

Coronas Veneer

Dr. GUSTAVO BERCIANOS *

Las Coronas Veneer son restauraciones totales que unen a las bondades de resistencia y funcionalidad de los metálicos, las bondades estéticas de los acrílicos y las porcelanas.

Veneer significa enchapado, es decir que enchapamos con un material estético a otro que no lo es.

INDICACIONES

Las indicaciones que se enumeran no son todas las posibles, sino las específicas.

Dientes anteriores cortos.

En estos casos es la retención el principal problema a resolver. Para conseguirla debemos obtener las paredes del muñón paralelas. Si se selecciona una Jacket de porcelana, al retirar su matriz, se pierde toda la fricción, de allí su contraindicación. Sólo un colado puede darle la fricción adecuada, y por tratarse del sector anterior, una Corona Veneer será la solución.

Hábitos lesivos.

En aquellos pacientes con historia clínica de hábitos lesivos, antes de realizar cualquier restauración, ya sea una incrustación o una Corona Veneer, se debe eliminar dicho hábito. Podrán eliminarse las interferencias oclusales que es una de las causas del bruxismo, pero no la segunda causa, la tensión psíquica, con lo cual no solucionamos definitivamente el problema. Por lo tanto en estos pacientes que son proclives a desarrollar hábitos lesivos, las Coronas Veneer son las indicadas por su resistencia.

* Adjunto de Operatoria Dental 2º. Facultad de Odontología, Montevideo.

Necesidades profesionales.

También está indicado este tipo de restauración en pacientes que por necesidades profesionales (deportistas, clarinetistas, etcétera), puedan sufrir traumatismos de relativa intensidad, que fracturarían una corona funda.

Finalmente hay dos campos que son el fuerte de las Coronas Veneer: el protético y el paradencial.

Prótesis.

Son aplicables tanto en prótesis fija, como en prótesis removible. En las primeras, son excelentes retenedores para piezas anteriores. Otro tanto sucede con la prótesis removible, en donde por ejemplo se le pueden soldar attaches eliminando de esa forma el gancho vestibular tan antiestético.

Paradenciopatías.

Cuando existen problemas paradenciales también es de suma utilidad esta restauración. Muchos de estos casos requieren una ferulización. Si los dientes son muy triangulares, el tallado será muy grande, y la obturación muy antiestética. Realizando Coronas Veneer se obtendrá una ferulización estética.

Tipos cavitarios.

Estas restauraciones pueden realizarse tanto en piezas vitales como en no vitales, aplicando siempre razonadamente los principios del tallado cavitario.

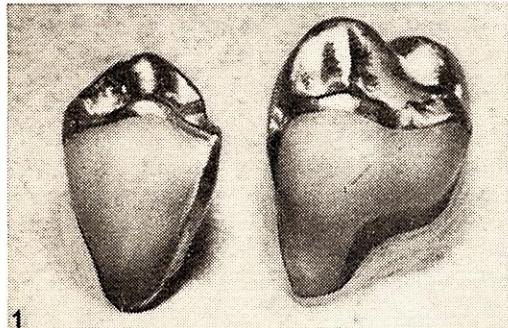
A) *Cera perdida.* Tallado similar al de una corona metálica. El inconveniente está en que no deja espacio suficiente para el acrílico quedando una franja metálica visible en el hombro. En las restauraciones

ceramo-metálicas, la cerámica siempre necesita hombro, lo que obliga a realizarlo a expensas de la cofia metálica, dejando metal al descubierto en cervical, con idéntico resultado estético que el anterior.

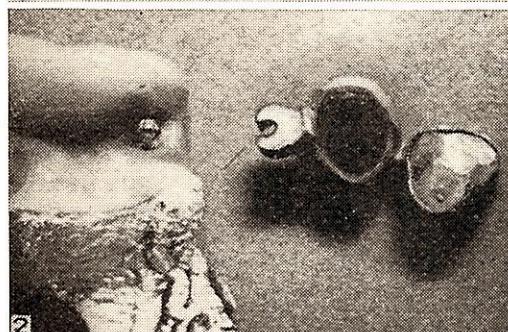
B) *Chanfer*. Es un intermedio entre cera perdida y hombro. Cuenta para su realización con fresas especialmente diseñadas al efecto. Este tipo cavitario adolece de los mismos defectos que los anteriores.

