

# Poste de fibra de vidrio en pieza dental reconstruida y tratada endodónticamente: Reporte de Caso.

## *Fiberglass post in a reconstructed and endodontically treated tooth: Case Report.*

Chávez-Mejía, José Luis<sup>1</sup>; Avilés-González, Josselyn Diana<sup>2</sup>; Ramirez-Vilema, Dayanna Mishell<sup>3</sup>; Sampedro-Chávez, Ana Sofía<sup>4</sup>.

- <sup>1</sup> Ministerio de Salud Pública en el Centro de Salud Cebollar Alto del distrito 06d04; Ecuador, Ambato; <https://orcid.org/0009-0002-7275-1076>; [joselchavezmehia@gmail.com](mailto:joselchavezmehia@gmail.com)
- <sup>2</sup> Ministerio de Salud Pública en el Centro de Salud Columbe distrito 06d04; Ecuador, Chimborazo; <https://orcid.org/0000-0001-9705-4344>; [jossyaviles21@gmail.com](mailto:jossyaviles21@gmail.com)
- <sup>3</sup> Ministerio de Salud Pública en la Centro de Salud de Guamote distrito 06d04; Ecuador, Chimborazo; <https://orcid.org/0009-0003-0016-4224>; [mychurz@gmail.com](mailto:mychurz@gmail.com)
- <sup>4</sup> Universidad Nacional de Chimborazo; Ecuador, Latacunga; <https://orcid.org/0009-0004-0369-3356>; [ana.sampedro@unach.edu.ec](mailto:ana.sampedro@unach.edu.ec)

<sup>1</sup> Autor Correspondencia

 <https://doi.org/10.63618/omd/isj/v3/n3/101>

**Cita:** Chávez-Mejía, J. L., Avilés-González, J. D., Ramirez-Vilema, D. M., & Sampedro-Chávez, A. S. (2025). Poste de fibra de vidrio en pieza dental reconstruida y tratada endodónticamente: Reporte de Caso. *Innova Science Journal*, 3(3), 555-572. <https://doi.org/10.63618/omd/isj/v3/n3/101>

**Recibido:** 16/05/2025  
**Aceptado:** 15/07/2025  
**Publicado:** 31/07/2025



**Copyright:** © 2025 por los autores. Este artículo es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos y condiciones de la [Licencia Creative Commons, Atribución-NoComercial 4.0 Internacional. \(CC BY-NC\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>)

**Resumen:** Los postes de fibra imitan la flexión natural del diente ante cargas funcionales y parafuncionales, ofreciendo ventajas como estética, fácil remoción y cementado adhesivo, lo que los convierte en una mejor opción frente a los postes metálicos. El éxito en prótesis fijas sobre dientes naturales depende del ajuste marginal, influido por el material utilizado (metal, cerámica, cerómero) y la habilidad del profesional. Este trabajo descriptivo, observacional y experimental, tuvo como objetivo rehabilitar completamente un órgano dental tratado endodónticamente. La pieza fue restaurada con éxito, siguiendo todos los protocolos clínicos establecidos. Se concluye que un diente tratado endodónticamente y no restaurado es propenso a fracturas e infecciones, lo que puede llevar a su pérdida. La preservación máxima de estructura sana, junto con materiales que imiten las propiedades mecánicas del diente natural, es clave para lograr funcionalidad, estética y una mejor calidad de vida para el paciente.

**Palabras clave:** Poste de fibra de vidrio; Rehabilitación oral; Diente Endodonciado; Endodoncia; Corona metal cerámica.

**Abstract:** Fiber posts mimic the natural flexion of the tooth under functional and parafunctional loads, offering advantages such as esthetics, easy removal and adhesive cementation, which makes them a better option than metal posts. The success of fixed prostheses on natural teeth depends on the marginal adjustment, influenced by the material used (metal, ceramic, ceromer) and the skill of the professional. This descriptive, observational and experimental work aimed to completely rehabilitate an endodontically treated dental organ. The tooth was successfully restored, following all the established clinical protocols. It is concluded that an endodontically treated and unrestored tooth is prone to fracture and infection, which can lead to its loss. Maximum preservation of healthy structure, together with materials that mimic the mechanical properties of the natural tooth, is key to achieve functionality, esthetics and a better quality of life for the patient.

**Keywords:** Fiberglass post; Oral rehabilitation; Endodontically treated tooth; Endodontics; Metal-ceramic crown.

## 1. Introducción

Desde tiempos remotos, la rehabilitación de piezas dentales afectadas en su morfología y estructura ha sido un reto para los profesionales odontólogos. La recuperación de la estética y funcionalidad ha hecho que estos materiales evolucionen para el uso de la rehabilitación oral. En los orígenes, los egipcios usaban materiales como la madera, dientes bovinos y el oro. Con el pasar del tiempo se utilizaron dientes naturales, pero se comenzó a usar y experimentar con otros materiales (Aburaisi, 2022). En 1837 inició una producción masiva de prótesis hechas con porcelana; con esto se erradicó el uso de dientes naturales para estos fines. Aunque con limitaciones, los diferentes materiales han impulsado la incursión de nuevos como el metal-porcelana y el zirconio (Morales y Moreno, 2022; Fernández, 2016).

En la actualidad, la población ha experimentado un aumento en el cuidado de la salud bucal y, según estadísticas, va a seguir mejorando. Por otro lado, los adultos mayores siguen representando una gran demanda en el uso de postes de fibra y la colocación de una corona, enfocándose principalmente en la demanda de reposiciones protésicas con mayor estética (Uctasli et al., 2021). Las prótesis de metal-porcelana actualmente están plenamente aceptadas. En una comparación de las propiedades de la porcelana y de la resina, la primera tiene mayor adaptación, longevidad y resistencia a las cargas funcionales. Con el tiempo, estas cargas masticatorias producen desgaste, el cual se reduce considerablemente con el uso de porcelana (Solimán et al., 2021).

