



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

ASPECTOS ESTÉTICOS PREVIO A LA ELABORACIÓN DE  
UNA PRÓTESIS FIJA.

**T E S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**C I R U J A N A D E N T I S T A**

P R E S E N T A:

SARAY MÁRQUEZ ARTEAGA

TUTOR: Esp. JORGE PIMENTEL HERNÁNDEZ



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



*A Dios por darme la oportunidad de realizar uno más de mis sueños, por la salud y por poner en mí camino a cada una de las personas que me han acompañado durante toda la vida.*

*A mi madre por acompañarme durante toda mi vida, por todo el apoyo que me ha dado en cada decisión que he tomado, por ayudarme en mis estudios y sobre todo por confiar en mí.*

*A mis hermanos les agradezco que me hayan acompañado durante toda la vida y especialmente durante la carrera, por su apoyo y compañía por sus regaños y consejos. Gracias a ustedes he logrado ser mejor persona.*

*A Miguel Ángel por tu comprensión, compañía y ayuda durante todos estos años, gracias por ser parte de mi vida.*

*A Sandra Aguilar, Abigail Bolio y Noé Falcón por su amistad, su apoyo compañía y paciencia en los momentos más difíciles y felices de esta carrera.*

*A mis maestros por enseñarme todo lo que se dé la carrera, por saberme guiar y por hacerme ver mis errores y sobre todo por enseñarme a resolverlos.*

*A la C. D. Alejandra Lira y Mtra. Adriana Soria; por darme su confianza y apoyo durante todos estos años, por enseñarme a no rendirme y a seguir aprendiendo fuera de la escuela.*

*A mi asesor Esp. Jorge Pimentel, por guiarme en este último paso de la carrera, por su paciencia y su tiempo.*

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	5
<b>OBJETIVO</b> .....	6
<b>CAPÍTULO 1. ANÁLISIS EXTRAORAL</b> .....	7
1.1. Análisis frontal.....	7
1.1.1. Línea bipupilar y línea comisural.....	7
1.1.2. Línea media facial.....	8
1.2. Tercios faciales .....	9
1.3. Divergencia facial.....	10
1.4. Relación de tejidos blandos .....	12
1.4.1. Línea E .....	13
1.4.2. Ángulo nasolabial.....	13
1.4.3. Labios .....	14
1.4.4. Filtrum labial .....	15
<b>CAPÍTULO 2. ANÁLISIS INTRAORAL</b> .....	17
2.1. Puntos de referencia .....	17
2.1.1. Líneas de referencia horizontales .....	17
2.1.2. Línea incisal.....	18
2.1.3. Líneas labiales.....	19
2.2. Líneas de referencia verticales .....	20
2.3. Exposición del diente en reposo .....	22
2.4. Borde incisivo.....	22
2.5. Curva incisiva.....	23
2.6. Perfil incisivo .....	24
2.7. Línea de la sonrisa.....	25
2.8. Anchura de la sonrisa .....	27
2.9. Referencias fonéticas.....	29
2.9.1. Sonido m.....	29

2.9.2. Sonido f o v.....	29
2.9.3. Sonido s.....	30
<b>CAPÍTULO 3. CRITERIOS ESTÉTICOS FUNDAMENTALES .....</b>	<b>31</b>
3.1. Salud gingival.....	31
3.2. Troneras gingivales o llenado gingival .....	32
3.3. Ejes dentales.....	33
3.4. Cénit del contorno gingival.....	34
3.5. Equilibrio entre los márgenes gingivales.....	35
3.6. Nivel de contacto interdental.....	36
3.7. Dimensiones relativas del diente.....	36
3.8. Rasgos básicos de la forma de los dientes.....	37
3.9. Caracterización de los dientes .....	40
3.10. Textura superficial.....	40
3.11. Color .....	41
3.12. Configuración del borde incisal .....	43
3.13. Línea del labio inferior.....	44
3.14. Simetría de la sonrisa .....	45
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>47</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>48</b>



## INTRODUCCIÓN

En la actualidad una de las causas principales que motiva a los pacientes a recurrir a un tratamiento odontológico es la estética dental, para lograr una rehabilitación armoniosa, funcional y estética, debemos de tener conocimiento de los aspectos a valorar en cada uno de los pacientes, para ello realizaremos un análisis completo de diversos factores, por ejemplo sexo, edad, detalles faciales, dentales, estudio de tejidos blandos, para lograr un plan de tratamiento que cumpla con las características que requiere el paciente.

Una vez hecho el análisis el odontólogo dará un diagnóstico y plan de tratamiento, donde podrá intervenir otras disciplinas como periodoncia u ortodoncia dependiendo de las necesidades y condiciones del paciente; tomando en cuenta sector a rehabilitar anterior o posterior, superior o inferior, número de dientes a restaurar y cada uno de los detalles a cuidar modificar o corregir para obtener un éxito en dicha rehabilitación.

La comunicación entre el paciente, odontólogo y técnico dental, será en gran parte el éxito de la rehabilitación, ya que de ello dependerá el tiempo en que se realice el tratamiento, obtener los resultados de color, textura y forma que se le piden al técnico dental, requeridos por el odontólogo que más favorezcan al paciente.



## ASPECTOS ESTÉTICOS PREVIO A LA ELABORACIÓN DE UNA PRÓTESIS FIJA

---



### OBJETIVO

Describir los aspectos estéticos previo a la elaboración de una prótesis bucal, mismos que se utilizan en prótesis fija, removible, prostodoncia y en general en cualquier tipo de rehabilitación.

## CAPÍTULO 1. ANÁLISIS EXTRAORAL

### 1.1 Análisis frontal

Describir a un paciente desde la vista frontal, se hace una evaluación general de la simetría del paciente. La estética facial agradable y atractiva se ha relacionada con ciertas proporciones y simetrías. <sup>(1)</sup>

#### 1.1.1 Línea bipupilar y línea comisural

La línea interpupilar está determinada por una línea recta que pasa a través del centro de los ojos (pupilas) y representa, si es paralela al horizonte, la referencia más idónea para llevar a cabo un análisis facial correcto. En general, las líneas siguientes son también paralelas a ella: ophriac o interorbital (por las cejas) intercomusural (por la comisura de los labios) e interalar (por la base de las alas de la nariz) esto crea una armonía total. Estas son a menudo las referencias usadas para orientar el plano incisal, el plano oclusal y el contorno gingival. (Fig. 1)

Para la evaluación estética debemos de estar frente al paciente, este debe de mantener la cabeza en una postura natural. <sup>(2)</sup>