C) *Hombro parcial*. Para restauraciones individuales es lo indicado. El hombro es vestibular y con él se crea espacio suficiente para el acrílico o la cerámica, y para el metal, sin dejarle al descubierto. El hombro es $\frac{1}{2}$ mm mayor en sentido axial que el de una jacket, para así darle cabida al metal.

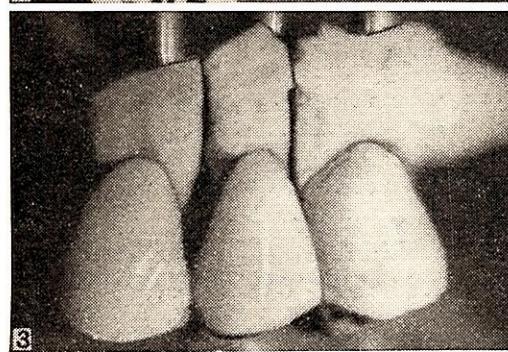
D) *Hombro total*. Como el hombro aquí también tiene $\frac{1}{2}$ mm más por idéntica razón, pero en todo su contorno, nos vemos frecuentemente en la necesidad de desvitalizar. Es un tallado muy aconsejable para pilares de prótesis fija, ya que el hombro recepciona y transmite las fuerzas mejor que cualquiera de los otros tipos cavitarios antes mencionados.



1



2



3

FIG. 1.—Coronas Veneer de premolar y molar.

FIG. 2.—Attaché de precisión macho incluido en el acrílico, hembra soldada a la veneer de la férula.

FIG. 3.—Ferulización de canino y 2 premolares con problemas periodontales, pudiendo ahora si ser utilizados como pilar.