La resistencia del diente endodónticamente tratado ha sido exhaustivamente estudiada, por lo que muchos conceptos están en continua revisión. Los principios generales para la rehabilitación del diente incluyen evaluar la estructura coronaria remanente, longitud de la raíz, configuración del conducto, biocompatibilidad del material, retención del muñón, capacidad de unión, estrés, diseño y diámetro del poste, adaptabilidad del poste, material del poste, fuerzas de torsión, retratamiento, estética y efecto ferrule o férula (anillo de 360° con 2 mm de espesor) (Sarkis Onofre et al., 2020).

## 2. Materiales y Métodos

El presente estudio corresponde a un reporte de caso clínico en el que se realizó una restauración de un diente anterior fracturado. El paciente no reporta antecedentes médicos personales ni familiares relevantes. Los signos vitales se encontraron dentro de los parámetros fisiológicos normales.

Durante el examen estomatognático no se identificaron alteraciones funcionales o patológicas visibles. El examen odontológico evidenció una destrucción coronal superior al 50% en el órgano dental 4.3, con presencia de caries dental activa. Asimismo, se observaron ausencias dentales múltiples en la arcada superior, compatibles con edentulismo total en los cuadrantes I y II. Se identificó desgaste incisal en varios dientes anteriores inferiores y una lesión cariosa activa en la pieza 3.4. El paciente utiliza una prótesis total removible en la arcada maxilar.

Se solicitó una radiografía panorámica y periapical. La radiografía confirmó las ausencias mencionadas, así como una obturación endodóntica en la pieza 4.3. El diagnóstico definitivo fue:

- Caries de dentina en órgano dental 4.3 (K021)

- Endodoncia unirradicular en pieza 4.3
- Fractura coronal sin exposición pulpar en 4.3 (S032)

Clasificación ASA: Tipo I.

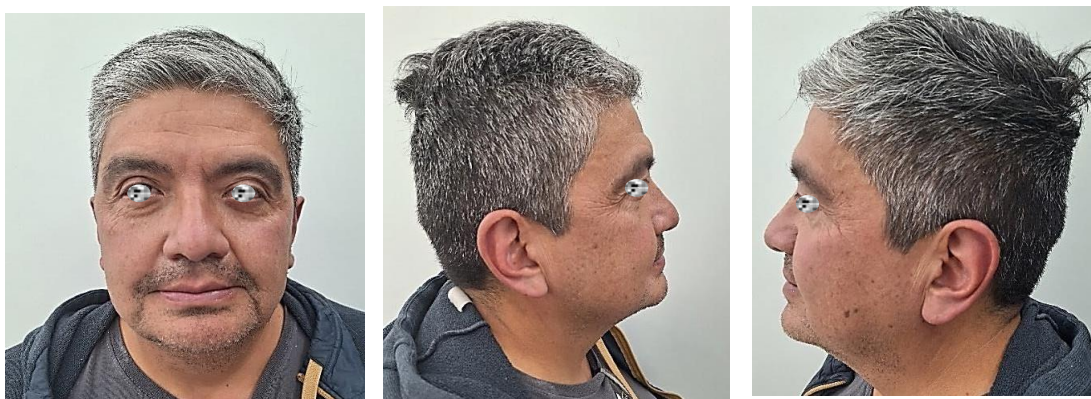
**2.1. Plan Diagnóstico, Terapéutico y Educativo**

**2.1.1. Diagnóstico Extraoral e Intraoral**

El paciente presenta una estructura facial mesocefálica, rostro cuadrado largo y arcada dentaria en forma de "U". A nivel intraoral se observa prótesis total superior, desgaste incisal por atrición en piezas 3.1, 3.2, 3.3, 4.1, y 4.2; caries activa en 3.4 y endodoncia previa en 4.3. No se evidencia movilidad dental ni signos periodontales avanzados.

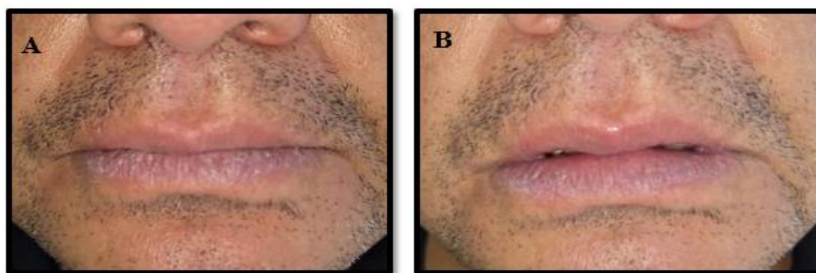
**Figura 1.**

*Extraorales: (A) Frontal, (B) Perfil derecho, (C) Perfil izquierdo.*



**Figura 2.**

*Extraorales: (A) En reposo, (B) En máxima*



**Figura 3.**

*Intraorales: (A) Oclusión, (B) Oclusión derecha, (C) Oclusión izquierda*





## 2.2. Protocolo de Tratamiento

- **Profilaxis general** con ultrasonido y pasta profiláctica.
- **Montaje en articulador** Se tomaron impresiones de diagnóstico con alginato (arcada inferior) y se montaron en articulador con yeso tipo París para análisis oclusal.

Figura 4.