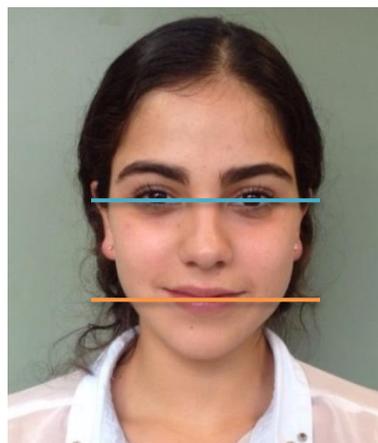


Fig. 1 Línea bipupilar paralela a línea comisural. <sup>F.D.</sup>



### 1.1.2 Línea media facial

La línea media se dibuja trazando una línea vertical hipotética a través de la glabella, la nariz, el filtrum y la extremidad de la barbilla. La línea media es, en general, perpendicular a la línea interpupilar, formando como una T. (Fig. 2)

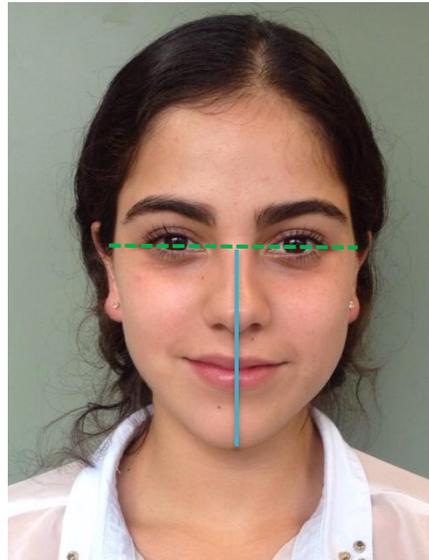
La simetría facial es definida por la línea media facial, la línea media corre a través del centro de la cara y el filtrum del labio (el arco de Cupido), dividiéndolo en dos partes, derecha e izquierda. Mientras más simétricos e idénticos los labios, se vuelven más cercanos a la duplicación bilateral o imágenes especulares, la cara se vuelve más armoniosa y hermosa (simetría horizontal). Esto es lo opuesto a la línea media dental, la cual busca la belleza a través de la diversidad (simetría radiante).

La línea media a diferencia de la línea paralela horizontal es: de separación

Cuando más centradas y perpendiculares son estas dos líneas, mayor es la sensación de armonía total sobre la cara media facial del paciente.

Según lo indicado ya, la glabella, la extremidad de la nariz y la barbilla son los puntos de referencia para definir la línea media en la mitad inferior de la cara. Sin embargo, estos no proporcionan una referencia ideal para determinar la línea.

Una sensación general de alineación es, por supuesto, deseable. Sin embargo, la presencia de irregularidades leves no compromete el resultado estético final, pero puede incluso proporcionar un aspecto naturalmente agradable a las características en su totalidad. <sup>(2) (3) (4)</sup>



*Fig. 2 La línea media, perpendicular a la línea interpupilar formando una T. F.D.*

## 1.2 Tercios faciales

Para marcar los tercios de la cara nos basaremos en 4 líneas de referencia horizontales paralelas al plano infraorbitario por lo tanto paralelo al piso.

Línea horizontal que pasa por la raíz del cabello (punto Trichion) una que pase por la línea supraciliar (punto Glabella), otra que pase por la línea subnasal (punto subnasal), y una última mentoniana que pase por el punto (mentón) dividiendo así la cara en 3 tercios: superior, medio e inferior.

A su vez el tercio inferior está dividido en dos

Labio superior se considera desde el punto subnasal hasta el punto más inferior del labio superior, cuando está en reposo. (estomion )

Labio inferior se considera desde el punto más superior del labio inferior en reposo (estomion) hasta el punto (mentón).

Los cambios en el tercio bajo de la cara provocan:

Incremento de la altura del tercio bajo.

Exceso maxilar vertical.

Maloclusión clase II

Disminución de la altura de tercio bajo

Deficiencias maxilares verticales

Mordida mandibular retrusiva. <sup>(2)</sup> <sup>(4)</sup> (Fig., 3)

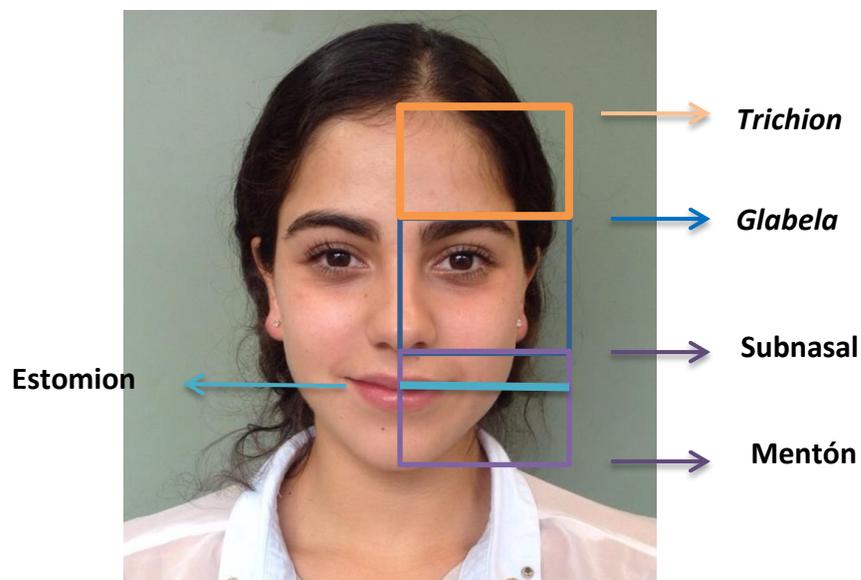


Fig. 3 Tercios faciales. <sup>F.D.</sup>

### 1.3 Divergencia facial

*Perfil.* La apropiada evaluación clínica de la vista lateral es un factor determinante en la exitosa finalización del reconocimiento estético del



paciente. La postura natural de la cabeza se comprueba usando el plano de Frankfort como referencia.

El plano de Frankfort representa, por definición, el plano horizontal, incluso si durante la observación clínica es paralelo al horizonte solamente cuando el paciente se inclina la cabeza levemente hacia delante. En cambio cuando la cabeza del paciente se mantiene erguida con la mirada fija en el horizonte, el plano de Frankfort se eleva hacia arriba en la parte frontal, formando un ángulo de cerca de 8 grados con el plano horizontal arbitrario que comúnmente hace referencia al plano estético.

El tipo de perfil se evalúa midiendo el ángulo formado por tres puntos de referencia de la cara: la glabella, el subnasal y el extremo del mentón o barbilla (tejido suave y fino: pogonion).<sup>(2)</sup>

*Perfil normal:* Las líneas que unen estos tres elementos forman normalmente un ángulo aproximadamente de 165 a 175 grados.