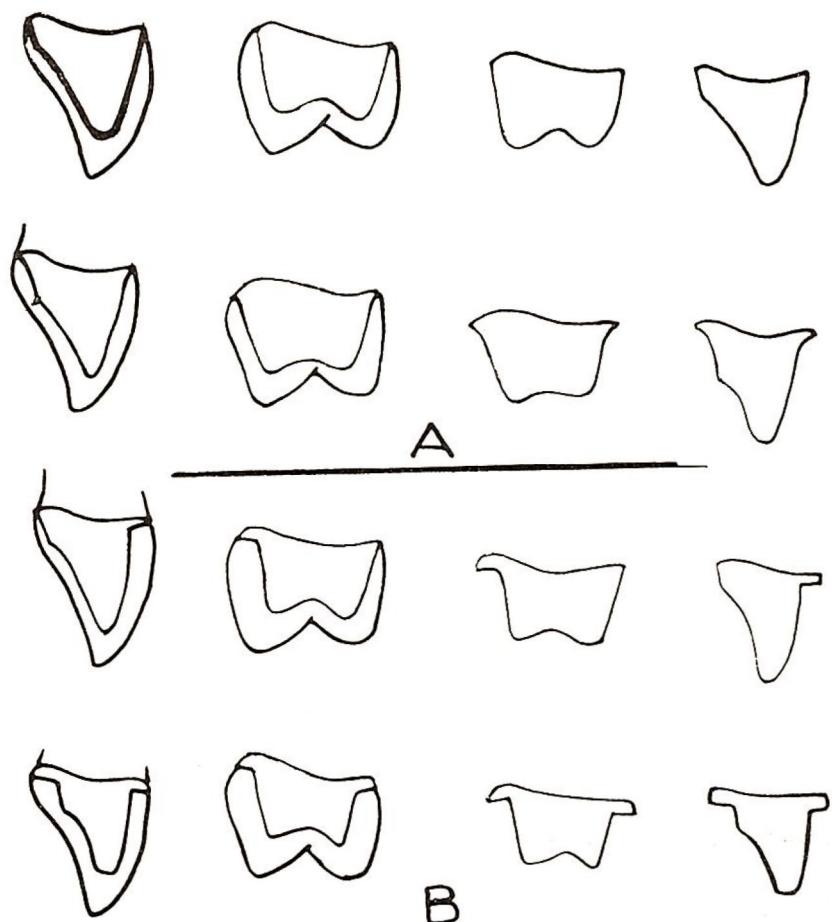


FIG. 4.— Los tallados de A no son los preconizados. Los tallados de B son los más utilizados.

Pasos del tallado cavitario.

Se considerará para un diente superior.

VITALES

Primer paso. Confeccionamos los slices mesial y distal con disco, y su inclinación será hacia palatino e incisal.

Segundo paso. Decorticado de la cara vestibular con piedra rueda hasta llegar a dentina, tratando que el desgaste llegue lo más hacia gingival posible. Este paso es igual que para una jacket.

Tercer paso. Decorticado palatino. Se realizará en forma similar que para una

preparación tres-cuartos, es decir que los tercios medio e incisal se desgastarán con una piedra rueda, mientras que el $\frac{1}{3}$ gingival se hará con una piedra de diamante tronco-cónica sacando el esmalte que va de un slice al otro.

Cuarto paso. Desgaste incisal para los dientes anteriores y oclusal para los posteriores siguiendo la planimetría de su cara.

Quinto paso. Realización del hombro en vestibular y mitades vestibulares de ambos proximales con una piedra de diamante cilíndrica, llevándolo a nivel gingival.

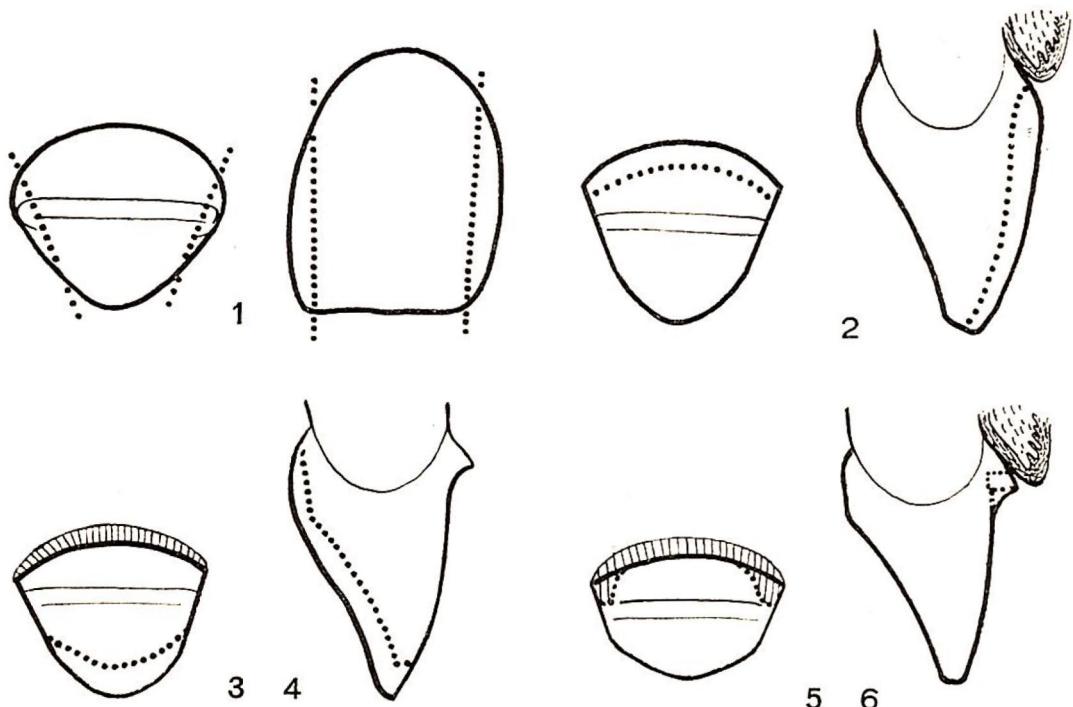


FIG. 5.—Pasos del tallado cavitario. La zona rayada corresponde a la proyección del hombro vestibular.