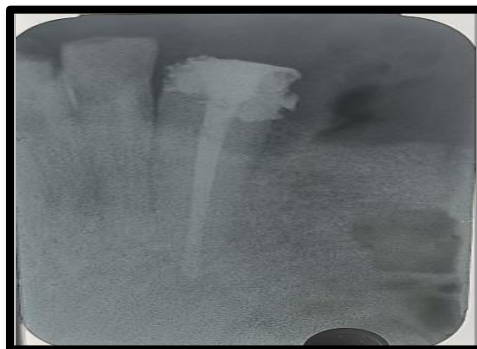
### *Montaje en articulador*



- **Radiografía periapical** de la pieza 4.3 para determinar longitud de obturación previa (22 mm).

Figura 5.

### *Radiografía apical órgano dental # 4.6*



- **Aislamiento absoluto** con dique de goma (Sanctuary TM Latex Dental Dam) y grapa #8A.

- **Eliminación de caries** con fresa de diamante redonda.
- **Desobturación** del conducto radicular usando fresas Peeso #1 y #2, seguido de fresas específicas (Fiber Post AAA). Se irrigó con hipoclorito de sodio al 5.25%.

**Figura 6.**

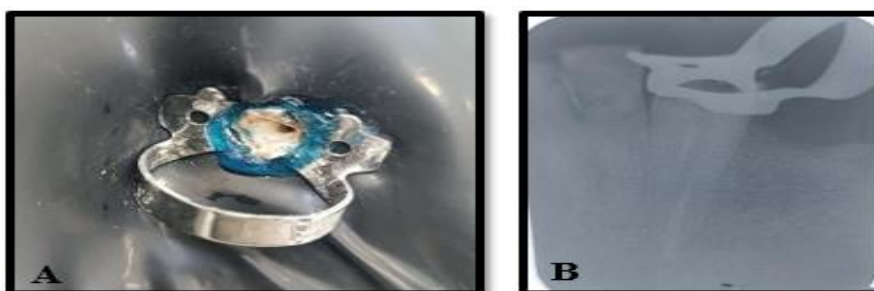
**Desobturación con fresa Peeso n°1**



*Nota:* Peso n°1 a una longitud de trabajo de 18mm, teniendo como referencia el reborde mesial de la pieza.

**Figura 7.**

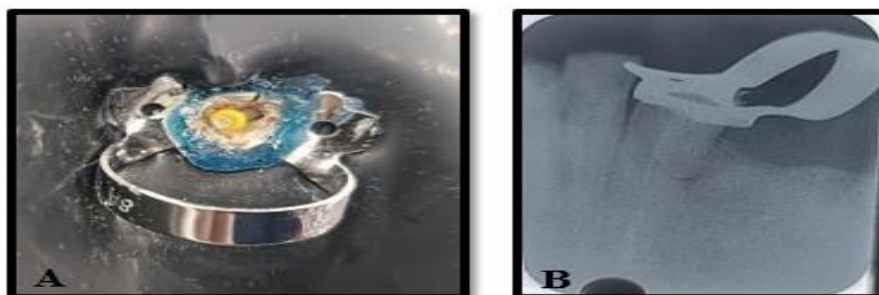
**Desobturación final: (A) Conducto desobturado, (B) Rx Periapical de control #4.3**



*Nota:* Se inicia con la secuencia de las fresas propias de la marca a utilizar (FIBER POST AAA), las cuales, también tienen un diámetro en la zona más apical, se utilizó la fresa n°1 (0.8mm). Realizamos la toma radiográfica periapical de la pieza #4.3.

**Figura 8.**

**(A) Poste de fibra en el interior del conducto, (B) Rx Periapical de control #4.3**



*Nota:* Se elimina restos de gutapercha, con irrigación salina (Hipoclorito de sodio al 5,25% en 250ml), se inserta el poste n°1 (FIBER POST AAA), que se va utilizar dentro del conducto para

corroborar los 18mm de longitud de trabajo, se realiza la toma radiográfica periapical de la pieza dental para asegurarnos la longitud de trabajo.

### 2.3. Cementación del poste de fibra de vidrio

- **Acondicionamiento ácido** del conducto con ácido ortofosfórico al 37%.

Figura 9.

#### *Acondicionamiento ácido*

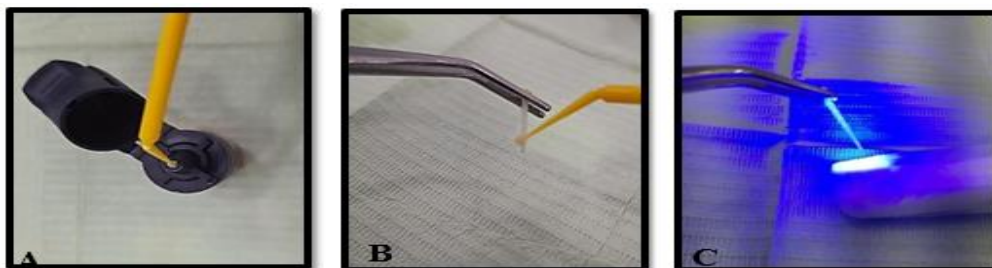


*Nota:* Se realiza el lavado por el doble de tiempo (30s), para la eliminación completa del Smear layer o barrillo dentinario dentro del conducto, seguido se coloca conos de papel estéril dentro del conducto para secar por completo y no dejar restos de agua que pueda restar la adhesión.

- **Aplicación de adhesivo** (Dentsply Sirona PrimeyBond 2.1) y fotopolimerización.

Figura 10.