*Perfil convexo:* En un paciente con perfil convexo el valor del ángulo formado uniendo los tres puntos de referencia se reduce sustancialmente, creando una divergencia posterior marcada. La convexidad del perfil está, generalmente, correlacionada a una relativa retroposición del tejido fino pogonion. (Maxilar adelantado en relación con la barbilla).<sup>(2) (4)</sup>

*Perfil cóncavo:* En pacientes con perfil cóncavo el valor del ángulo formado uniendo los tres puntos de referencia es mayor de 180 grados, creando una divergencia anterior. La concavidad del perfil está, en general, correlacionada a una alternativa anteroposición del pogonion. (Maxilar retrasado en relación con la barbilla).<sup>(1) (2) (4)</sup>

La convexidad o la concavidad excesiva indican normalmente la presencia de una clase esquelética II o III respectivamente. Sin embargo, la convexidad y la concavidad del perfil no muestran necesariamente que parte ósea es retrusiva o saliente, el maxilar o la mandíbula. Por otro lado cierto grado de divergencia, tanto posterior como anterior, parece ser compatible con la proporción facial correcta, la buena oclusión y un aspecto estético muy agradable. <sup>(2)</sup>

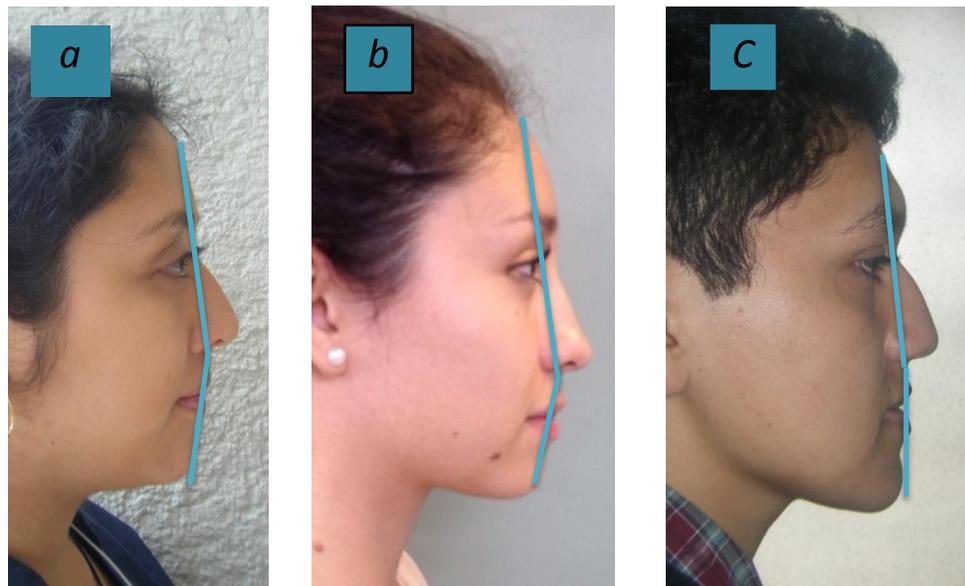


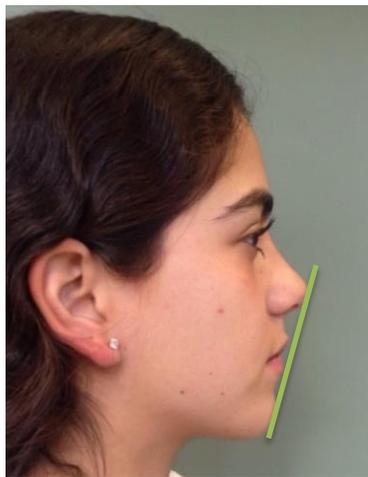
Fig.4 Tipos de perfiles a) perfil recto, b) perfil convexo, C) perfil cóncavo. <sup>F.D.</sup>

#### 1.4 Relación de tejidos blandos

Los tejidos blandos complementaran la evaluación estética para establecer un plan de tratamiento adecuado para cada paciente.

#### 1.4.1 Línea E

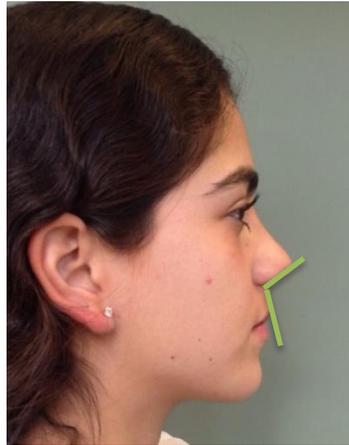
Un elemento útil es la determinación del tipo de perfil, es una evaluación de la posición de los labios con referencia a una línea ideal que une la punta de la nariz con la punta de la barbilla o mentón, conocida como línea según Ricketts (Fig. 5), en un perfil normal el labio superior se sitúa a 4 mm de la línea E, mientras que el labio inferior se sitúa a 2 mm. <sup>(2) (4)</sup>



*Fig. 5 La línea E une la punta de la nariz con la punta de la barbilla o mentón. <sup>F.D.</sup>*

#### 1.4.2 Ángulo nasolabial

El ángulo nasolabial está formado por la intersección de dos líneas en el área subnasal, una es la tangente al borde externo del labio superior. El tamaño de este ángulo está obviamente afectado por la inclinación de la base de la nariz y la posición del labio superior, en sujetos con perfiles normales, el ángulo nasolabial es aproximadamente de 90 a 95 grados en hombres y 100 a 105 grados en mujeres. <sup>(2) (4)</sup> (Fig. 6)



*Fig. 6 Ángulo nasolabial. <sup>F.D.</sup>*

### 1.4.3 Labios

Los labios superior e inferior se encuentran lateralmente formando las comisuras labiales. El contorno de los labios identifica los límites dentro de los cuales se debe ultimar la rehabilitación protésica y ayuda a establecer la posición dental correcta.

En base a la forma y tamaño, los labios se pueden clasificar como delgados, medios o gruesos (Fig. 7). El promedio de la longitud del labio en reposo medido desde subnasal hasta la porción más inferior del labio superior en la línea media es cerca de 23 mm en hombre y 20 mm en mujeres, la altura del labio superior, en general, debe de ser la mitad de la altura del labio inferior.

