

Resumen

La técnica estratificada consiste en la aplicación e inserción en forma incremental y progresiva, de pequeños volúmenes o capas de resina compuesta, con el fin de poder devolver la naturalidad y reconstruir la anatomía de las piezas dentarias anteriores como posteriores de la cavidad bucal. Para que la técnica sea exitosa depende de varios factores, uno de ellos es el conocimiento de la morfología anatómica de la pieza dentaria que se quiera restaurar y de la correcta integración a través del factor de configuración cavitaria o factor C de la resina compuesta, al remanente dentario mediante el sistema adhesivo; procurando un equilibrio entre la fuerza de contracción de la resina fotopolimerizable y la resistencia del sistema adhesivo, con el fin de evitar la filtración marginal, la sensibilidad al frío, la sensibilidad a la masticación. En el sector anterior pueden emplearse dos técnicas, una de ellas consiste en la confección de una llave de silicón en boca (mock up) o sobre el modelo de yeso, para luego crear la cara palatina o lingual hacia vestibular de forma incremental. La segunda opción trata de un trabajo tridimensional estratificado de capas a mano alzada. En el sector posterior el procedimiento es el mismo colocando capas de resinas desde la profundidad hasta la superficie, devolviendo forma, textura, color, funcionalidad y permanencia en boca.

Introducción

La técnica estratificada o también llamada restauración directa consiste en la aplicación e inserción en forma incremental y progresiva, de pequeños volúmenes o capas de resina compuesta, con el fin de poder devolver la naturalidad y constituir la anatomía de las piezas dentarias anteriores como posteriores de la cavidad bucal. Se la nombra técnica estratificada por las capas naturales o anatómicas denominadas *Natural Layering Technique* siendo los precursores el Dr. Dietschi, Vanini y Baratieri para que la técnica sea exitosa depende de varios factores, uno de ellos es el conocimiento de la morfología anatómica de la pieza dentaria que se quiera restaurar y de la correcta integración a través del factor de configuración cavitaria o factor C de la resina compuesta, al remanente dentario mediante el sistema adhesivo; procurando un equilibrio entre la fuerza de contracción de la resina fotopolimerizable y la resistencia del sistema adhesivo, con el fin de evitar la filtración marginal, la sensibilidad al frío, la sensibilidad a la masticación.

Descripción del Caso

En el sector anterior pueden emplearse dos técnicas, una de ellas consiste en la confección de una llave de silicón en boca (mock up) o sobre el modelo de yeso, para luego crear la cara palatina o lingual hacia vestibular de forma incremental. La segunda opción trata de un trabajo tridimensional estratificado de capas a mano alzada. La primera técnica requiere de dos o tres sesiones mientras que la segunda técnica es resuelta en una sesión.

En el sector posterior el procedimiento es el mismo colocando capas de resinas desde la profundidad hasta la superficie, devolviendo forma, textura, color, funcionalidad y permanencia en boca.

Se debe tener un conocimiento vasto de las resinas compuestas y la optimización a la hora de manipularlas. El uso de resinas opacas para dentina, resinas translúcidas para esmalte y borde incisal, y resinas flow de alta carga para regularizar piso oclusal como así también resinas flow de baja contracción pigmentadas para dar tonalidad a los surcos y fosas. Por cada superposición progresiva de resina se debe fotopolimerizar.

Para la permanencia de la resina compuesta no solo depende de la calidad del producto sino también del tipo de adhesivo a usar y la rigurosidad en tiempo y forma de los pasos de la técnica adhesiva.

La manipulación del composite durante los pasos de la técnica se utilizan instrumentos PKT, brushid 26-30, explorador Hu- friedy y para la finalización de la misma el pulido soft lex spiral y pastas de pulido.

