

Incrustaciones dentales: una solución estética y funcional

Dental inlays: the esthetic and functional solution to improve your smile

Amanda Isabel Pesantez Coronel, Samantha Camila Reinoso Solis, Valery Maite Jame Avila, María Paula León Sacoto

Resumen

Las incrustaciones dentales, conocidas también como incrustaciones intracoronarias, representan una opción ampliamente aceptada en odontología para mejorar tanto la apariencia estética como la funcionalidad de los dientes dañados, estas incrustaciones se emplean principalmente en la restauración de dientes con deterioro o caries, ofreciendo una solución duradera y estéticamente agradable, en comparación con las coronas dentales, las incrustaciones se consideran una alternativa más conservadora, ya que conservan mayor cantidad de tejido dental natural, lo que favorece la salud a largo plazo de la pieza dental, en cuanto a los materiales utilizados, las incrustaciones pueden fabricarse con diversos materiales de alta calidad como cerámica, porcelana o resina compuesta, lo que posibilita una perfecta integración con el tono de los dientes adyacentes, logrando así un resultado estético armonioso, el proceso de colocación de las incrustaciones requiere habitualmente múltiples visitas al dentista para realizar impresiones precisas y cementar las incrustaciones de forma segura con cemento dental especializado. Dentro del presente artículo se detallan los materiales a emplear presentados en la tabla 1, así como los distintos tipos de incrustaciones.

Palabras claves: Incrustaciones; dientes; estética (DeCS)

Amanda Isabel Pesantez Coronel

Universidad Católica de Cuenca | Cuenca | Ecuador | amanda.pesantez@ucacue.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0003-2377-1898>

Samantha Camila Reinoso Solis

Universidad Católica de Cuenca | Cuenca | Ecuador | samantha.reinoso.67@est.ucacue.edu.ec

Valery Maite Jame Avila

Universidad Católica de Cuenca | Cuenca | Ecuador | valery.jame.07@est.ucacue.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0004-9405-9878>

María Paula León Sacoto

Universidad Católica de Cuenca | Cuenca | Ecuador | maria.leon.70@est.ucacue.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0001-1269-1473>

<http://doi.org/10.46652/rgn.v9i42.1274>

ISSN 2477-9083

Vol. 9 No. 42 octubre-diciembre, 2024, e2401274

Quito, Ecuador

Enviado: septiembre 17, 2024

Aceptado: noviembre 20, 2024

Publicado: diciembre 26, 2024

Publicación Continua



Abstract

Dental inlays, also known as intracoronary inlays, represent a widely accepted option in dentistry to improve both the aesthetic appearance and functionality of damaged teeth. These inlays are mainly used in the restoration of teeth with deterioration or cavities, offering a long-lasting solution. and aesthetically pleasing, compared to dental crowns, inlays are considered a more conservative alternative, since they preserve a greater amount of natural dental tissue, which favors the long-term health of the tooth, in terms of the materials used, Inlays can be made with various high-quality materials such as ceramic, porcelain or composite resin, which allows perfect integration with the tone of the adjacent teeth, thus achieving a harmonious aesthetic result. The process of placing inlays usually requires multiple visits. to the dentist to make precise impressions and securely cement the inlays with specialized dental cement. Within this article, the materials to be used presented in Table 1 are detailed, as well as the different types of inlays.

Keywords: Inlays; teeth; aesthetics (MeSH)

Introducción

La odontología moderna ha ido evolucionando por su alta demanda estética de los pacientes. Por otro lado, se ha investigado que la odontología restauradora conservadora cuenta con una extensa escala de técnicas y sistemas en rehabilitación oral en piezas posteriores de forma mínimamente invasiva (Angeletaki et al., 2016).

Las restauraciones conservadoras más utilizadas en odontología son las incrustaciones inlay y onlay (Goujat et al., 2016). Se afirma que son de tipo indirecto, con el objetivo de devolver estructura, resistencia y longevidad, caracterizadas por una mínima reducción de la pieza dental a comparación de las coronas de cobertura completa y no afectan a ninguna cúspide del diente (López et al., 2018). Las incrustaciones pueden ser de gran ayuda en diferentes prácticas clínicas al ser poco invasivas (Tatarciuc et al., 2021).

Se ha considerado cada vez más el uso de incrustaciones para preservar FDP (prótesis dental fija) Este reemplazo se define como un método de tratamiento mínimamente invasivo para reemplazar dientes posteriores perdidos que utilizan cavidad en forma de caja como retenedor y puede incluir un empaste hecho de oro, composite, cerámica u otros materiales que se unen a los dientes (Castillo et al., 2017)).