(2)

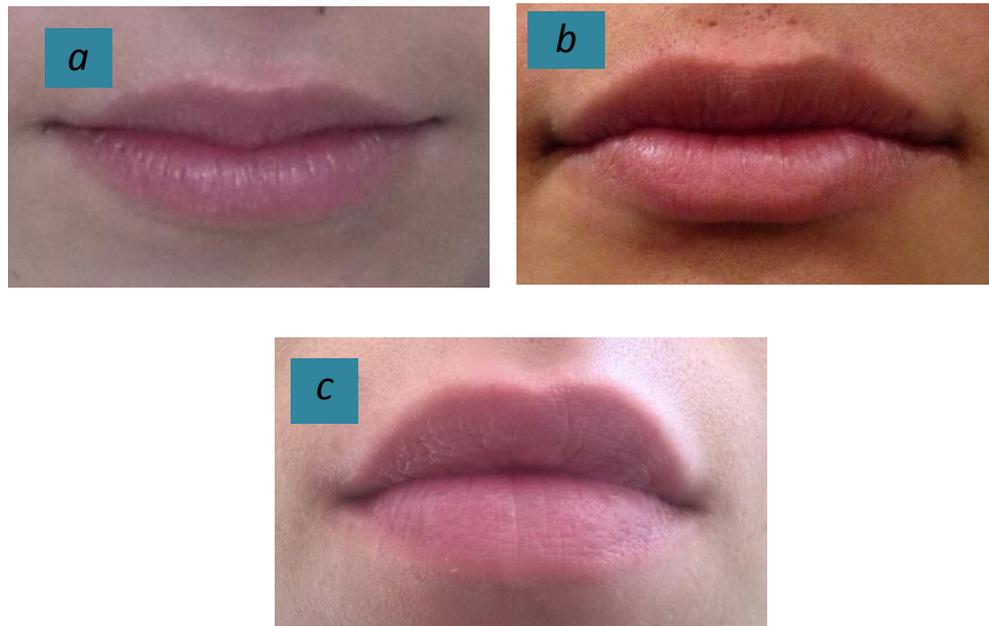


Fig.7 a) Labios delgados, b) labios medianos, c) labios gruesos. <sup>F.D.</sup>

#### 1.4.4 Filtrum labial

La altura del filtrum labial, la cual mide desde la base de la nariz (subnasal) al borde inferior del labio superior (Fig. 8). La medida labial del filtrum es como regla, de 2 a 3 milímetros más corta que la altura de la comisura labial, la cual se mide también desde la nariz.

En sujetos jóvenes es fácil encontrar un filtrum labial mucho más corto que la regla, como resultado del crecimiento vertical diferenciado del labio superior. Esto significa que los incisivos maxilares son mucho más visibles en la gente joven.

El perfil de un paciente varía inevitablemente a través del curso de su vida debido a cambios en los tejidos blandos. <sup>(2)</sup>



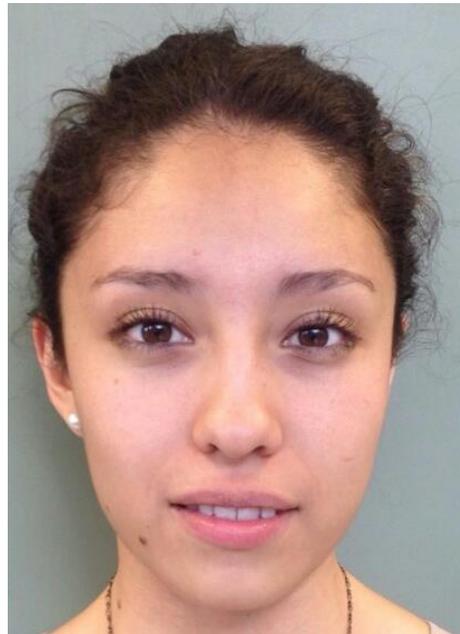
*Fig. 8 Filtrum labial. F.D.*

## CAPÍTULO 2. ANÁLISIS INTRAORAL

### 2.1 Puntos de referencia

Los artistas dibujan dentro de un marco general de dimensiones concretas, cuadrado, rectangular o circular. Esta fórmula se refina después con marcos internos y puntos de referencia imaginarios con el fin de relacionar las partes entre sí y con el marco original. De la misma forma los dientes interactúan y deben de armonizar con tres marcos: la cara, los labios y las encías. <sup>(5)</sup> <sup>(6)</sup>

(Fig. 9)



*Fig.9 Armonía de cara, labios y encías. F.D.*

#### 2.1.1 Líneas de referencia horizontales

El atractivo deriva del sentido general de paralelismo y simetría entre los rasgos faciales estructurales. Ya que el paralelismo es la relación más armoniosa posible entre dos líneas. En una cara estéticamente agradable la

línea interpupilar, la interciliar y la comisural imparten un sentido global de armonía y perspectiva horizontal. <sup>(5)</sup> <sup>(6)</sup>

### 2.1.2 Línea incisal

Desde el punto de vista dentario, la dirección general el plano incisal de los dientes superiores y el contorno del margen gingival deben ser fundamentalmente paralelos a la línea interpupilar mientras que las líneas interciliar y comisural actúan como líneas accesorias. Esta armonía debe reforzarse todavía más haciendo que el plano incisal siga la línea labial inferior durante la sonrisa. (Fig. 10)

La línea interpupilar sirve para evaluar la orientación de: plano incisal, los márgenes gingivales y el maxilar. <sup>(6)</sup> <sup>(7)</sup>



*Fig. 10 El plano incisal sigue la línea labial inferior durante la sonrisa. F.D.*



### 2.1.3 Líneas labiales

La longitud y la curvatura de los labios influyen de forma significativa en el grado de exposición dentaria en reposo y durante la función. Desde el punto de vista cultural una sonrisa llamativa con dientes brillantes es sinónimo de juventud y dinamismo. <sup>(2)</sup>

Cuando los bordes incisales de los caninos y los incisivos centrales se alinean en convexidad el plano incisal es convexo.

Cuando los bordes incisales de los caninos e incisivos centrales están alineados, pero son más largos que los incisivos laterales, el plano incisal presenta una configuración en “ala de gaviota” (Fig.11). Es frecuente encontrar en una misma combinación de estas dos agradables disposiciones.

La juventud se expresa mediante unos incisivos centrales prominentes y bien desarrollados, unas troneras incisales bien definidas y una línea de sonrisa convexa o en “ala de gaviota”.

La edad se relaciona con unas troneras incisales reducidas, una nivelación del efecto de “ala de gaviota” y una línea de sonrisa recta.

Un error frecuente al restaurar sectores anteriores en pacientes jóvenes o de mediana edad es dejar una línea de sonrisa recta.

La exposición de los márgenes gingivales debe evaluarse con distintas posiciones de sonrisa. Cuando se sonríe ligeramente el borde incisal superior puede cubrir la porción cervical de los incisivos superiores sin mostrar las encías o puede exponer hasta 3 mm de tejido gingival.

Una sonrisa puede denominarse gingival cuando exponga más de 3 mm de tejido gingival al sonreír ligeramente.

La línea labial superior sirve para evaluar:

La longitud del incisivo superior expuesta en reposo y durante la sonrisa.

La posición vertical de los márgenes gingivales durante la sonrisa.

La línea labial inferior sirve para evaluar:

La posición vestibulo lingual del borde incisal de los incisivos superiores.

