaşıoğlu E, Duran I, Cengiz S, Kavut I. Color match of a feldspathic ceramic CAD-CAM material for ultrathin laminate veneers as a function of substrate shade, restoration color, and thickness. *J Prosthet Dent* 2018;119:455–460.
12. Morimoto S, Albanesi RB, Sesma N, Agra CM, Braga MM. Main clinical outcomes of feldspathic porcelain and glass-ceramic laminate veneers: a systematic review and meta-analysis of survival and complication rates. *Int J Prosthodont* 2016;29:38–49.
13. Gresnigt M, Kalk W, Özcan M. Clinical longevity of ceramic laminate veneers bonded to teeth with and without existing composite restorations up to 40 months. *Clin Oral Investig* 2013;17:823–832.
14. da Cunha LF, Gonzaga CC, Saab R, Mushashe AM, Correr GM. Rehabilitation of the dominance of maxillary central incisors with refractory porcelain veneers requiring minimal tooth preparation. *Quintessence Int* 2015;46:837–841.
15. Radz GM. Minimum thickness anterior porcelain restorations. *Dent Clin North Am* 2011;55:353.
16. Tunkiwala A, Chitguppi R. Conservative, functional, and esthetic rehabilitation of severe palatal erosion (class IV) using modified dahl approach. *Compend Contin Educ Dent* 2017;38:289–296.
17. Guzmán-Armstrong S, Maia RR. Conservative treatment planning in veneer replacement. *J Prosthet Dent* 2016;115:393–396.
18. Chu FC, Siu AS, Newsome PR, Wei SH. Management of median diastema. *Gen Dent* 2001;49:282–287.
19. Albino LGB, Chaves ET, Lima VP, Lima GS. Restoration of a single darkened central incisor with a modified ceramic veneer. *J Prosthet Dent* 2019;121:369–372.
20. Zarrow M. Metal post and core: how to improve aesthetics. Available at: www.styleitaliano.org/metal-post-and-core-how-to-improve-aesthetics/
21. Gobbato L, Paniz G, Mazzocco F, et al. Significance of crown shape in the replacement of a central incisor with a single implant-supported crown. *Quintessence Int* 2013;44:407–413.
22. Curry FT. Porcelain veneers: adjunct or alternative to orthodontic therapy. *J Esthet Dent* 1998;10:67–74.
23. Vailati F, Belser UC. Classification and treatment of the anterior maxillary dentition affected by dental erosion: the ACE classification. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2010;30:559–571.
24. Munck de J, Landuyt van K, Peumans M, Poitevin A, Lambrechts P, Braem M, van Meerbeek B. A critical review of the durability of adhesion to tooth tissue: methods and results. *J Dent Res* 2005;84:118–132.
25. Clark DJ. Composite versus ceramics, part I: young patients and fractures. *Dent Today* 2016;35:132–135.
26. Peumans M, Munck de J, Fieuws S, Lambrechts P, Vanherle G, Van Meerbeek B. A prospective ten-year clinical trial of porcelain veneers. *J Adhes Dent* 2004;6:65–76.
27. Kois DE, Kois JC. Comprehensive risk-based diagnostically driven treatment planning: developing sequentially generated treatment. *Dent Clin North Am* 2015;59:593–608.
28. Vence BS. Predictable esthetics through functional design: the role of harmonious disclusion. *J Esthet Restor Dent* 2007;19:185–192.
29. Borges AB, Caneppele TM, Masterson D, Maia LC. Is resin infiltration an effective esthetic treatment for enamel development defects and white spot lesions? A systematic review. *J Dent* 2017;56:11–18.
30. Müssig E, Lux CJ, Staehle HJ, Stellzig-Eisenhauer A, Komposch G. Applications for direct composite restorations in orthodontics. *J Orofac Orthop* 2004;65:164–179.
31. Zarrow M. Contraindicated internal bleaching: what to do? *Styleitaliano*; 4/2017. Dostępne. Available at: www.styleitaliano.org/contraindicated-internal-bleaching-what-to-do/
32. Zarrow M, Szczeklik K. Faccette dirette in composito come prevenzione della discolorazione dopo lo sbiancamento di denti non vitali. Case report. *Il Dentista Moderno* 2015;9:126–134.
33. Burke FJ. Survival rates for porcelain laminate veneers with special reference to the effect of preparation in dentin: a literature review. *J Esthet Restor Dent* 2012;24:257–265.