#### *(A) Empapado de Adhesivo en micro-brush, (B) Aplicación, (C) Fotocurado*

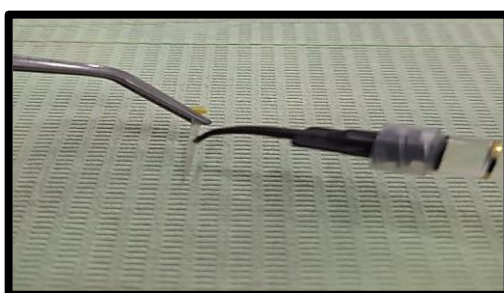


*Nota:* En el poste se aplica una capa de Adhesivo convencional (Dentsply Sirona PrimeyBond 2.1) y se realiza la fotopolimerización.

- **Silanización** del poste con Ultradent R (60 s) y posterior aplicación de adhesivo.

Figura 11.

#### *Silanización*

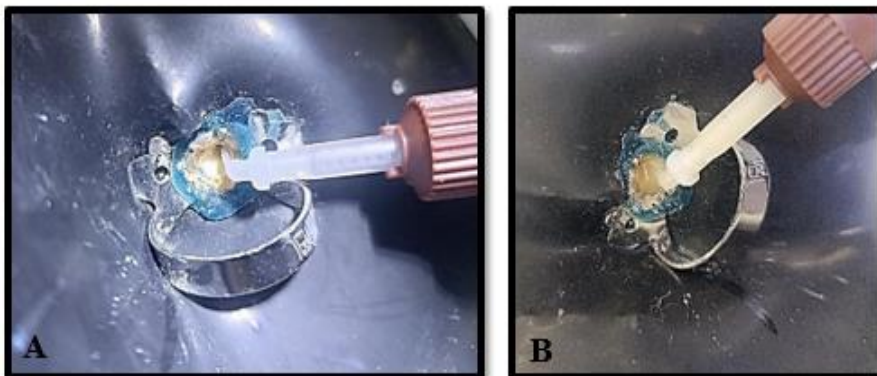


*Nota:* Se aplica el silano (Ultradent R) en el poste de fibra de vidrio durante 60s, para mejorar la adhesión del cemento al poste, dejar secar el doble de tiempo (120s).

- **Cementación dual con ALLCEM CORE.**

**Figura 12.**

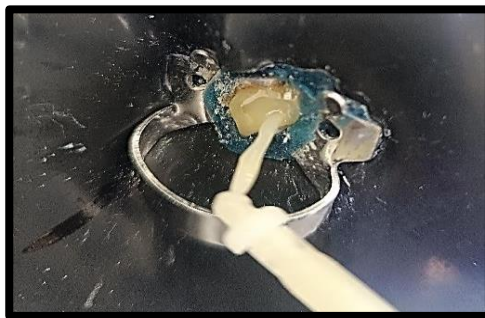
**(A) Introducción punta dispensadora de cemento, (B) Llenado del cemento en el interior del conducto**



*Nota:* Se coloca cemento dual (ALLCEM CORE) con punta dispensadoras predeterminadas dentro del conducto lo más apical, hasta llenarlo por completo.

**Figura 13.**

**Colocación del poste y conformación de muñón**



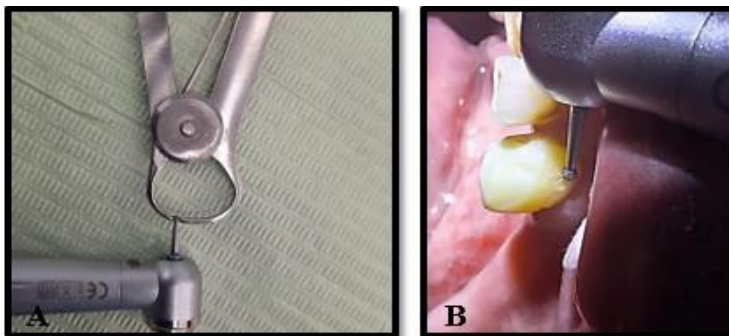
*Nota:* Seguido se coloca cemento (ALLCEM CORE) en el poste y se introduce a la longitud de trabajo, con los excesos de cemento damos la forma del muñón y fotopolimerizamos durante 40s.

#### 2.4. Confección y tallado del muñón

- **Tallado del muñón con fresas troncocónicas de extremo redondo y calibrador.**

**Figura 14.**

**Calibrador de fresas, (B) Tallado surco guía gingival.**

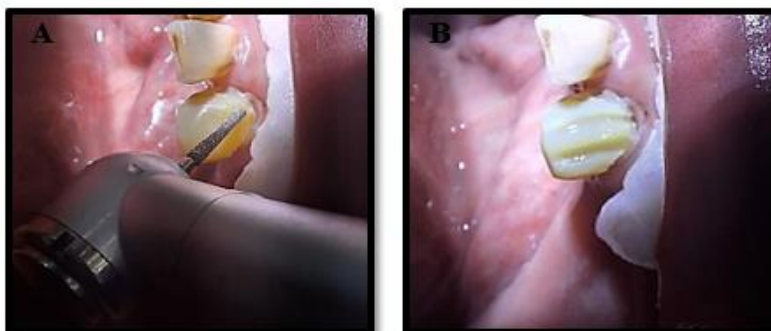


*Nota:* Una vez confeccionado el muñón se realiza el tallado, iniciando con una fresa redonda de diámetro 2mm la misma que se verifica con calibrador de fresas, realizando un surco guía a nivel cervical de la pieza dental #4.3 por vestibular y lingual.

- **Reducción incisal y conformación con bisel incisal.**

**Figura 15.**

**(A) Fresa de diamante troncocónica de extremo redondo, (B) Tallado surcos guías cara vestibular**



*Nota:* Se toma la fresa tronco-cónica de punta redonda la misma que donde se realiza surcos guías a un diámetro 1,2mm. Estos surcos se realizan siguiendo la inclinación del diente natural.