La curvatura del plano incisal. <sup>(6) (7)</sup>

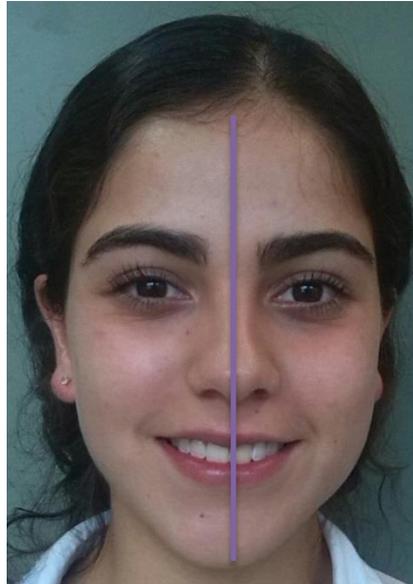


*Fig. 11 Los bordes incisales de los caninos e incisivos centrales están alineados, pero son más largos que los incisivos lateral en configuración en "ala de gaviota". <sup>F.D.</sup>*

## 2.2 Líneas de referencia verticales

La línea media dentaria perpendicular a la línea interpupilar ofrece uno de los contrastes faciales más notables, que sirven para fijar la sonrisa en la cara.

La línea media incisal central superior debe coincidir con la línea media de la cara. (Fig.12). Sin embargo, la observación diaria revela que una falta de coincidencia entre la localización y la dirección de las dos líneas medias no tiene repercusión estética a menos que la línea media dentaria sea manifestada oblicua o esté totalmente desplazada a un lado.



*Fig. 12 La línea media incisal central superior debe coincidir con la línea media de la cara. F.D.*

La línea media vestibular sirve para:

La localización y el eje de la línea media dentaria.

Las discrepancias mediolaterales de la posición dentarias.

Una discrepancia definida entre la línea media incisal central superior y la línea media vestibular indica una anomalía mediolateral de la posición dentaria que normalmente se debe a la ausencia de un diente anterior. (6) (7)

(8)

### 2.3 Exposición del diente en reposo

Cuando los dientes están en una máxima intercuspidad, los labios se tocan ligeramente y el tercio incisal de los incisivos maxilares se cubre por la superficie mojada del labio inferior.

Cuando la mandíbula está en posición de reposo, los dientes no entran en contacto, los labios están levemente separados, y una porción del tercio incisal de los incisivos maxilares esta visible: esto varía de 1 a 5 mm, dependiendo de la altura de los labios, de la edad y del sexo del paciente. (Fig. 13)

Vig y Bruno informaron que, por término medio, los incisivos maxilares, cuando están en reposo, se exponen más en las mujeres que en los hombres (3,40 frente a 1,91mm) y que los pacientes de mediana edad (3,37 mm frente a 1,26).<sup>(2) (3) (7)</sup>



Fig. 13 Observamos porción del tercio incisal de los incisivos maxilares, cuando la mandíbula esta en reposo. <sup>F.D.</sup>

### 2.4 Borde incisivo

La identificación de la posición del borde incisivo tanto en la dirección apicocoronal (curva incisiva) como en la anteroposterior de (del perfil incisivo)

representa un aspecto fundamental del diagnóstico estético. Su correcta localización influye considerablemente en muchas de las elecciones de procedimiento que el clínico y el técnico dental harán para proporcionar una restauración protética apropiada. <sup>(2)</sup>

## 2.5 Curva incisiva

Curva incisiva frente a labio inferior.

*Curva incisiva convexa:* En general, el plano incisivo cuando se observa de frente, tiene una curva convexa que sigue un paralelismo a la concavidad natural del labio inferior mientras se está sonriendo. <sup>(2)</sup> (Fig. 14)



Fig. 14 Curva incisiva convexa sigue un paralelismo a la concavidad natural del labio inferior. <sup>F.D.</sup>

*Curva incisal plana o inversa:* La abrasión de los bordes incisivos a veces puede conducir a una curvatura incisiva plana o incluso inversa produciendo efectos desagradables desde el punto de vista estético <sup>(9)</sup> (Fig.15). Junto con la disminución de la longitud de los dientes, esto conduce a la reducción o en algunos casos incluso a la desaparición de los ángulos interincisales, los cuales contribuyen perceptiblemente al aspecto agradable de la sonrisa. Esta progresión se ve fácilmente en la dentición natural y conduce generalmente a

una discrepancia entre el plano o incisivo y la curvatura del labio inferior, creando un espacio anterior negativo. <sup>(2)</sup> <sup>(10)</sup>



*fig. 15 Curva incisal plana o inversa. F.D.*

## 2. 6 Perfil incisivo

El perfil incisivo es la posición del borde incisal en dirección anteroposterior y, en general, se contiene dentro de la frontera interna del labio inferior (Fig. 16). Esto permite el cierre adecuado de los labios, que pueden unirse sin ninguna interferencia de un incisivo incorrectamente colocado.

Consideraciones protésicas y sus aplicaciones.

Si los dientes están demasiado inclinados hacia adelante, esto puede generar una sensación de excesiva longitud de los mismos y hacer más difícil cerrar los labios. Esta situación puede provocar que el labio superior sea demasiado prominente y puede alterar a veces la morfología real del labio inferior.

La rehabilitación protésica en tal caso debe implicar la modificación del perfil incisivo para permitir que los dientes anteriores permanezcan dentro del borde del bermellón del labio inferior. <sup>(2)</sup>



*Fig. 16 Perfil incisivo es la posición del borde incisal en dirección anteroposterior. F.D.*

## 2.7 Línea de la sonrisa

El primer paso en este análisis es evaluar la exposición de los dientes anteriores mientras se sonríe. En base a la proporción de exposición dental y gingival en el área del sextante anterosuperior. Tjan y cols. Identificaron tres tipos de la sonrisa: (Fig. 17)

Baja. Media y alta.

Línea de la sonrisa alta: que muestra la longitud total de los dientes anterosuperiores así como una zona de encía adherida.

Línea de la sonrisa media: muestra el 75 -100 % de los dientes con sus papilas correspondientes.

Línea de la sonrisa baja: en la que se muestra el 0-50% e incluso el 75% de los dientes anterosuperiores.

En cuanto a la frecuencia de cada tipo de sonrisa (Fig. 17), comprobó que la sonrisa alta se daba en el 10.5% de pacientes (más frecuente en mujeres), la sonrisa media, en el 68% de pacientes (más frecuente en mujeres), y la sonrisa baja, en el 20.4% de pacientes (más frecuente en varones).



Con la edad, se van mostrando cada vez menos los incisivos superiores y cada vez más los incisivos inferiores. (Tabla 1)

<i>Tabla 1</i> Evolución de la cantidad de diente visible con la edad		
Edad	Incisivos superiores (en mm)	Incisivos inferiores (en mm)
Hasta los 29 años	3,37	0,51
30-39 años	1,58	0,80
40-49 años	0,95	1,96
50-59 años	0,46	2,44
Más de 60 años	-0,04	2,95

Una sonrisa agradable se puede definir como aquella que exponga totalmente los dientes maxilares, junto con 1 mm, aproximadamente de tejido gingival, la exposición gingival no excede de 2 a 3 mm se considera sin embargo estéticamente agradable, mientras que una exhibición excesiva (más de 3mm) generalmente es considerada como poco atractiva por la mayoría de los pacientes. <sup>(6) (10) (11)</sup>

El labio superior puede mostrar a veces distintos niveles de exposición entre los lados izquierdo y derecho, donde como resultado una línea irregular.