Figura 1. Incrustaciones dentales



Fuente: Torres (2017), tomado de Incrustaciones dentales

Materiales y métodos

Marco teórico:

Incrustaciones Dentales

Las incrustaciones dentales son restauraciones indirectas utilizadas para reparar los dientes con caries leves o moderadas. Estas son colocadas en la superficie del diente después de que se ha eliminado la caries y ha sido preparada la superficie de los dientes adyacentes (Field et al., 2019).

Las incrustaciones dentales son elaboradas fuera de la boca del paciente y, por lo general, se realizan en un laboratorio dental y luego se cementan o adhieren al diente afectado. Estas restauraciones son recomendadas cuando el daño dental no es lo suficientemente grave como para requerir una corona completa. Además, también pueden utilizarse para reemplazar obturaciones antiguas o defectuosas (Castillo et al., 2017).

Las incrustaciones dentales suelen ser una opción más conservadora en comparación con coronas dentales completas, debido a que requieren menos eliminación de la estructura dental natural (Malament et al., 2020). Las mismas están hechas de materiales como cerámica, porcelana o composite, las cuales son adaptadas a la forma y el color del diente original (Field et al., 2019).

La colocación de una incrustación dental en términos generales requiere dos visitas al dentista. En la primera visita, se realiza una preparación mínima del diente y se toman las impresiones para la fabricación de la incrustación en el laboratorio dental. Para la segunda visita, la incrustación se prueba y luego se cementa o adhiere al diente (Malament et al., 2020). Para el mantenimiento de las incrustaciones es importante tener una buena higiene oral y acudir con regularidad al dentista para mantener la salud y el buen funcionamiento de las mismas (Field et al., 2019).

Tipos de Incrustaciones Dentales

Dentro de las incrustaciones existen diferentes tipos dependiendo del grado de afectación del diente. Las cuales dependen de donde esté situada la incrustación en el diente (Field et al., 2019). Es decir, si la incrustación dental va a cubrir mucha o poca parte de la estructura dentaria a restablecer. De esta manera se encuentran los siguientes tipos:

Inlay: Incrustación que no abarca ninguna cúspide dental.

Onlay: Incrustación que abarca al menos una cúspide sin cubrirlas todas.

Overlay: Cubrimiento cuspidé completo.

Figura 2. Tipos de incrustaciones dentales



Fuente: Castro (2021), tomado de Incrustaciones dentales

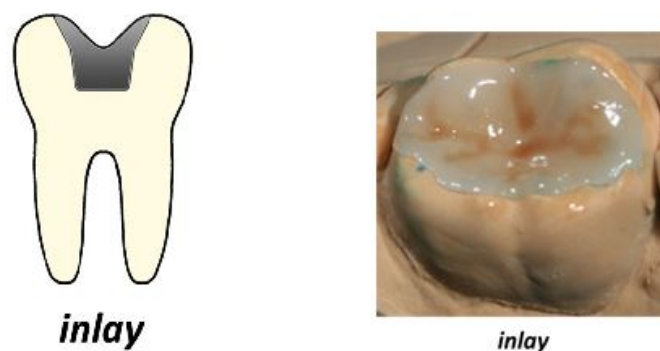
Nota. Esta imagen muestra los tipos de incrustaciones con sus respectivos nombres.

Incrustaciones Inlay

Las incrustaciones dentales inlay, están referidas a aquellas que se utilizan para reparar dientes dañados o con caries en la superficie masticatoria. Estas incrustaciones son colocadas dentro de la cavidad preparada en el diente y son adheridas firmemente en su lugar. Estas restauraciones proporcionan una solución estética y duradera, debido a que están hechas de cerámica o porcelana, lo que les da una apariencia natural y se mezclan con los dientes circundantes (Field et al., 2019).

Las incrustaciones inlay presentan ciertas ventajas, y entre ellas se encuentran que requieren menos eliminación de estructura dental sana en comparación con las obturaciones tradicionales. Lo que significa que se conserva más estructura natural (Castillo et al., 2017). También estas estructuras suelen ser muy resistentes a las manchas y la decoloración. De igual manera, son menos propensas a la fractura en comparación con las obturaciones tradicionales (Field et al., 2019).

