

CLAREAMIENTO DENTAL EN EL CONSULTORIO*

IN OFFICE TOOTH WHITENING

*César Lamas Lara¹, Yanina Jara Nepo²,
Yolvi Dominguez Jara², Giselle Angulo de la Vega³*

RESUMEN

En la actualidad existen diversas técnicas para realizar procedimientos de clareamiento dental y es importante poder dominar estas técnicas dado que los pacientes cada vez más exigen estos procedimientos. El uso de materiales y procedimientos adecuados en la atención clínica cobra vital importancia para garantizar el éxito de nuestros procedimientos. En el presente artículo se detalla el procedimiento de clareamiento en el consultorio con peróxido de hidrógeno al 35 % en la resolución de un caso clínico. El objetivo fue mejorar la estética de las piezas dentarias realizando un procedimiento de clareamiento dental. Los resultados fueron satisfactorios para el paciente, ya que se pudo clarear los dientes de la paciente logrando una tonalidad más acorde con su edad. Se puede concluir que el manejo adecuado del clareamiento de consultorio ofrece una alternativa segura y eficaz en estas situaciones clínicas.

PALABRAS CLAVE: Clareamiento de consultorio, Peróxido de hidrógeno, Clareamiento externo.

* Recibido: 26 de enero del 2012; aceptado: 14 de junio del 2012.

1 Cirujano Dentista, Diplomado en Odontología Restauradora y Estética por la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Docente titular de Operatoria Dental en la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote.

2 Alumno del noveno ciclo de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote.

3 Cirujano Dentista, Estudios de Especialidad en Rehabilitación Oral de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

ABSTRACT

At present there are diverse techniques to do bleaching procedures and it is important to be able to control these techniques because of patients demand these procedures more often than before. Using adequate materials and procedures in the clinical attention it is very important to guarantee the success of our procedures. This article refers the procedure of in-office bleaching with hydrogen peroxide to 35% in the resolution of one clinical case. It aimed to improve the aesthetics of the dental pieces by bleaching procedure. The results were satisfactory for the patient because of his teeth could be whitened achieving a tonality more according to her age. It is possible to conclude that the suitable managing of in-office bleaching offers a safe and effective alternative in these clinical situations.

KEY WORDS: In-Office bleaching, hydrogen peroxide, external tooth bleaching.

INTRODUCCIÓN

Los procedimientos de clareamiento dental en el consultorio se han popularizado bastante en estos últimos años; sin embargo, muchos profesionales tienen dudas de cómo aplicar estas técnicas por desconocimiento de los procedimientos adecuados. Surgen dudas en la cantidad de aplicaciones del gel en una misma cita; cuántas citas clínicas debemos de aplicar a nuestros pacientes; y si es necesario la activación con fuentes de luz de los geles de clareamiento.

El clareamiento dental en consultorio es un procedimiento clínico que se realiza empleando peróxido de hidrógeno al 35% o al 38% o peróxido de carbamida al 30%, 35% o 44%. Es importante resaltar que los fabricantes ofrecen continuamente nuevos materiales clareadores, haciendo publicidad de su mayor rapidez y eficacia; sin embargo, frecuentemente los resultados clínicos están lejos de conseguir tales objetivos. Se recomienda trabajar con técnicas probadas a través del tiempo y con materiales fabricados por firmas de buena reputación y con trayectoria.¹

Para la aplicación del gel de clareamiento de consultorio el material más popularizado es el gel de peróxido de hidrógeno al 35%; se recomienda su aplicación en intervalos de media hora en contacto con las superficies dentarias aplicándolo tres veces en la misma sesión clínica.^{2,3}

Es muy común aplicar la técnica de clareamiento en el consultorio odontológico con fuente de activación por luz, sea LED, Arco de Plasma, Láser o Híbrida; pero no se ha demostrado que al utilizar estos equipos se logre mejores resultados que realizando el clareamiento sin ellos. Se puede obtener similares resultados fotopolimerizando los geles de clareamiento así como dejándolos actuar sin la necesidad de la activación con luz.²⁻⁶

El clareamiento realizado correctamente no afecta la integridad de las piezas dentarias, no afecta la microdureza superficial del esmalte, ni tampoco es un desencadenante para la aparición de lesiones de caries.⁷⁻¹¹

Combinar diferentes técnicas de clareamiento dental puede producir mejores resultados en nuestros tratamientos y está en el profesional elegir las mejores técnicas para optimizar sus resultados clínicos.^{12,19,20}

REPORTE DEL CASO

Paciente de sexo femenino, de 20 años de edad, acude a la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, preocupada por el problema estético de sus piezas dentarias. La paciente refiere beber constantemente té y café.

Al examen clínico se observa que las piezas dentarias presentan un color A3 según la escala VITA. No existe evidencia de fisuras, fracturas, exposición de esmalte, caries dental, ni ningún otro factor que requiera ser tratado previamente. Paciente con buen estado de salud general, sin riesgo sistémico al tratamiento estomatológico.