Al igual que el labio inferior, también el labio superior es una estructura que cambia con el tiempo y no es nada fiable como parámetro de referencia. Los clínicos deben utilizar los mismos criterios adoptados para el labio inferior: el

paralelismo del plano incisivo con la línea de referencia horizontal (línea interpupilar) sin importar la curvatura del labio superior. <sup>(2)</sup>



Fig.17 a) Línea de la sonrisa baja, b) línea de la sonrisa media, c) línea de la sonrisa alta. <sup>F.D.</sup>

## 2.8 Anchura de la sonrisa

El movimiento de los labios al sonreír expone generalmente los dientes anteriores, junto con los premolares y en muchos casos también los primeros molares. (Fig. 18). Tjan y cols. Valoraron cuantos dientes superiores se enseñaban al sonreír. Se comprobó que en el 7% de los pacientes se veían los 6 dientes anteriores, en el 48.6 % se veían hasta el primer premolar de cada lado, en el 40% hasta el segundo molar y finalmente, sólo en el 3.7% se veían los primeros molares.

Junto con la valoración de la cantidad de dientes que se hacen visibles al sonreír, valoraron la cantidad de corredores bucales, esto es la distancia

entre los dientes posteriores maxilares (especialmente en premolares) y el interior de las mejillas. Unos corredores bucales excesivamente anchos (espacios negativos) son antiestéticos.

Conocer el número de dientes que enseña el paciente al sonreír es interesante, ya que orienta acerca de cuantos dientes se deben preparar cuando se plantea un tratamiento restaurador estético de la arcada superior. Además también marca las pautas para la preparación de los pilares, ya que en aquellos dientes cuyos tercios gingivales no sean visibles será posible dejar los márgenes de las preparaciones a nivel yuxtagingival, pues no invade el surco gingival ni el espacio biológico, permite buena estética y mejor visión facilita el tallado y toma de impresiones.

Consideraciones protésicas y sus aplicaciones:

En las áreas posteriores, una preparación dental prudente (en filo de cuchillo o bisel suave) se considera ideal porque permite mantener la estructura del diente. Sin embargo, recordarse que, cuando se utiliza el metal de cerámica, esta opción significa normalmente que un margen de metal estará presente.

Si el paciente expone los márgenes gingivales de las muelas maxilares al sonreír, la exposición del margen de metal será poco atractiva y, en la mayoría de los casos, desagradable para el paciente. <sup>(2)</sup>

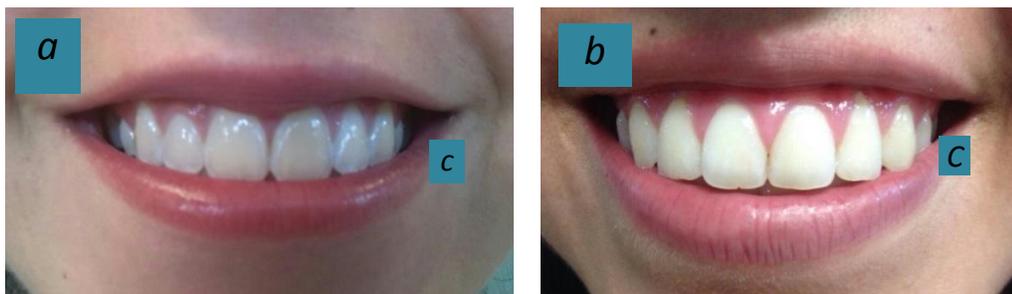


Fig. 18 a) Anchura de la sonrisa de dientes anteriores a premolares, b) anchura de sonrisa de anteriores hasta molares, c) los corredores bucales estrechos. <sup>F.D.</sup>



## 2.9 Referencias fonéticas

Las pruebas fonética son una ayuda eficaz en la preparación del correcto diagnóstico estético y funcional. Pueden dar indicaciones útiles para establecer la apropiada posición y longitud del diente, así como para la determinación de una dimensión vertical conveniente de la oclusión.

Aunque son una ayuda válida en la elaboración de un plan correcto de tratamiento, los resultados de las pruebas fonéticas todavía se deben comparar con los resultados de otros análisis dentofaciales.

### 2.9.1 Sonido m

Dimensión vertical, cuando el paciente está en posición de reposo, existe un espacio entre los arcos, siendo de promedio entre 2 a 4 mm, y este nunca es ocupado totalmente por los dientes (el espacio libre).

Este valor puede variar no solo entre un paciente y los siguientes sino también en un mismo paciente a lo largo del diente. Muchos autores consideran muy provechosos el uso del sonido **m** para identificar esta posición interoclusal, aunque no todos consideran este método lo suficientemente fiable. Sin embargo la abertura vertical encontrada entre los arcos mientras se pronuncia este sonido, puede ayudar al clínico a determinar correctamente la dimensión vertical de la oclusión.

### 2.9.2 Sonido f o v

Longitud de los incisivos y su perfil.

La pronunciación correcta de los sonidos **f** y **v** es producida por el contacto ligero entre los incisivos centrales del maxilar y la frontera del bermellón del labio inferior.



La compresión de aire producida cuando las superficies duras de los rebordes incisales superiores se apoyan contra la superficie blanda del labio inferior, durante la pronunciación de las letras **f** y **v** produce los sonidos apropiados. La pronunciación fluida de estos sonidos significa que los incisivos maxilares son de la longitud correcta, y que su perfil incisivo está adecuadamente.

### 2.9.3 Sonido **s**

La correcta pronunciación del sonido **s** viene determinada por el paso uniforme de un flujo de aire ancho y plano, que está forzado entre las superficies duras de los dientes anteriores maxilares y mandibulares.

Dimensión vertical.

Mientras se pronuncia la letra **s** los dientes del maxilar y de la mandíbula alcanzan su máximo nivel de la continuidad, acercándose mutuamente pero sin entrar nunca en contacto.

El uso de este sonido es el método más práctico para determinar la aceptabilidad clínica de la dimensión vertical.

Consideraciones protésicas y sus aplicaciones.

En la rehabilitación de un paciente, si se encuentra un gran espacio entre las dos arcadas se debe considerar un aumento de la dimensión vertical.