Sexto paso. Profundización del hombro. Según que el hombro quede cubierto por: a) metal o b) acrílico, variará la realización de este paso. El tallado está pronto ya para la selección, adaptación y recorte de la banda para la impresión.

a) Si va a quedar metal contra el hombro, se lo profundiza en este momento y se toma la impresión. Este caso es el de elección y puede realizarse indirecto puro.

b) Si va a quedar acrílico contra el hombro, puede procederse de dos formas:

1) Igual que el caso anterior, quitando el metal en esa zona;

2) tomar la impresión antes de la realización de este sexto paso. Probar el colado controlando ajuste y oclusión y recién allí, con el colado en posición, profundizar el hombro, realizando la cera de la parte esté-

tica, en boca. Esta solución no es muy deseable porque cuenta con las mismas limitaciones de las coronas acrílicas totales.

Resumiendo: El tallado es en su mitad vestibular una jacket, y en su mitad palatina un tres-cuartos.

NO VITALES

El tallado se realiza en dos partes: coronaria y radicular.

a) *Coronaria.* Desarrollamos los mismos pasos que en los dientes vitales, tratando de conservar la mayor cantidad posible de dentina con resistencia adecuada.

b) *Radicular.* Se tratará de abarcar los $\frac{1}{3}$ del largo de la raíz, para que al aumentar la retención aumente la resistencia de la pieza distribuyendo los esfuerzos que le transmite el perno a la mayor superficie radicular posible.

Obturaciones.

Cuando las piezas son vitales va sólo block obturante.

Cuando las piezas son no vitales hay dos posibilidades:

A) Block resistencia independiente de block obturante.

B) Block resistencia y block obturante a la vez.

Variedades de coronas Veneer.

A) METAL ACRILICAS.

1. Empaquetadas.
2. Cementadas.
3. Cocción bajo presión.

B) METAL CERAMICAS.

1. Cementadas.
2. Cocidas sobre metal.

A 1) Una vez confeccionada la cera, se ahueca la parte que ha de llevar el material estético. Se le realizan retenciones adicionales en cera o tanza, o se le pegan microrretenciones plásticas a la superficie, las cuales se evaporan en el horno eliminador. Obtenido el colado, se encera la parte estética y va todo el conjunto a mufla.

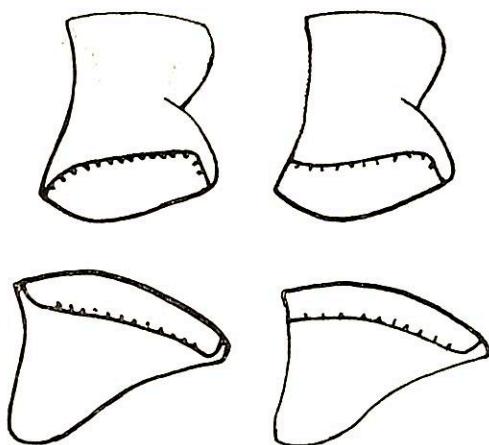


FIG. 6.— Esquemas de las preparaciones que dejan:
arriba: metal en contacto con el hombro de la preparación
son las aconsejables;
abajo: acrílico en contacto con el hombro inconveniente.

A 2 y B 1) El procedimiento es el mismo para acrílico que para porcelana:

- 1) Se selecciona un diente de stock del tamaño, color y forma más adecuado;
- 2) se recorta bien expulsivo;
- 3) se ensambla en posición en el troquel;
- 4) con la carilla ubicada se encera el resto de la corona;
- 5) se retira la carilla y se cuela;
- 6) se cementa la carilla al colado.

A 3) Es una técnica nueva que utiliza presión y temperatura para la polimerización del acrílico; la misma se realiza en una cámara de cocción en la cual se puede obtener 5 Kg de presión y 130° de temperatura.