Los procedimientos clínicos se enumeran siguiendo el plan de tratamiento planteado:

1. Evaluación y diagnóstico del caso: De este paso depende el éxito del tratamiento final. Se debe evaluar la anatomía y morfología del diente, presencia de irritantes locales: cálculo o caries, restauraciones defectuosas, hábitos parafuncionales, contactos prematuros, grado de higiene del paciente, agentes que pigmentan las restauraciones (café, té, tabaco, etc.), entre otros.
2. Selección del color: Se procede a elegir el color, teniendo en consideración que el color dentina se escogerá a nivel del cuello del diente (tercio cervical), debido a la delgada capa de esmalte que recubre esta zona. El color esmalte se selecciona a nivel del tercio incisal en dientes anteriores y a nivel de las cúspides en dientes posteriores. Este procedimiento debe llevarse a cabo bajo luz solar natural. Se recomienda el uso de mapas de color, también, se define el uso de tintes específicos o de opacadores.
3. En el caso de dientes anteriores se puede proceder a la confección de llave de silicón. Para facilitar y agilizar la reconstrucción del diente, se toma una impresión con silicón a la zona a trabajar, se remueve con un bisturí la porción vestibular y se revisa su adaptación a la estructura dentaria. Este procedimiento nos permite ahorrar material y a su vez, nos evita el continuo chequeo de oclusión al terminar todos los pasos clínicos. Si el operador lo desea, puede saltarse este paso y realizar su restauración a mano alzada.

4. Eliminación de caries y/o restauración defectuosa: Con instrumental rotatorio se procede a remover todo el tejido afectado por la caries, así mismo la totalidad de la restauración anterior que no cumple con las demandas del paciente. Se recomienda el uso de fresas redondas, donde el tamaño de las mismas será de acuerdo a la cavidad.

5. Aislamiento del campo operatorio: Es preferible y más seguro trabajar con un aislamiento absoluto. Sobretodo cuando se trabaja en el maxilar inferior.

6. Grabado ácido: Con ácido fosfórico al 37%, siguiendo las indicaciones del propio fabricante. Se recomienda el uso de ácido en consistencia gel, ya que ofrece un mayor control del área a grabar.

7. Lavado y secado: El lavado será profuso por 5 segundos. No se debe desecar la dentina, para lo cual se indica el aire indirecto.

8. Técnica adhesiva: Aplicación del acondicionador y adhesivo, dependiendo del método a seguir; se aconseja aplicar una ráfaga de aire para distribuir de manera uniforme el componente dentro de la preparación (2 segundos). Fotocurado por 20 segundos, siguiendo la técnica rampante.

9. Forro cavitario: Se procede a colocar una delgada capa de resina fluida en toda la extensión de la cavidad, con esto se busca reducir el factor de contracción durante la polimerización. Después se procede a fotocurar por 40 segundos.

10. Implantación de capas de resina: Las capas no deben sobrepasar los 2 mm de grosor y serán adosadas a las paredes de la preparación, siguiendo las indicaciones del mapa de color anteriormente hecho. Los pigmentos y las caracterizaciones son resinas sin carga de relleno, por lo que tienen que colocarse entre la capa de resina de esmalte y la de dentina (límite amelodentinario). Al igual que los efectos de fluorescencia y opacidad.

11. Colocación de la glicerina: Justamente antes de fotocurar la última porción de resina, se pinchela con glicerina la restauración, de esta forma se evita la capa inhibida de oxígeno y se facilita el pulido.

12. Chequeo oclusal con papel articular.

13. Acabado y pulido: Se pueden emplear discos y conos impregnados en pasta diamantada.



Conclusiones

Con el advenimiento de la tecnología, de la perfección, de los medios de comunicación masivos; los estereotipos generan en las personas deseos de querer parecer y pertenecer al mundo ideal, la odontología no está fuera de esta realidad, por lo que se ha ido perfeccionando esta técnica estratificada por capas naturales (o anatómicas) conocida como *Natural Layering Technique* siendo apoyada en la actualidad por colegas especialistas en odontología restauradora estética de todo el mundo. La técnica estratificada nos ofrece resultados favorables tanto en funcionalidad como en estética, que es lo que se busca hoy en día como así también los tiempos que son óptimos para llegar al objetivo y la competencia del operador.

Referencias

1. Behle C. Placement of direct composite veneers vs. using a silicone build-up guide and intraoral mock-up. *Pract Periodontol Aesthet Dent* 2001;13(4): del artículo, nombre de la revista, año.
2. Lopes GC, Ferreira Reis S, Baratieri LN, Vieira LC, Monteiro JS. Direct posterior resin composite restorations: new techniques and clinical possibilities. *Case reports*. *Quintessence Int*. 2002
3. Revista *odontol* 38: 2015