PROCEDIMIENTO CLÍNICO

Tras la evaluación clínica se decidió aplicar el agente clareador de peróxido de hidrógeno al 35% durante tres citas, tres aplicaciones por cada cita. Se decidió tratar una arcada a la vez para permitir comparar la efectividad del tratamiento entre arcadas. Como paso previo al acto operatorio se tomaron las fotografías pre tratamiento (Figura 1), se registró el color inicial con ayuda del colorímetro de la escala VITA y se procedió a realizar una limpieza con pasta profiláctica de las superficies a tratar en el clareamiento.



Figura 1. Fotografía pre tratamiento.



Figura 2. Aplicación de la barrera gingival arcada superior.



Figura 3. Aplicación del gel de peróxido de hidrógeno al 35%.

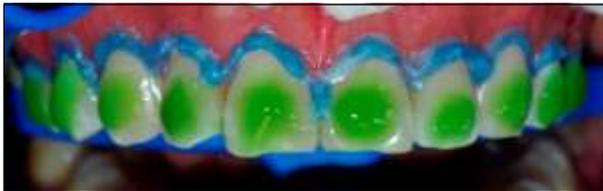


Figura 4. Gel de peróxido de hidrógeno al 35%, luego de 30 minutos en contacto con las piezas dentarias.



Figura 5. Vista post clareamiento arcada superior.



Figura 6. Aplicación de la barrera gingival arcada inferior.



Figura 7. Aplicación del gel de peróxido de hidrógeno al 35%.



Figura 8. Gel de peróxido de hidrógeno al 35%, luego de 30 minutos en contacto con las piezas dentarias.



Figura 9. Fotografía post tratamiento.

Se procedió a realizar el clareamiento dental con peróxido de hidrógeno al 35% utilizando la técnica de consultorio sin la activación con fuente de luz. Se comenzó con la arcada superior colocándose abrebocas, rollos de algodón, eyector de saliva y la barrera gingival. Esta barrera gingival se aplicó a nivel cervical de los dientes y se fotopolimerizó por 40 segundos (Figura 2). Posteriormente se procedió a la aplicación del gel de peróxido sobre las caras vestibulares de los dientes (Figura 3), aplicándolo en la parte central de la cara vestibular; no hay necesidad de extenderlo por toda la cara vestibular, ya que el peróxido tiene la propiedad de poder difundirse por sí mismo por todo el esmalte y la dentina.

Se dejó el gel en contacto con la superficie de los dientes por un tiempo de 30 minutos (Figura 4). Una vez transcurrido este tiempo se retiró el gel de peróxido de las superficies de los dientes con un aplicador de adhesivo y una gasa sin utilizar agua; una vez retirado completamente el gel se vuelve a aplicar un nuevo gel de peróxido por 30 minutos más; transcurrido dicho tiempo se volvió a limpiar el gel de peróxido de las superficies de los dientes sin utilizar agua y se volvió a aplicar por tercera vez un nuevo gel de peróxido y se dejó actuar por otros 30 minutos. Posteriormente se retiró el gel y se lavó copiosamente con agua las superficies dentarias y retiramos las barreras de protección. Se realizó tres citas con intervalos de una semana para la arcada superior.

Luego de haber realizado el clareamiento en la arcada superior el paciente puede comparar el tono inicial de sus dientes (arcada inferior) con el nuevo tono alcanzado (arcada superior) luego del clareamiento (Figura 5).

Posteriormente se realizó el clareamiento de la arcada inferior, colocando las mismas barreras de protección usadas en la arcada superior (Figura 6). Se aplica el gel de peróxido de hidrógeno al 35% en las caras vestibulares de los dientes dejándose por 30 minutos (Figuras 7 y 8); se aplicó 3 veces el gel de peróxido 30 minutos cada vez por 3 citas.

Una vez realizado el procedimiento de clareamiento se procedió a la determinación del color, alcanzando un color A1 en la escala VITA. (Figura 9).

RESULTADOS

Los resultados fueron satisfactorios para el paciente, obteniéndose un color A1 en la Escala VITA, devolviendo así una sonrisa más acorde con su edad.

DISCUSIÓN

En la actualidad existe una gran controversia en fotoactivar o no los geles clareadores. Estudios demuestran que las fuentes de luz no tienen un efecto real sobre los geles clareadores y la explicación de ellos se centra en que estos geles no tienen en su composición algún fotoiniciador que reaccione con estas fuentes de luz.^{2-6,16,17}

La eficacia del clareamiento dental depende en mayor medida del tipo de tinción y del agente causal, ya que se ha demostrado la gran capacidad de penetración del peróxido a lo largo de todo el espesor dentinario. La sensibilidad dentaria se produce en el 5 a 10% de pacientes, en piezas individuales o generalizadas; sin embargo, es fácil de tratar y es totalmente reversible.^{13-15,18}

CONCLUSIONES

En algunas circunstancias es difícil obtener resultados satisfactorios en relación a los tratamientos de clareamiento dental; está en el profesional conocer a cabalidad las técnicas y los materiales más adecuados para resolver las diferentes situaciones clínicas que se presenten.