Figura 3. Incrustación Inlay

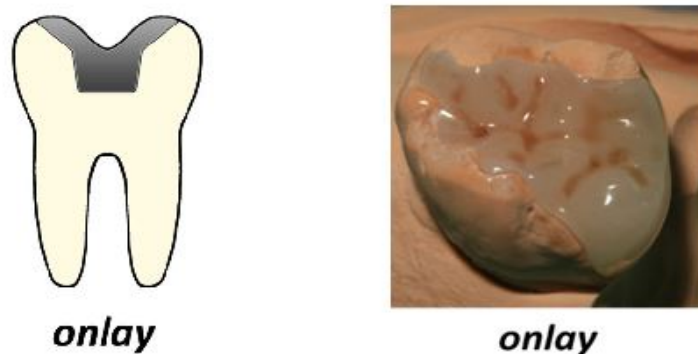


Fuente: Torres (2017), tomado de Incrustaciones dentales

Incrustaciones Onlay

Las incrustaciones onlay al igual que las inlay, están hechas de cerámica o porcelana, lo que les da una apariencia natural y se mezclan con los dientes circundantes (Field et al., 2019). Igualmente ofrecen grandes beneficios debido a que ofrecen la conservación de la estructura dental sana y la resistencia a las manchas y la decoloración (López et al., 2018). Sin embargo, la estructura onlay debido a su gran tamaño puede proporcionar una mayor protección y fortaleza al diente, especialmente en casos de caries extensas o fracturas (Field et al., 2019).

Figura 4. Incrustación Onlay



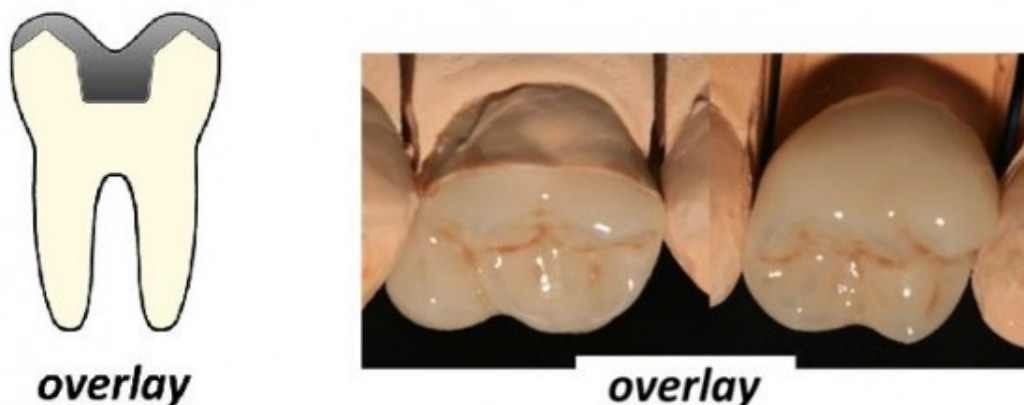
Fuente: Torres (2017), tomado de Incrustaciones dentales

Incrustaciones Overlay

Las incrustaciones overlay tienen la particularidad de que cubren toda la superficie masticatoria del diente, incluyendo las cúspides (Field et al., 2019). Y al igual que las inlay y onlay, se adhieren al diente utilizando cemento dental y están hechas de cerámica o porcelana, lo cual brinda una apariencia natural (Antonelli et al., 2016).

Las incrustaciones overlay ofrecen beneficios similares a las inlay y onlay, como la conservación de la estructura dental sana y la resistencia a las manchas y la decoloración. Sin embargo, debido a su mayor tamaño y cobertura completa del diente, las overlay proporcionan una mayor protección y fortaleza (Field et al., 2019; Antonelli et al., 2016).

Figura 5. Incrustación Overlay



Fuente: Torres (2017), tomado de Incrustación overlay

Ventajas de las Incrustaciones Dentales

Las incrustaciones dentales tienen varias ventajas, entre las que destacan: ayudan a disminuir la debilidad del diente, poca o nula impasividad, son casi invisibles, permiten el reforzamiento del diente hasta en su raíz. Además, fortalecen los dientes a los que se les ha realizado endodoncia, permiten la remoción mínima de estructura dental sana remanente y no debilitan más el tejido dental y permiten el aprovechamiento al máximo de la cámara pulpar del diente (Field et al., 2019).

Materiales

Una parte fundamental de la planificación del tratamiento es decidir el tipo de restauración y el material que se va a utilizar para fabricar la pieza. Cada material tiene especificaciones diferentes (Field et al., 2019). En la Tabla 1 se muestran las reducciones recomendadas para preparación dental y las configuraciones marginales.