**Figura 16.**

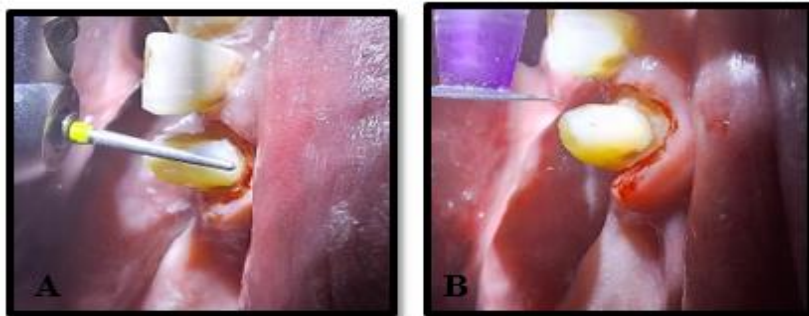
**Tallado vestibular**



- **Pulido con discos Soflex y fresas de grano fino.**

Figura 17.

(A) Fresa de diamante troncocónica de extremo redondo (Grano Fino), (B) Pulido y regularización de bordes



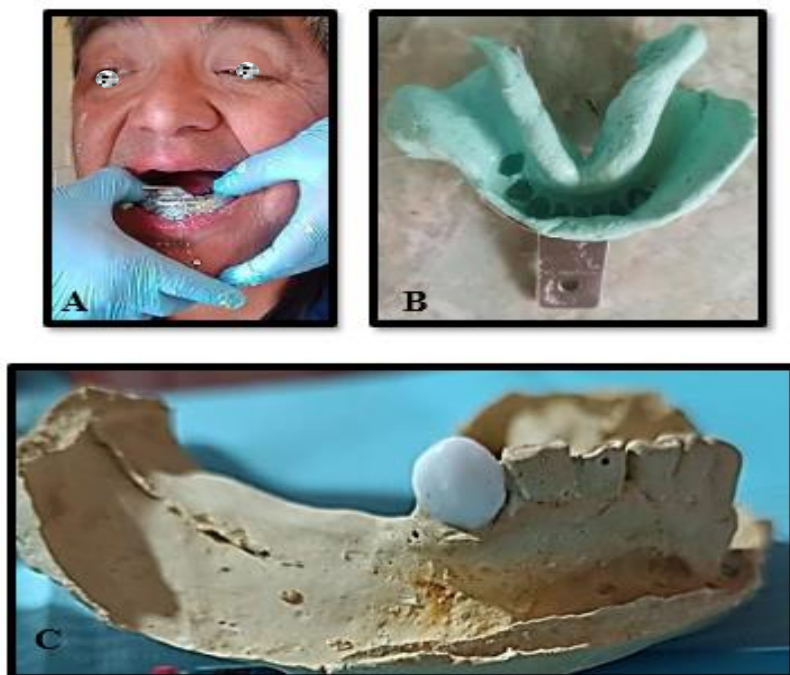
Nota: Con la fresa diamantada en forma de flama se realiza la reducción de 1,2mm por la cara lingual sin extenderse al cíngulo.

## 2.5. Restauración Provisional y Definición

- Se tomó impresión con alginato de la arcada inferior, se realizó encerado diagnóstico.

Figura 18.

(A) Impresión con alginato, (B) Impresión, (C) Vaciado y encerado



Nota: Se realiza la toma de impresión con alginato de la arcada inferior(mandíbula) posterior a esto se realiza el vaciado y procedemos al encerado de la pieza #4.3.

- Se elaboró una corona provisional en acrílico autopolimerizable mediante llave de silicona.

Figura 19.

Llave de silicona



*Nota:* Con el acrílico autopolimerizable (polvo-liquido) se coloca en la llave de silicona la cantidad suficiente, llevamos a boca del paciente y eliminamos excesos.

- Cementación provisional con Dycal.

Figura 20.

*Provisional en boca*

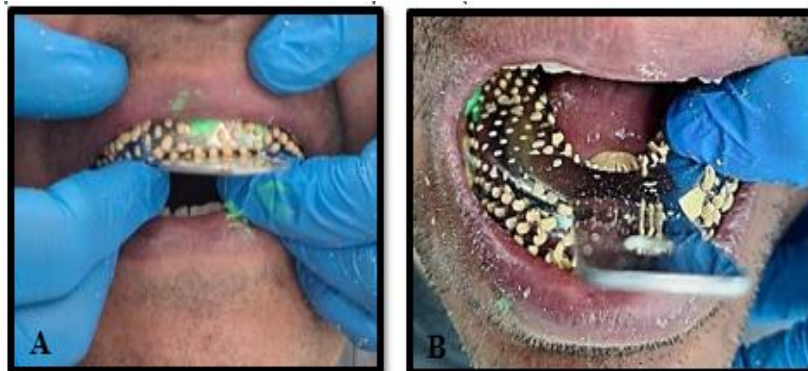


*Nota:* Se tallan puntos de contacto altos, donde se pule y se cementa con un material provisional (Dycal).

## 2.6. Impresiones Definitivas

- Se realizó impresión definitiva con silicona de adición pesada y liviana (PRESIDENT COLTENE).