Este acrílico se manipula de forma similar a las porcelanas:

- 1) Opaco que se seca al calor de la llama;
- 2) acrílico de dentina, con el cual se le da la forma primaria;
- 3) acrílico incisal, se sustituye en esta zona el acrílico de dentina por éste;
- 4) oscurecedores de cuello: en la zona gingival se colocan acrílicos más oscuros;
- 5) caracterizaciones al igual que las porcelanas;
- 6) terminación igual que con cualquier acrílico.

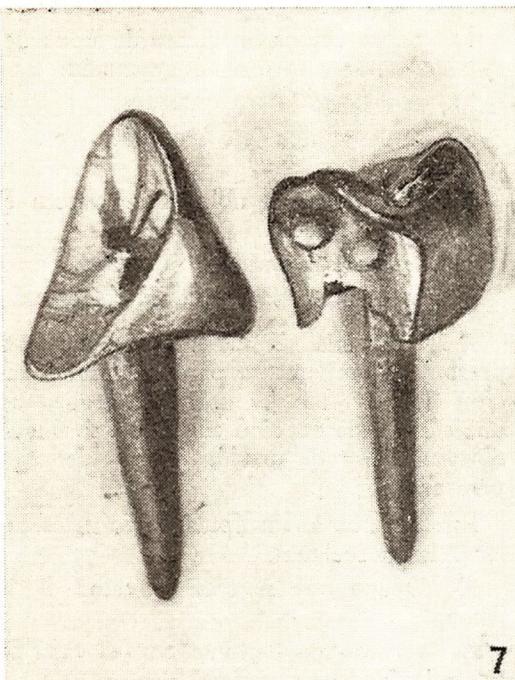
Las ventajas de este procedimiento son: no hay que colocar en mufla; y el curado sólo demora diez minutos.

B 2) Hay tres posibilidades:

- 1) Cara triturante metálica;
- 2) cara triturante cerámica;
- 3) totalmente cerámica.

Los metales que se utilizan para este fin no son los comunes. Los oros comúnmente usados para bloques colados, tienen algunos inconvenientes:

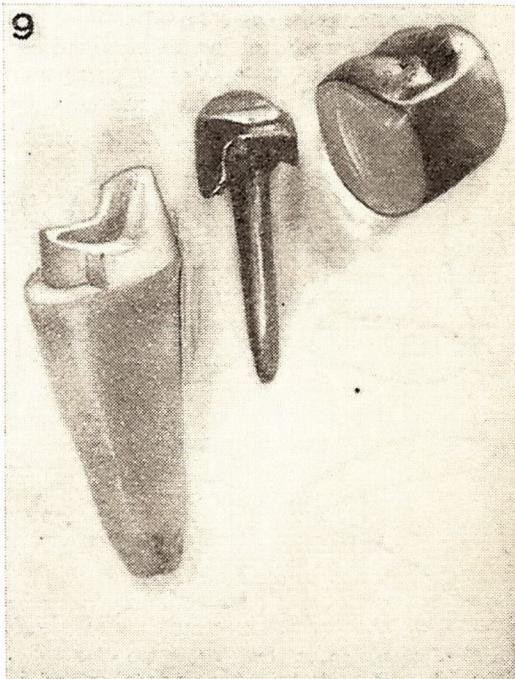
- 1) Muy blandos, ya que la porcelana al ser sumamente frágil no admite la más mínima resiliencia del metal;



7



8



9

FIG. 7.—Block resistencia y obturante a la vez con metal en el hombro y sin él.

FIG. 8.—Block resistencia y obturante a la vez ubicados en posición. Obsérvese nuevamente el hombro no cubierto y cubierto por metal.

FIG. 9.—Block resistencia y block obturante independiente. Preparación útil en prótesis fija cuando los conductos no son paralelos, se parallelizan los muñones y se feruizan las coronas.