Tabla 1. Reducciones recomendadas para preparación dental y configuraciones marginales

Material	Reducción	Profundidad marginal y configuración
	Metal y ceramo-metal	
Solo metal	Cúspide no funcional de 1 mm	0,2–1,0 mm
	Cúspide funcional de 1,5 mm	Se prefiere el chaflán fino
Ceramo-metal	Anterior:	
	2mm incisalmente, 1 mm lingualmente	Chaflán labial profundo de 1,0–1,2 mm u hombro, pero menos para pequeños dientes y donde el collar de metal es usado
	Posterior:	
	cúspide no funcional de 2 mm, cúspi- de funcional de 2,5 mm	

Material	Reducción	Profundidad marginal y configuración
Cerámica grabable		
Anterior:		
Cerámica feldespática	2 mm incisalmente, 1 mm lingualmente	Chaflán de 0,4 mm
Disilicato de litio (IPS e.Max™, Ivoclar Vivodent)	2 mm oclusal/incisal Puede ser prensado tan delgado como 0,3 mm para carillas	Hombro redondeado de 1,0 mm
Reforzado con circonio silicato de litio (Celtra duo™, Dentsply)	2 mm oclusal/incisal Se puede fresar con un grosor de hasta 0,4 mm para carillas	Hombro redondeado de 1,0 mm o chaflán pesado
Compuesto de resina y cerámica no grabable		
Resina nanocerámica (lava ultimate™, 3 M ESPE)	1,5 mm oclusal/incisal Se puede fresar con un grosor de hasta 0,4 mm para carillas	Chaflán de 0,4 mm pero 1,0 mm en hombro preferido
Zirconia infiltrada en vidrio (in-Ceram™, VITA Zahnfabrik)	1,4 mm oclusal/incisal	Hombro redondeado de 1,2 mm o chaflán pesado
Zirconia densamente sinterizada (Procera™, Nobel biocuidado)	1,5 mm oclusal/incisal	Chaflán de 0,5–0,7 mm
Anterior:		
Circonita monolítica (BruxZir™, Glidewell laboratorios)	1,25 mm oclusal/incisivo (0,8 mm mínimo) Posterior: 1,0 mm oclusal (0,5 mm mínimo)	Borde de pluma, pero algunos fabricantes recomiendan chaflán >0,5 mm

Fuente: Adaptado de Extra-Coronal Restorations (p.331), por Wassell et al. (2019).

Metal

Las restauraciones totalmente metálicas con frecuencia se limitan a los dientes posteriores debido a la mala percepción estética. A menudo, se persuade a los pacientes para que acepten un metal superficie oclusal cuando entienden que este material ofrece una mayor resistencia (Field et al., 2019). Para este procedimiento por lo general se utilizan metales nobles o de otros materiales como titanio o zirconio (Malament et al., 2020).

Figura 6. Metal



Fuente: Incrustaciones y onlays – inlays and onlays, por Fernández (2021).

Ceramo-Metal

Estas restauraciones también se les conoce como coronas de porcelana fusionada con metal, son relativamente versátiles y fuertes y pueden atender para pacientes con hábitos parafuncionales o bruxistas. Además, proporcionan una buena estética (Field et al., 2019). Estas prótesis proporcionan una buena resistencia y durabilidad gracias al metal, a la vez que la cerámica proporciona la estética y coloración similar a los dientes naturales (Abduo & Sambrook, 2018).

De manera convencional se sostiene que un margen de preparación para una culata de cerámica debe ser de 1,5 mm de profundidad; sin embargo, el rango más aceptable para no estar tan cerca de la pulpa es de 1,0 mm con un poco (Field et al., 2019; Abduo & Sambrook, 2018). Una ventaja importante de las coronas de metal-cerámica es que se pueden construir características en la parte metálica de la restauración, como planos de guía, asientos de descanso, canales o hombros para acomodar prótesis parciales de cobalto-cromo (Castillo et al., 2017).

Figura 7. Ceramo-Metal



Fuente: Corona de metal-cerámica. Materiales, ventajas y desventajas (2019).

Cerámica grabable

La cerámica grabable es una opción para carillas, onlays y coronas de cobertura parcial y cobertura total. Inicialmente, solo las cerámicas feldespáticas eran grabables (Field et al., 2019). La preparación del diente para cualquier restauración de cerámica requiere ángulos de línea redondeados para reducir la concentración de tensión que resulta en la propagación de grietas y fracturas (Malament et al., 2020).

Para la cementación, se deben emplear agentes de cementación de resina para formar una película relativamente delgada para evitar que se formen fuerzas hidrostáticas excesivas dentro de la restauración durante el asentamiento (Abduo & Sambrook, 2018). Para ello es necesario emplear una resina de polimerización dual cuando las restauraciones son demasiado gruesas y opacas para permitir la fotopolimerización. Las coronas totalmente cerámicas unidas con resina suelen ser una buena opción cuando la estética es fundamental (Field et al., 2019).