Se detecta la excesiva elevación por la marcada dificultad del paciente para pronunciar el sonido **s** debido a que los dientes invaden completamente el espacio libre cuando ambos arcos entran en contacto.<sup>(2)</sup>



## CAPÍTULO 3. CRITERIOS ESTÉTICOS FUNDAMENTALES

Los criterios fundamentales de la estética son en general la relación que guardan los tejidos blandos y duros, es decir la estética dental y la gingival actúan conjuntamente para lograr obtener una sonrisa equilibrada, cuando una de las dos tengan algún defecto se verá comprometido el éxito esperado. A continuación se mencionan cada uno de los criterios fundamentales de la estética.<sup>(12)</sup>

### 3.1 Salud gingival

Un tejido blando sano debe cumplir los siguientes requisitos:

La encía libre se extenderá desde el margen gingival libre (coronal) al surco gingival (apical), con un color rosado coral y una superficie sin brillo.

La encía adherida se extiende desde el surco gingival (coronal) a la unión mucogingival, con un color rosado coral y una textura firme (queratinizada y unida al hueso alveolar subyacente); en el 30-40% de adultos presentara una apariencia de “piel de naranja.” (Fig. 19)

La unión alveolar apical a la unión mucogingival debe estar suelta (móvil) y de color rojo oscuro.<sup>(12)</sup>

Es importante conservar la salud de la encía esto lo lograremos por una parte cuando el paciente lleve a cabo una correcta higiene bucal, y por parte del odontólogo al tallar el diente para realizar una restauración esto es respetando el espacio biológico además de cuidar la encía al tomar impresiones al momento de hacer la separación gingival a través de métodos mecánicos (mecánico- químico) y quirúrgicos (electro- cirugía y curetaje)

pudiendo con cualquiera de ellos lesionar en mayor o menor grado los tejidos periodontales sino se tienen los cuidados adecuados con cada uno, sin embargo estudios clínicos e histológicos han demostrado que cualquier método de separación gingival puede ser utilizado con resultados favorables de cicatrización siempre que la encía haya estado sana antes del procedimiento, también al delimitar bien un provisional y al dejar perfectamente los márgenes de las restauraciones finales antes de cementarlas.

Debemos de asegurarnos que la textura y color de la encía sean las más idóneas antes de comenzar un tratamiento definitivo ya que de ello dependerá en gran parte el éxito o fracaso de la restauración. Si no presenta los requisitos antes mencionados nos apoyaremos de la periodoncia para mejorar o curar alguna enfermedad periodontal. <sup>(3) (10) (13) (14)</sup>



Fig. 19 Salud gingival. <sup>F.D.</sup>

### 3.2 Troneras gingivales o llenado gingival

En una encía joven y sana los espacios interdentes están ocupados por el festoneado de los tejidos blandos que forman la papila interdental (fig.20). El descuido, incluso transitorio, de la higiene oral y las enfermedades periodontales pueden alterar esta arquitectura gingival (p. ej. Pérdida de las

papilas interdentes) es posible compensar los defectos de la pérdida de inserción y la apertura de los espacios gingivales utilizando procesos restaurativos recudiendo la convexidad de las superficies mesiales para alargar el punto de contacto o bien desplazándolo más hacia apical .<sup>(12)</sup>

Este punto es importante ya que en algunos casos los espacios serán difíciles de corregir por completo con el sellado de la prótesis, también existen cirugías periodontales que reconstruyen las papilas pero no siempre se obtiene el éxito esperado, además de que dependerá de la higiene y cuidado del paciente. Antes de comenzar con el tratamiento se debe de advertir al paciente.<sup>(8) (9) (15), (16)</sup>



*Fig. 20 Los espacios interdentes están ocupados por el festoneado de los tejidos blandos que forman la papila interdental.*<sup>F.D.</sup>

### 3.3 Ejes dentales

Los ejes dentales se inclinan distalmente en dirección incisoapical. Esta inclinación se acentúa de manera evidente desde los incisivos centrales hacia los caninos. (Fig. 21)

La posición y la morfología del diente son interdependientes con el contorno gingival. Son frecuentes las variaciones en el eje dental y en la línea media y no siempre comprometen el resultado estético final.<sup>(12)</sup>

Se tiene que respetar los ejes dentales al momento de tallar un diente, para que el técnico dental pueda elaborar las restauraciones guiando y creando dichos ejes con ello lograremos restauraciones completas más naturales y estéticas. <sup>(13)</sup>



Fig.21 Ejes dentales. <sup>F.D.</sup>

### 3.4 Cenit del contorno gingival

El cenit gingival (es el punto más alto del contorno gingival) normalmente se sitúa distal al eje longitudinal de los centrales y caninos maxilares mientras que en los incisivos laterales maxilares deberían coincidir con su eje longitudinal medial del diente, por ello el cuello del diente tiene el aspecto de un triángulo excéntrico. <sup>(12)</sup> (Fig.22)

Al momento de valorar a un paciente para una rehabilitación del sector anterior debemos de tomar en cuenta, su salud periodontal y sobre todo el tipo de sonrisa, ya que si existen variaciones en la ubicación de cenit y estas no se muestran al momento de sonreír (sonrisa baja) no será necesario contornear con cirugía periodontal, por el contrario si tiene sonrisa gingival será necesaria una cirugía previa para mejorar dichos contornos y así tener mejor éxito estético. <sup>(17)</sup>



Fig. 22 El cenit gingival (punto más alto del contorno gingival). <sup>F.D.</sup>

### 3.5 Equilibrio entre los márgenes gingivales

Clase 1: El margen gingival de los incisivos laterales debe situarse un poco más coronal comparado con la situación del margen de los incisivos centrales y los caninos. (Fig.23)



Fig. 23 Márgenes gingivales clase 1. <sup>F.D.</sup>

Clase 2: El margen gingival de los incisivos laterales se sitúa apical con respecto al de los incisivos centrales y caninos. Para mejorar este aspecto los incisivos laterales deben de tener el borde incisal más corto respecto a los incisivos centrales y caninos. <sup>(12)</sup> (Fig.24)



Fig.24 Márgenes gingivales clase 2. <sup>F.D.</sup>

Cuando se presentan alteraciones más severas, en donde no se pueda corregir con pequeñas modificaciones tendremos que retocar los contornos gingivales con cirugía plástica periodontal, para mejorar el resultado final. <sup>(8)</sup>  
<sup>(18)</sup>

### 3.6 Nivel de contacto interdental

La posición del punto de contacto interdental está relacionada con la posición y la morfología del diente. Es más coronal (incisal) entre los incisivos centrales, y tiende a migrar apicalmente (hacia cervical) cuando nos movemos hacia la dentición posterior. <sup>(12)</sup> (Fig.25)

Este punto nos sirve para orientar donde colocar el punto de contacto cuando son restauraciones únicas o múltiples ya que esto nos dará una mejor visión y estética a las restauraciones, además de facilitar la limpieza una vez cementadas. <sup>(9)</sup>



Fig. 25 Niveles de contacto interdental desde anterior hasta posterior. <sup>F.D.</sup>

### 3.7 Dimensiones relativas del diente

Se han intentado obtener la dimensión adecuada de los dientes anteriores, durante mucho tiempo se han propuesto medidas matemáticas como “la proporción aurea” y “porcentaje dorado”.