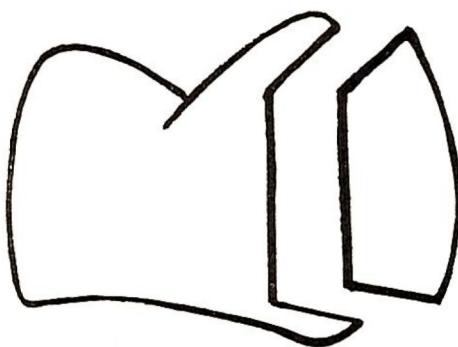


FIG. 10.— Carilla tanto cerámica como acrílica pronta para cementar al colado.

- 2) su punto de fusión está por debajo del de las porcelanas;
- 3) su índice de dilatación térmica no coincide con el de las porcelanas, lo que crea fracturas de la misma.

Los primeros metales que se utilizaron para fundir la porcelana sobre ellos fueron preciosos con base de platino. Luego se utilizaron y se siguen utilizando oros mejorados, y procedimientos diversos para conseguir que la porcelana se una al metal.

Actualmente ha comenzado y con éxito creciente la era de las aleaciones no preciosas en base a cromo, cobalto, níquel e indio, etc. La unión de la porcelana al metal ha variado también, haciéndose la misma a través de la capa de óxidos que se forma en la interfase metal-cerámica.

ESTUDIO COMPARATIVO CON CORONAS TOTALES

- A) Acrílicas.
- B) Cerámicas.
- C) Metálicas.

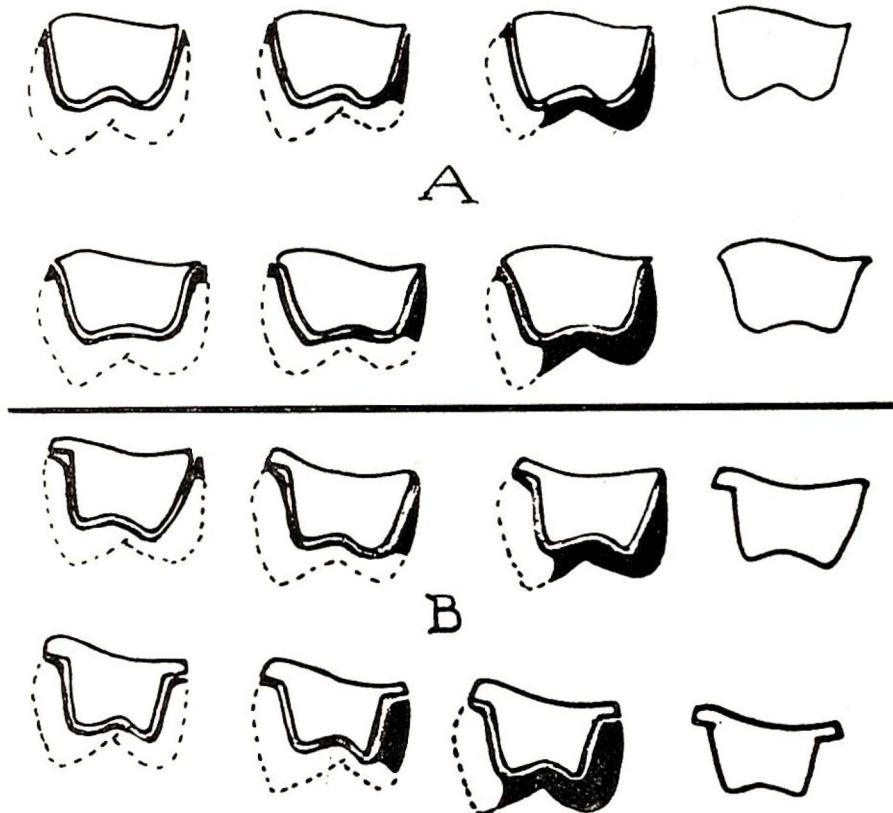


FIG. 11.— Posibilidades de reconstrucción ceramo-metálica:
A) Contraindicado por la imposibilidad de enmascarar el metal en gingival. Son de utilidad en algunas piezas inferiores muy delgadas.
B) Las indicadas. Obsérvese reconstrucción oclusal metálica o cerámica.