Figura 8. Cerámica Grabable



Fuente: Gavira (2022), tomado de Incrustaciones dentales

Cerámica no grabable

Las coronas de cerámica comprenden núcleos de alta resistencia hechos de zirconia o alúmina sinterizada, recubierta con cerámica feldespática. Los núcleos densamente sinterizados no se podían ser grabados fácilmente con HF, por lo que la unión de la resina es menos confiable que para las cerámicas grabables (Field et al., 2019). Por lo que esta combinación no es recomendada para carillas y preparaciones de coronas u onlays sin retención.

La cerámica utilizada en estas incrustaciones es altamente resistente y se asemeja al color y la apariencia natural de los dientes. Esto las hace ideales para su uso en dientes frontales, donde la estética es especialmente importante (Field et al., 2019). Su aspecto natural, ofrece otras ventajas, tales como: son altamente biocompatibles, lo que significa que son bien toleradas por los tejidos orales y no causan reacciones alérgicas. También son resistentes a las manchas y no se decoloran con el tiempo, lo que garantiza una sonrisa blanca y brillante a largo plazo (Abduo & Sambrook, 2018).

Las incrustaciones dentales de cerámica no gravable pueden requerir de más preparación dental que otros tipos de incrustaciones. Lo cual implica eliminar una mayor cantidad de estructura dental sana para colocar la incrustación de manera segura y adecuada (Field et al., 2019). En términos generales, estas estructuras son una excelente opción para aquellos que buscan una solución estética y duradera para restaurar dientes dañados (Blatz et al., 2018). Sin embargo, es fundamental consultar a un dentista para determinar si este tipo de incrustación es la más adecuada en cada caso individual.

Resina Cerámica

La resina cerámica utilizada en estas incrustaciones es una combinación de cerámica y resina compuesta (Field et al., 2019). Esta combinación las hace más flexibles y menos frágiles que las incrustaciones de cerámica no gravable, lo que resulta beneficioso para aquellos que tienen dientes con mayor riesgo de fractura (Abduo & Sambrook, 2018). Al igual que las incrustaciones de cerámica no gravable, las incrustaciones de resina cerámica también se asemejan al color y la apariencia natural de los dientes (Field et al., 2019). Sin embargo, pueden ser más propensas a las manchas y la decoloración con el tiempo.

En cuanto a la preparación dental, las incrustaciones de resina cerámica por lo general requieren menos eliminación de estructura dental sana que las incrustaciones de cerámica no gravable (Field et al., 2019). Lo cual puede ser considerado como una ventaja para aquellos que desean conservar la mayor cantidad posible de su diente natural (Castillo et al., 2017). En general, estas incrustaciones son una opción estética y duradera para restaurar dientes dañados o con caries.

Figura 9. Resina Cerámica



Fuente: Incrustaciones de porcelana y composite: soluciones eficaces, por Cano (2019).

Principios de preparación

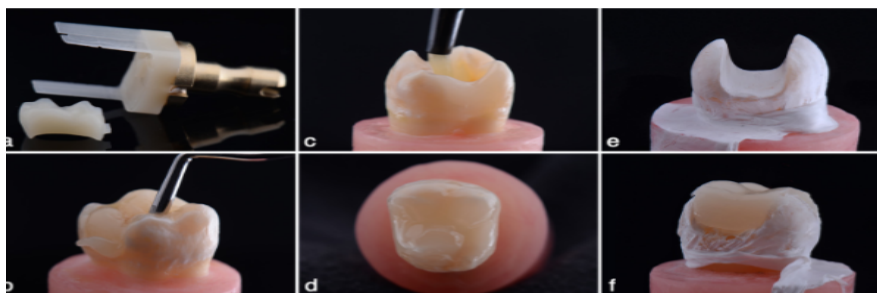
Para realizar una incrustación dental es necesario de una preparación para proporcionar suficiente espacio para el material de restauración (Field et al., 2019). El primer paso del proceso implica la remoción de una cantidad mínima de estructura dental sana para permitir la colocación

de la incrustación, y se realiza con la finalidad de preservar la mayor cantidad de tejido natural minimizando el riesgo de daño al diente (Popa et al., 2019).