Usar o no fuentes de luz para los procedimientos de clareamiento en el consultorio es controversial; todavía no se sabe a ciencia cierta cuál es su efecto real sobre los geles de clareamiento; por tal motivo, el profesional debe estar constantemente actualizado para saber cuáles son los procedimientos más adecuados para ofrecer las mejores alternativas de tratamiento a los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 VÉLEZ VC, DELGADO CL. Blanqueamiento de piezas vitales. En: Henostroza HG, Estética en Odontología Restauradora. Madrid: Ripano, 2006: p.104-134.
- 2 MARSON FC, SENSI LG, VIEIRA LCC, ARAÚJO E. Avaliação clínica do clareamento dental pela técnica no consultório. R Dental Press Estét, 2007; 4(4): 50-60.
- 3 MARSON FC, SENSI LG, VIEIRA LCC, ARAÚJO. Clinical Evaluation of In-office Dental Bleaching Treatments With and Without the Use of Light-activation Sources Operative Dentistry, 2008, 33-1, 15-22.
- 4 GOMES RS, DE SOUZA FB, LACERDA CM, BAMBRILLA CFF, PASCOTTO RC. Avaliação clínica da eficiência do uso do sistema LED-laser, LED e luz halógena na ativação do agente clareador em dentes vitalizados Dental Press Estét, 2008; 5.(2): 62-77.
- 5 CARRASCO LD, GUERISOLI DMZ, ROCHA MJA, PÉCORÁ JD, FRÖNER IC. Efficacy of intracoronary bleaching techniques with different light activation sources Int Endod J. 2007; 40 (3): 204-8.
- 6 POSSO SL, RAMÍREZ DX, ROSAS JA, GÜIZA EH. Comparación del blanqueamiento dental con peróxido de hidrógeno al 25% en consultorio, utilizando o no luz halógena (Zoom). Univ Odontol. 2010; 29(62): 19-25.

- 7 ALVES EA, ALVES FKA, CAMPOS EJ, MATHIAS P. Susceptibility to caries like lesions after dental bleaching with different techniques. *Quintessence Int* 2007; 38(614):404-409.
- 8 PARAVINA RD, JOHNSTON WM, POWERS JM. New shade guide for evaluation of tooth whitening-colorimetric study. *J Esthet Restor Dent.* 2007; 19(5): 276-83.
- 9 RODRIGUES JA, ERHARDT MCG, MARCHI GM, PIMENTA LAF, AMBROSANO GMB. Association effect of in-office and nightguard vital bleaching on dental enamel microhardness *Braz J Oral Sci.* 2003; 2(7):365-369.
- 10 TAM LE, KUO VY, NOROOZI A. Effect of prolonged direct and indirect peroxide bleaching on fracture toughness of human dentin. *J Esthet Restor Dent.* 2007; 19(2): 100-9.
- 11 K-YAZICI AR, KHANBODAGHI A, KUGEL G. Effects of an in-office bleaching system (ZOOM) on pulp chamber temperature in vitro. *J Contemp Dent Pract.* 2007; 8(4):19-26.
- 12 LAMAS C, ANGULO G. Alternativa de Restauración Estética en Caso de Discromía, *Odontol. Sanmarquina*, 2010; 13 (2): 38-41.
- 13 MCCASLIN AJ, HAYWOOD VB, POTTER BJ, DICKINSON GL, RUSSELL CM. Assessing dentin color changes from nightguard vital bleaching *J Am Dent Assoc* 1999 Oct; 130(10):149-90.
- 14 HANKS CT, CFAT J, WATAHA J.C. Cytotoxicity and dentin permeability of carbamide peroxide and hydrogen peroxide vital bleaching materials, in vitro. *J Dent Res*, 1993; 72(5):931-938.
- 15 GÖKAY O, YILMAZ F, AKIN S, TUNÇBİLEK M, ERTAN R. Penetration of the pulp chamber by bleaching agents in teeth restored with various restorative materials. *J Endod.* 2000; 26(2):92-4.
- 16 ALOMARI Q, EL DARAA E. A randomized clinical trial of in-office dental bleaching with or without light activation *J Contemp Dent Pract.* 2010 Jan 1; 11(1):E017-24.
- 17 GURGAN S, ÇAKIR FY, YAZICI E. Different light-activated in-office bleaching systems: a clinical evaluation. *Lasers Med Sci.* 2010 Nov; 25(6):817-22.
- 18 KOSSATZ S, DALANHOL AP, CUNHA T, LOGUERCIO A, REIS. A *Oper Dent.* Effect of light activation on tooth sensitivity after in-office bleaching 2011 May-Jun; 36(3):251-7.
- 19 BERNARDON JK, SARTORI N, BALLARIN A, PERDIGÃO J, LOPES GC, BARATIERI LN. Clinical performance of vital bleaching techniques *Oper Dent.* 2010 Jan-Feb; 35(1):3-10.
- 20 DAWSON PF, SHARIF MO, SMITH AB, BRUNTON PA. A clinical study comparing the efficacy and sensitivity of home vs combined whitening. *Oper Dent.* 2011 Sep-Oct; 36(5):460-6.

Correspondencia

CD César Lamas Lara

Santa Honorata 415. Urb. Pando, 3era Etapa. Lima 1. Perú. Teléfono: 999491403.

e-mail: cesar2579@hotmail.com