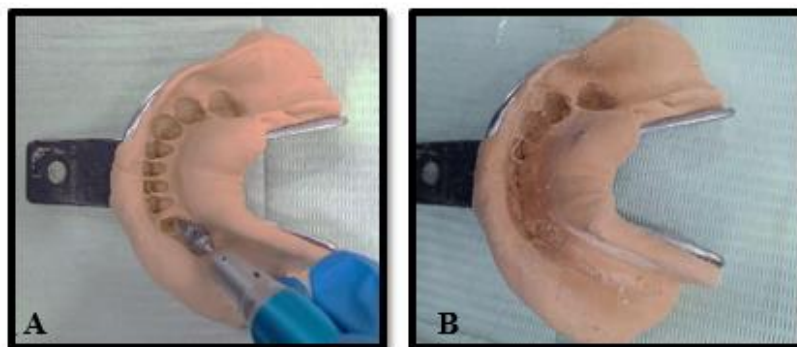
Figura 21.

***Impresión silicona pesada***

*Nota:* Se prueba el tamaño de la cubeta en boca del paciente, y se procede a la toma de impresión con la silicona de adición pesada (PRESIDENT COLTENE BODY).

- Se realizó alivio de impresión con fresa de pimpollo para mejor reproducción marginal.

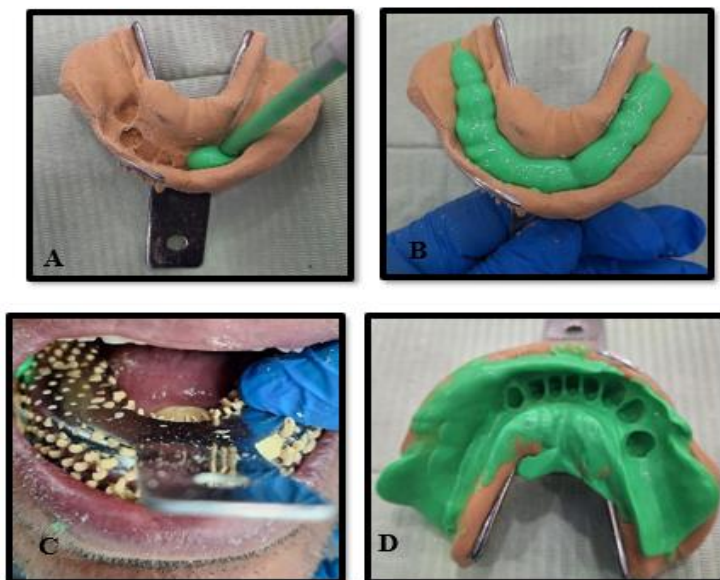
Figura 22.

***(A) Pimpollo en forma de flama para pieza recta, (B) Desgaste en impresión***

*Nota:* Se alivia la zona de la impresión con pimpollo en forma de flama para pieza recta, para colocar la silicona liviana (PRESIDENT COLTENE PUTTY), con el objetivo de obtener un mejor copiado en la impresión.

**Figura 23.**

**(A) Punta Dispensadora de silicona liviana, (B) Aplicación de silicona liviana, (C) Toma de impresión final, (D) Impresión final.**



*Nota:* Una vez aliviado la zona de la pieza #4.3, se coloca la silicona con una punta dispensadora en toda el área, sin levantar para no producir ninguna burbuja en el modelo final, tomando la impresión en boca del paciente, con la silicona de adición liviana (PRESIDENT COLTENE PUTTY).

- Montaje en articulador con modelos definitivos en yeso tipo III.

**Figura 24.**

**Montaje Segunda cita**



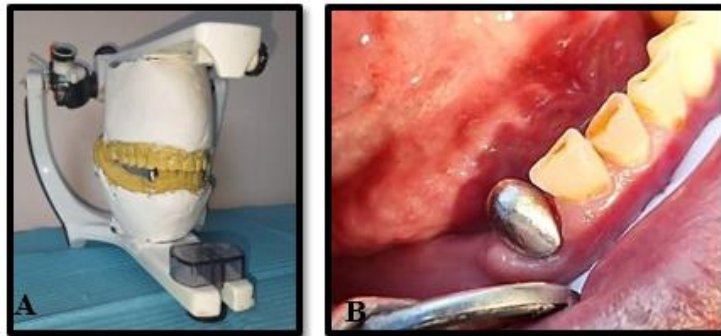
*Nota:* Se realiza el montaje en el articulador con las impresiones definitivas realizadas con silicona de adición y yeso tipo III (piedra).

**2.7. Colocación de Corona Definitiva**

- Prueba de cofia metálica en articulador y en boca.

Figura 25.

(A) Cofia en articulador, (B) Cofia en boca pieza #4.3

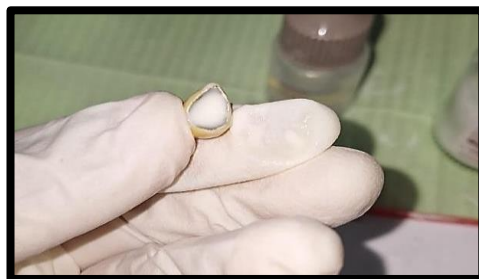


Nota: Se realiza de la prueba de la cofia de metal.

- Selección de color con guía MOJOR SUPER LUX.
- Cementación de corona metal-cerámica con Luting y Lining Cement GC (ionómero de vidrio).

Figura 26.

Cementación



Nota: Para esto se usa cemento de coronas (LUTING y LINING CEMENT-GC) el cual está indicado para la cementación de coronas de metal ya que es un cemento a base de ionómero de vidrio.

Figura 27.

(A) Inserción de la corana en boca, (B) Retiro de excesos y oclusión, (C) Corona cara lingual



*Nota:* Inserción de la corona sobre el muñón en boca del paciente y retiramos excesos de cemento.

- **Ajuste oclusal con papel articular y verificación final.**

**Figura 28.**

**(A) Control de oclusión, (B) Oclusión final**



*Nota:* Se realiza control de la oclusión final con papel articular.