Previa al procedimiento el especialista debe realizar una evaluación de la salud dental para determinar si las incrustaciones son adecuadas para el paciente (Field et al., 2019). Posteriormente se procederá con el proceso de preparación, el cual puede incluir los siguientes pasos:

- **Aplicación de anestesia local:** se aplica para adormecer el área y garantizar que el paciente esté cómodo durante el procedimiento.
- **Remoción del tejido cariado o dañado:** se procede a la eliminación de las caries o daño en el diente (Castillo et al., 2017).
- **Preparación del diente:** el especialista emplea instrumentos dentales para dar forma al diente y crear un espacio para la incrustación. Esto puede implicar la eliminación de una pequeña cantidad de esmalte dental y dentina.
- **Toma de impresiones:** se tomarán impresiones precisas del diente preparado para enviar al laboratorio dental, donde será fabricada la incrustación personalizada (Field et al., 2019).
- **Colocación de una incrustación provisional:** en tanto se fabrica la incrustación permanente, se colocará una incrustación provisional en el diente preparado para protegerlo y mantener su forma y función (López et al., 2018).
- **Cementado de la incrustación permanente:** una vez que la incrustación permanente esté lista, se retirará la provisional y se cementará la incrustación permanente en su lugar (Blatz et al., 2018).

Figura 10. Preparación



Fuente: Optimization of large MOD restorations: Composite resin inlays vs. short fiber-reinforced direct restorations, por Soares (2018).

Consideraciones estéticas

La estética juega un papel fundamental en la restauración dental, para ello se deben tomar en consideración la configuración del margen, los materiales, los cuales requieren un mínimo de

espesor para obtener una estética y resistencia óptimas (Field et al., 2019). Sin embargo, es importante lograr un equilibrio entre conservar el tejido dental subyacente y proporcionar suficiente espacio para que el técnico construya una restauración estética (Malament et al., 2020).

Dentro de las ventajas estéticas específicas de las incrustaciones dentales se incluyen las siguientes:

- **Durabilidad:** las incrustaciones dentales deben ser duraderas y resistir el desgaste diario (Field et al., 2019). Esto asegurará que mantengan su apariencia estética durante mucho tiempo (Popa et al., 2019).
- **Resistencia a las manchas:** las incrustaciones dentales deben ser resistentes a las manchas para mantener su apariencia blanca y brillante. Esto es especialmente importante si se colocan en los dientes frontales, donde son más visibles (Popa et al., 2019).
- **Forma y tamaño adecuado:** las incrustaciones dentales deben tener la forma y el tamaño adecuados para que se vean naturales y proporcionales al resto de los dientes (Field et al., 2019). Un dentista experimentado podrá diseñar las incrustaciones de manera que se adapten perfectamente a la boca del paciente (López et al., 2018).
- **Translucidez adecuada:** las incrustaciones dentales deben tener la cantidad adecuada de translucidez para que se vean naturales (Field et al., 2019). Es por ello que deben tener un equilibrio del color, debido a que cuando son muy traslúcidas hará que los dientes se vean opacos, mientras que muy poca puede hacer que se vean artificiales.
- **Compatibilidad con el tejido gingival:** las incrustaciones dentales deben ser compatibles con el tejido gingival circundante para lograr una apariencia estética, lo que significa que deben tener una forma y un contorno adecuados para evitar irritación o inflamación en las encías (Field et al., 2019).

Figura 11. Aspecto de una incrustación



Fuente: Is inaly a current method of treatment? (p.171), por Popa et al. (2019).

Técnica de preparación

- Muchos dentistas ejecutan una extensa gama de preparaciones con una selección de dos a tres fresas. Sin embargo, cuando se afrontan al tener que preparar dientes largos, ranuras y suavizar las esquinas ásperas y los bordes marginales, se hace evidente la necesidad de otros tipos de fresas más. Un juego de seis fresas envuelve la mayoría de las eventualidades y un juego suplementario de tres fresas se utiliza para procedimientos menos comunes (Field et al., 2019).

Tabla 2. Preparaciones

	Preparación de los siguientes características y superficies:
En forma de llama larga Diamante fino	Margen proximal y remate de las cajas de incrustaciones de oro. La fresa crea un bisel de "tierra hueca"
Cónica de extremo plano Carburo de tungsteno	Ranuras de retención axial (diámetro pequeño). Por ejemplo, en premolares.
Torpedo Carburo de tungsteno	Margen de chaflán particularmente donde el acceso está limitado para diamantes cónicos de punta redonda.

Fuente: adaptado de Extra-Coronal Restorations (p.331), por Wassell et al. (2019).