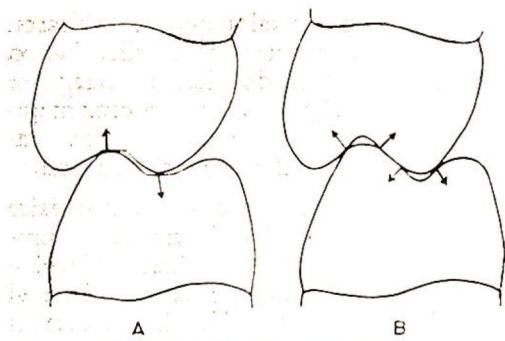


FIG. 12.—A) Oclusión concéntrica larga.
B) Oclusión basada en el tripodismo.

En lo funcional. a) Muy blandas, se desgastan en oclusión. b) En la masticación sí, como pilares tienen sus limitaciones. c) Son las más indicadas con la limitación del sector anterior.

En lo estético. a) Buenas hasta que se pigmenta el borde por la percolación que sufre este material. b) Son las ideales. c) Imposible de usar en el sector estético.

En lo biológico. a) Son las menos aconsejables porque van creando una retracción gingival hasta dejar el borde pigmentado totalmente descubierto. b) Son las de elección por su histofilia. c) Bien pulidas y ajustadas cumplen adecuadamente con este requisito.

De este estudio comparativo se deduce que las Coronas Veneer son restauraciones sumamente útiles en Odontología porque en la combinación metal-cerámica y metal-acrílico se obtienen cualidades funcionales, estéticas y biológicas.

Cuando se realicen restauraciones oclusales totales mediante Coronas Veneer se podrán elegir dos posibilidades:

- 1) Realizar la oclusión metálica.
- 2) Realizar la oclusión cerámica.

La Escuela Gnatólogica Americana reconstruye Oclusión Máxima en Relación Céntrica, con el concepto del Tripodismo en donde cada cúspide es contenida por

tres puntos, ya de una fosa ya de un espacio interdental. Este muy delicado engranaje sólo se consigue en el metal; las variaciones volumétricas de la cerámica durante el glaceado final, lo impiden.

La Escuela Europea de Oclusión concibe en cambio, la Céntrica Larga, o mejor dicho, el Área Retrusiva; es decir que entre Relación Céntrica y Oclusión Máxima se crea el Valle de la Felicidad, que es una franja antero-posterior libre y sin interferencias. Esta oclusión admite su realización tanto en metal como en cerámica.

Según la Filosofía Rehabilitadora que se comparta, será el tipo de oclusión a seleccionar.

RESUMEN.

Las Coronas Veneer son restauraciones que aúnan las cualidades *funcionales* de los metales y las *estéticas* de los acrílicos y las porcelanas. Son de aplicación múltiple en Odontología, ya sea al campo protésico-paradencial o como restauraciones simples.

Admite diferentes tipos de tallados según la aplicación así como distintas formas obturantes en cada caso.

Permite hacer reconstrucciones oclusales tanto metálicas como cerámicas; todo dentro de la denominación de Coronas Veneer.

BIBLIOGRAFIA.

1. BEHSNILIAN, V.—*Oclusión y Rehabilitación*. Montevideo, 2^a Edición; 1974.
2. DELL'ACQUA, C.—*Operatoria Dental. Preparaciones Cavitarias*. Montevideo; 1971.
3. PARODI, J.—Coronas fundas de porcelana y coronas de porcelana cocida sobre metales. *Odontología Uruguaya*. Vol. XXV, N° 1; Enero 1970.
4. KORNFIELD, M.—*Rehabilitación Bucal*. Ed. Mundí. Buenos Aires; 1972.
5. TYLMAN, S. D.—*Teoría y práctica de coronas y puentes*. 1970.

Fotos: Br. Pablo ROSINI.