### 2.8. Materiales Utilizados

**Tabla 1.**

***Materiales aplicados en el procedimiento***

Procedimiento	Material / Instrumento
Aislamiento	Dique de goma Sanctuary, grapa 8A
Desobturación	Fresas Peeso #1, #2; Fiber Post AAA
Adhesión	PrimeyBond 2.1, ALLCEM CORE, silano Ultradent R
Impresión	Alginato, Silicona de adición PRESIDENT COLTENE
Restauración provisional	Acrílico autopolimerizable, Dycal
Restauración definitiva	Corona metal-cerámica, cemento Luting y Lining Cement GC

### 3. Resultados

El tratamiento restaurador de la pieza dental #4.3 se llevó a cabo en tres fases clínicas principales. En la primera etapa se realizó la remoción completa del tejido cariado, seguida de la desobturación parcial del conducto radicular hasta una longitud de trabajo de 18 mm, utilizando fresas Peeso y un protocolo de irrigación con hipoclorito de sodio al 5,25%. Posteriormente, se cementó un poste de fibra de vidrio empleando un sistema adhesivo de quinta generación y cemento resinoso dual, obteniendo una adecuada adaptación y estabilidad mecánica.

La reconstrucción del muñón se efectuó con resina compuesta de alta resistencia, permitiendo un tallado anatómico que respetó los parámetros biomecánicos necesarios

para recibir una restauración definitiva. Se tomaron impresiones de precisión con silicona de adición (técnica de doble consistencia) y se elaboró una corona provisional con acrílico autopolimerizable, la cual cumplió con criterios estéticos, funcionales y de protección pulpar.

Durante la segunda fase clínica, se evaluó la adaptación de la cofia metálica en boca, verificando su ajuste marginal mediante exploración directa y control radiográfico. Se realizó la selección del color mediante guía estandarizada, y se mantuvo el provisional hasta la cementación definitiva.

En la fase final, se procedió a la inserción y cementación de la corona metal-cerámica utilizando un cemento de ionómero de vidrio, asegurando una correcta adaptación marginal y estabilidad oclusal. La restauración logró una adecuada integración estética, funcional y estructural. El control oclusal se validó con papel articular, sin registrar interferencias. El paciente no reportó molestias postoperatorias inmediatas, y manifestó satisfacción con los resultados obtenidos.

#### 4. Discusión

La restauración de incisivos tratados endodónticamente con una pérdida significativa de estructura dental plantea un desafío clínico importante. Reitemeier et al. (2013) realizaron un estudio sobre la tasa de supervivencia a largo plazo de coronas metal-cerámica, con un seguimiento de 12 años. Usando la curva de Kaplan-Meier, informaron una tasa de supervivencia del 94,3 % a los 8 años para coronas individuales y del 94,4 % a los 11 años para los retenedores de prótesis fijas, lo que evidencia una excelente longevidad de estas restauraciones (Reitemeier et al., 2013).

Por otro lado, las coronas totalmente cerámicas mostraron una tasa estimada de supervivencia del 95 % a los 4 años, evaluada según parámetros como integridad marginal, caries secundaria, desgaste y presencia de grietas. Aunque el rendimiento a medio plazo fue excelente, las coronas metal-cerámica presentaron una tasa ligeramente superior (Reitemeier et al., 2013).

Entre los problemas más comunes en restauraciones se encuentran las fracturas. La cerámica tiene una resistencia entre 100–300 MPa, mientras que el metal-cerámica alcanza entre 400–600 MPa. Vega et al. (2016) afirmaron que las coronas totalmente cerámicas son más propensas a fracturas en presencia de hábitos funcionales como mordidas cruzadas y sobremordidas profundas, mientras que el metal-cerámica soporta mejor estas cargas. Según Fradeani (2020), las coronas totalmente cerámicas tienden a fracturarse en 1–2 años, en comparación con el metal-cerámica, que suelen desgastarse sin fracturarse.

Respecto a la restauración de dientes endodónticamente tratados, Sarkis-Onofre et al. (2015) encontraron que el 45,6 % de odontólogos encuestados en Nueva Jersey optaba por restaurar dientes anteriores con restauraciones del color dental si no tenían más del 50 % de pérdida, mientras que el 32,5 % prefería coronas en casos con estructura dental afectada en más del 50 %. Terry y Swift (2020) concluyeron que con tres o cuatro paredes remanentes y al menos una cresta marginal intacta, se puede realizar una restauración adhesiva directa.

Para Monticelli (2008) observaron que los postes de fibra presentan fracturas favorables en el tercio cervical de la raíz, mientras que los postes metálicos provocan fracturas radiculares en el tercio medio en el 65 % de los casos.

Varvara et al. (2017) señalaron que los postes de fibra de vidrio pueden desalojarse completamente sin dañar la raíz, mientras que Chuang et al. (2016) observaron que el desalojo es parcial y ocurre en el tercio cervical del poste. Junto a Jung (2015) estudiaron la microfiltración y patrones de fractura en incisivos inferiores restaurados con postes de fibra y metálicos, encontrando fracturas solo en el tercio cervical con fibra. Chang et al. (2015) reportaron que los problemas marginales estaban relacionados con pérdida de retención, no con fractura.

Cuando falta más del 50 % de la estructura coronal, es preferible usar poste y núcleo. Kadim et al. (2021) afirmaron que en estos casos es indispensable un poste metálico. Guldener et al. (2017) reportaron que el 70,2 % de los profesionales usa postes de fibra prefabricados con coronas del color dental, mientras que el 29,8 % opta por postes metálicos.