Reducción Oclusal

- La inclinación de los molares puede necesitar poca o nada de preparación donde existe gran espacio interoclusal.
- Se puede recortar a nivel deseado si existe una sobreerupción
- Espacio libre interoclusal como resultado al colocar un bisel entre la superficie axial y oclusal.
- La disminución del diente es más eficaz en la preparación axial por la menor cantidad de tejido dental (Field et al., 2019).

Reducción lingual

- Por la dificultad del acceso y visión, se recomienda primero realizar la pared más complicada y luego seguir con las demás.
- Es adecuado usar una fresa de pelota rugby para reducciones palatinas en dientes anteriores, así como, la fresa recta para superficies axiales (Field et al., 2019).

Reducción Proximal

- Para la creación del espacio proximal es recomendable el uso de la fresa cónica de diamante y si el espacio libre es muy delimitado se procura utilizar puntas redondeadas.
- Cortar dejando una tira delgada del tejido, orientando a nivel marginal la fresa (Field et al., 2019).

Comprobaciones finales y acabado

- Lo ideal para la retracción durante la preparación, es el uso del hilo, además, el traumatismo gingival disminuye
- La utilización de una fresa diamantada fina es lo más adecuado para la revisión de la preparación
- Instrumentos como el de acabado del margen o hacha de esmalte, son una buena elección para el acabado final (periferia lisa).
- En las superficies axial y oclusal para evitar tensiones y grietas lo ideal es redondear con una fresa diamantada fina si existe la presencia de alguna esquina afilada (Field et al., 2019).

Figura 12. Puntos de oclusión



Fuente: Is inaly a current method of treatment? (p.171), por Popa et al. (2019).

Discusión

La discusión sobre las diferentes opciones de restauraciones dentales, como las incrustaciones de ceramo-metal, cerámica grabable, cerámica no grabable y resina cerámica, destaca la importancia de considerar aspectos tanto estéticos como funcionales en la elección del tratamiento más adecuado para cada paciente, las coronas de ceramo-metal, a pesar de ser versátiles y duraderas, pueden necesitar una mayor preparación del diente en comparación con otras opciones,

por otro lado, las coronas de cerámica grabable permiten una excelente estética, así como una resistencia adecuada.

Por su parte, las coronas de cerámica no grabable ofrecen alta resistencia y estética, ideal para dientes frontales, pero requieren de una mayor preparación dental, en cuanto a las incrustaciones de resina cerámica, su flexibilidad y resistencia las hacen una buena opción para dientes propensos a fracturas, aunque pueden ser más propensas a manchas y decoloración, es esencial considerar las características de cada tipo de incrustación para garantizar tanto la estética como la durabilidad del tratamiento.

Además, la preparación adecuada del diente para las incrustaciones es fundamental para asegurar un ajuste preciso y duradero, destacando la importancia de seguir requisitos específicos según el tipo de incrustación seleccionada, la consideración de aspectos estéticos como la forma, tamaño, translucidez y compatibilidad con el tejido gingival es crucial para lograr un resultado final satisfactorio y natural.

Conclusión

Las incrustaciones dentales emergen como una alternativa de restauración más conservadora en comparación con las coronas dentales completas. La gama de opciones que abarca este procedimiento proporciona soluciones específicas para diversas necesidades dentales, destacando las incrustaciones Inlay, diseñadas para la reparación de daños en la superficie masticatoria; las incrustaciones Onlay, que ofrecen una protección extendida y resistencia en casos de caries extensas o fracturas; y las incrustaciones Overlay, que abarcan toda la superficie masticatoria del diente.

La selección del tipo de incrustación y del material empleado se realiza meticulosamente, considerando criterios estéticos, de resistencia y durabilidad, adaptándose a las particularidades del paciente y las características específicas de la pieza dental a restaurar. Además, se debe prestar una atención especial a la preparación del diente afectado y a las consideraciones estéticas asociadas. Esto implica evaluar detenidamente los parámetros que influyen en la correcta colocación de las incrustaciones dentales, así como el uso adecuado de fresas específicas para lograr un resultado óptimo y un acabado estético apropiado.

En última instancia, es crucial subrayar que estas opciones de tratamiento, al ser conservadoras y altamente personalizadas, representan una elección destacada para preservar la integridad de la estructura dental sana. Además, al proporcionar resultados estéticos naturales, las incrustaciones dentales no solo restauran la funcionalidad, sino que también contribuyen significativamente a la satisfacción estética y a la calidad de vida del paciente. Este enfoque integral y personalizado posiciona a las incrustaciones dentales como una opción de vanguardia en la odontología restaurativa contemporánea.

Referencia

- Abduo, J., & Sambrook, R. (2018). Longevity of ceramic onlays: A systematic review. *Journal of Esthetic and Restorative Dentistry*, 30(3), 193-215. <https://doi.org/10.1111/jerd.12384>
- Angeletaki, F., Gkogkos, A., Papazoglou, E., & Kloukos, D. (2016). Direct versus indirect inlay/onlay composite restorations in posterior teeth. A systematic review and meta-analysis. *Journal of Dentistry*, 53, 12-21. <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2016.07.011>
- Antonelli, A., Carneiro, A., Tavares, D., Da Silva, T., Kauark, T., Rodriguez, K., & Cople, L. (2016). Longevity of direct and indirect resin composite restorations in permanent posterior teeth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Dentistry*, 54, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2016.08.003>
- Blatz, M., Vonderheide, M., & Conejo, J. (2018). The Effect of Resin Bonding on Long-Term Success of High-Strength Ceramics. *Journal of Dental Research*, 97(2), 132-139. <https://doi.org/10.1177/0022034517729134>
- Cano, L. (2019, 18 de julio). Incrustaciones de porcelana y composite: soluciones eficaces. Clinica Dental Alicante. <https://lc.cx/HaRxHW>
- Castillo, R., Sancho, R., Lynch, C., & Suárez, M. (2018). All-ceramic inlay-retained fixed dental prostheses for replacing posterior missing teeth: A systematic review. *Journal of Prosthodontic Research*, 62(1), 10-23. <https://doi.org/10.1016/j.jpor.2017.06.007>
- Corona de metal-cerámica. Materiales, ventajas y desventajas. (2019). Travel to dentist. <https://lc.cx/sJcfNy>
- Field, J., Steele, J., & Wassell, R. (2019). *Fundamentals of Tooth Preparation*. Springer.
- Gavira, C. (2022, 20 de abril). Incrustaciones de cerámica. CG. Dr. Carlos Gavira. <https://lc.cx/4Xs-DEA>
- Goujat, A., Abouelleil, H., Colon, P., Jeannin, C., Pradelle, N., Seux, D., & Grogogeat, B. (2019). Marginal and internal fit of CAD-CAM inlay/onlay restorations: A systematic review of in vitro studies. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, 121(4), 590-597. <https://doi.org/10.1016/j.prosdent.2018.06.006>
- López, B., Arrázola, Á., Rivera, N., & Torres, E. (2018). Compación de la adaptación marginal de restauraciones inlay, fabricadas en tres tipos de materiales. *Rehabilitación oral*, 20-29.
- Malament, K., Margvelashvili, M., Natto, Z., Thompson, V., Rekow, D., & Att, W. (2021). 10.9-year survival of pressed acid etched monolithic e.max lithium disilicate glass-ceramic partial coverage restorations: Performance and outcomes as a function of tooth position, age, sex, and the type of partial coverage restoration (inlay or onlay). *Journal of Prosthodontic Research*, 126(4), 523-532. <https://doi.org/10.1016/j.prosdent.2020.07.015>
- Popa, G., Sincar, D., Decusara, M., Paunita, G., Popa, G., & Earar, K. (2019). Is inlay a current method of treatment? *Romanian Journal of Oral Rehabilitation*, 11(2), 169-174.
- Tatarciuc, M., Alexandru, G., Vitalariu, A., Luchian, I., Martu, I., & Diaconu, D. (2021). Inlay-Retained Dental Bridges—A Finite Element Analysis. *Applied Sciences*, 11(9). <https://doi.org/10.3390/app11093770>

Torres, C. (2017, 21 de marzo). Incrustaciones dentales. Dentisalut. <https://dentalut.com/incrustaciones-dentales-2/>

Wassell, R., Nohl, F., Steele, J., & Walls, A. (2019). *Extra-Coronal Restorations*. Springer.

Autores

Amanda Isabel Pesantez Coronel. Odontóloga general de la universidad estatal de cuenca. Rehabilitadora oral de la universidad central del Ecuador. Master universitario en la Universidad Europea de Madrid. Docente de la Universidad Católica de Cuenca

Samantha Camila Reinoso Solis. Estudiante de 7mo ciclo de la carrera de odontología

Valery Maite Jame Avila. Estudiante de 7mo ciclo de la carrera de odontología

María Paula León Sacoto. Estudiante de 7mo ciclo de la carrera de odontología

Declaración

Conflicto de interés

No tenemos ningún conflicto de interés que declarar.

Financiamiento

Sin ayuda financiera de partes externas a este artículo.

Nota

El artículo es original y no ha sido publicado previamente.