## 5. Conclusiones

Hasta que un diente tratado endodónticamente recupere su función completa, el tratamiento es incompleto. El diente tratado endodónticamente no restaurado es susceptible a infectarse, fracturarse lo que podría provocar la pérdida del diente, una máxima preservación de estructura dental saludable y uso de materiales de restauración que mantengan las propiedades mecánicas similares a la estructura dental natural favorecen e incrementan el índice de longevidad del complejo de restauración dental. La elección adecuada del método de restauración endodóntica en los dientes anteriores tratados maximiza una terapéutica exitosa.

La cantidad de estructura dentaria restante en conjunto con la posición de los dientes hace que afecte de una manera significativa el éxito en los tratamientos. Cuando a una pieza dental le falta más del 50% de la estructura coronal, es preferible la colocación de un poste de fibra de vidrio. Los postes de fibra y compuestos se consideran los sistemas de postes y núcleos más utilizados clínicamente.

Para restaurar dientes anteriores muy dañados, se recomiendan postes de fibra unidireccionales, cabe señalar que los dientes anteriores reconstruidos con un poste tienen una tasa de fractura tres veces mayor que los dientes posteriores. Esto puede estar justificado por las mayores fuerzas horizontales a las que están sometidos estos dientes como resultado de su ubicación en el arco.

## Referencias Bibliográficas

- Aburaisi, N., y Elbishari, H. (2022). *Effect of palatal metal collar's height on fracture resistance of single metal-ceramic crowns*. International Journal of Dentistry, 2022. <https://doi.org/10.1155/2022/8290538>
- Chang, J., Soo, I., y Cheung, G. (2015). Evaluación de restauraciones post-soportadas

- con fibra bajo carga oclusal simulada. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, 114(3).
- Chuang, S., Yaman, P., Herrero, A., y Dennison, J. (2016). Influencia del material del poste y la longitud en incisivos: estudio in vitro y de elementos finitos. *Prosthetic Dentistry*, 104(6).
- Fernández, S. (2016). *Resistencia a la fractura de coronas de resina reforzada y de coronas cerámica híbrida sobre muñón* (Vol. 1, No. 1). UIC Barcelona.
- Fradeani, M. S. (2020). *Ensayo controlado aleatorio que compara postes de fibra de vidrio y postes de metal fundido*. Elsevier.
- Guldener, K., Lanzrein, C., Siegrist, B., y Lang, N. (2017). Resultados clínicos a largo plazo de dientes tratados endodónticamente restaurados con o sin fibra. *Elsevier*, 43(2).
- Jung, S., Min, K., Chang, S., y Park, S. (2015). Patrones de microfiltración y fractura en dientes restaurados con postes. *Journal of Prosthetic Dentistry*, 9(4).
- Kadim, M., Mahasneh, S., y Faleh, S. (2021). Restauración de dientes obturados de raíz: opiniones y técnicas. *The Open Dentistry Journal*.
- Monticelli, F., Osorio, R., Sadek, F. T., Radovic, I., Toledano, M., y Ferrari, M. (2008). Surface treatments for improving bond strength to prefabricated fiber posts: A literature review. *Operative Dentistry*, 33(3), 346–355. <https://doi.org/10.2341/07-86>
- Morales, H., y Moreno, M. (2022). *Análisis comparativo de corona metal cerámica vs cerámicas* [Trabajo de grado, Odontología]. Universidad Iberoamericana.
- Reitemeier, B., Hänsel, K., Kastner, C., Weber, A., y Walter, M. H. (2013). A prospective 10-year study of metal ceramic single crowns and fixed dental prosthesis retainers in private practice settings. *Journal of Prosthetic Dentistry*, 109(3), 149–155. [https://doi.org/10.1016/S0022-3913\(13\)60034-7](https://doi.org/10.1016/S0022-3913(13)60034-7)
- Sarkis Onofre, H., Amaral Pinheiro, H., Poletto-Neto, V., Dalmolin Bergoli, C., Sérgio Cenci, M., y Pereira Cenci, T. (2020). Ensayo controlado aleatorio que compara postes de fibra de vidrio y postes de metal fundido. *Journal of Dentistry*, 96.
- Sarkis-Onofre, H., Pereira, C., Opdam, N., y Demarco, F. (2015). Preferencia por el uso de postes para restaurar dientes tratados endodónticamente: resultados de encuesta. *Scielo*, 29(1).
- Solimán, A., Alshamrani, A., Yahy, R., y Alajlan, S. (2021). Endocrown monolítico vs. restauraciones híbridas intraradiculares de poste/núcleo/corona para dientes tratados endodónticamente: Estudio transversal. *Revista Saudita de Ciencias Biológicas*.
- Terry, D., y Swift, E. (2020). Post-and-cores: Del pasado al presente. *Modern Dentistry*, 1(12).
- Uctasli, S., Boz, Y., Sungur, S., Vallittu, P., y Garoushi, S. (2021). Influencia del tipo de corona y posnúcleo en la resistencia a la fractura de incisivos sometidos a carga cuasiestática. *MDPI Journals Awarded Impact Factor*, 13.

Varvara, G., Perinetti, G., y Dilorio, D. (2017). Evaluación in vitro de la resistencia a la fractura de incisivos restaurados con diferentes alturas de dentina residual. *Journal of Prosthetic Dentistry*, 9(5).

Vega, I. L., Fraga, S., Rippe, M. P., y Valandro, L. F. (2016). Are posts necessary for the restoration of root filled teeth with limited tissue loss? A structured review. *International Endodontic Journal*, 49(9), 827–835. <https://doi.org/10.1111/iej.12538>

#### CONFLICTO DE INTERESES

“Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses”.