Las anchuras aparentes de los dientes anterosuperiores al sonreír y su anchura mesiodistal real son diferentes debido a la curvatura de la arcada dental. En concreto, sólo puede verse parte de la corona de un canino en una vista frontal. Para un mejor aspecto, la anchura aparente del incisivo lateral (como se percibiría en un examen frontal directo) debería ser 60%



menor que el ancho del incisivo central, mientras que la mitad mesial de la cara vestibular del canino correspondía a un 60% de la anchura del incisivo lateral. Esto significa que, visto de frente, el canino no debe mostrar la mitad distal de la cara vestibular, o sea debe presentar una ligera rotación distal. Si tomáramos valores relativos y el ancho mesiodistal del incisivo lateral fuera 1, el del incisivo central sería 1.618 y el de la cara mesial del canino 0.618.

Como declaraba Lombardi así como la armonía es el principal requisito de una buena composición, la dominancia es el primer requisito para proporcionar armonía, la boca constituye el rasgo dominante de la cara en virtud de su tamaño, de la misma manera el incisivo central es el diente dominante de la sonrisa. <sup>(1) (19) (20)</sup>

### 3.8 Rasgos básicos de la forma de los dientes

**Incisivos centrales:** los incisivos centrales y laterales superiores son anatómicamente y funcionalmente parecidos, se usan para desgarrar y cortar. Los incisivos se caracterizan por lo siguiente:

El borde mesial de la corona en los incisivos superiores puede ser recto o ligeramente convexo, con el ángulo mesioincisal más redondeado en los incisivos laterales.

El borde distal de la corona es más convexo comparado con el borde mesial. Su curvatura e inclinación pueden variar mucho según la forma del diente. El ángulo distoincisal es redondeado.

El borde incisal de la corona puede ser irregular o redondeado pero se hará más regular y recto debido al desgaste funcional.

La forma real del incisivo también tiene relación con la anatomía de los rebordes interproximales, llamadas líneas de transición angular, que son zonas estratégicas de reflexión de la luz. Estas crestas verticales y oblicuas no influyen en la silueta de la corona, sin embargo la longitud y anchura aparente del diente depende de la longitud, posición y dirección de estas líneas de transición angular.

Al conocer la anatomía del diente es necesario respetar los ángulo o crearlos si es que no existen, con el tiempo todas estas zonas anatómicas se desgastan o fracturan en ocasiones el diente estará tan destruido que no tendremos una guía de como restaurarlo para ello nos guiaremos de los dientes vecinos o de los antagonistas para ver qué forma tenía el diente a restaurar. Es decir cuadrado, ovoide o triangular.

Características de los tres tipos básicos de dientes.

Tipo cuadrado. Bordes rectos con lóbulos y líneas de transición angular acentuadas y paralelas.

Tipo ovoide. Bordes redondeados con líneas de transición angular suaves (sin lóbulos) que convergen en incisal y cervical (forma de barril).

Tipo triangular: silueta recta con las líneas de transición angular marcadas y lóbulos convergentes hacia cervical (inclinación característica del borde distal). (Fig. 26)





Fig. 26 Tipos básicos de dientes a) tipo cuadrado. b) tipo ovoide. c) tipo triangular. <sup>F.D.</sup>

Incisivos laterales: Son muy parecidos a los incisivos centrales su principal diferencia es que son más pequeños y que el ángulo mesioincisal es más redondeado. Los incisivos laterales son los que presentan más variaciones de forma como las formas cónicas anomalías como tubérculos agudos o profundos surcos de desarrollo.

Caninos. Los caninos superiores se caracterizan por las curvas o arcos que los constituyen. Son dientes originalmente reforzados gruesos en sentido vestibulolingual, debido al gran desarrollo del cingulo comparado con el cingulo de los incisivos <sup>(12)</sup> (Fig. 27)

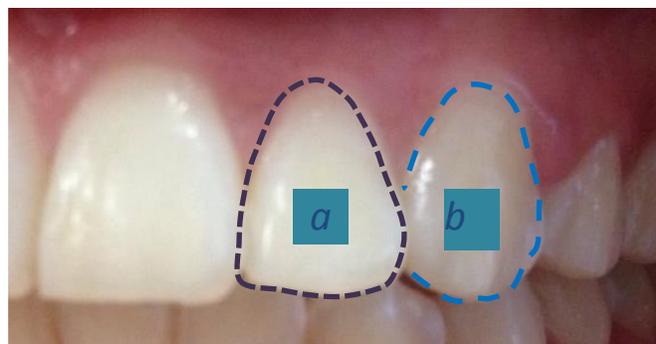


Fig. 27 a) Incisivos laterales son muy parecidos a los incisivos centrales sólo que más pequeños, b) caninos son gruesos en sentido vestibulolingual. <sup>F.D.</sup>



### 3.9 Caracterización de los dientes

La caracterización incluye tanto los fenómenos de reflexión/transmisión de la luz (opalescencia, transparencia, translucidez) como las coloraciones intensas (manchas, fisuras, lóbulos dentinales, zonas de la dentina infiltradas) y los efectos específicos de la conformación (atrición, abrasión) todo ello determina la sensación de edad y carácter del diente.

La opalescencia es una propiedad óptica del esmalte y se refiere a la capacidad de transmitir una determinada gama de longitud de onda de la luz natural.

Los tonos rojo- naranja rayos de longitud larga.

Los tonos azul-violeta rayos de longitud corta.

La translucidez es el aspecto resultante de la combinación entre la opacidad completa (como el marfil) y la transparencia completa (como el cristal) los dientes especialmente los bordes incisales, muestran rasgos distintivos al incorporar una amplia gama de efectos causados por la combinación de la translucencia y la transparencia.<sup>(12) (21)</sup>

### 3.10 Textura superficial

La textura superficial está íntimamente relacionada con el color a través del brillo, un factor que influye directamente. Los dientes jóvenes presentan una topografía superficial muy acentuada, por ello reflejan más la luz que les incide y parecen más brillantes, la textura se atenúa al envejecer, con el resultado de una menor reflexión de la luz y un oscurecimiento de los bordes.

Los relieves de la textura en la superficie labial del diente están orientados sobre todo horizontal y verticalmente.

El componente horizontal es resultando directo de las líneas de crecimiento (estrías de Retzius) que dejan unas franjas en la superficie del esmalte también llamadas periquimatas. (Fig. 28)



Fig.28 Líneas horizontales (estrías de Retzius).<sup>(22)</sup>

El componente vertical está definido por la segmentación superficial del diente en los diferentes lóbulos del desarrollo.

Para confeccionar la restauración es necesario diseñar primero las líneas verticales y al final las horizontales todo ello para lograr junto con otras características importantes como es el color un diente más natural.<sup>(12) (21)</sup>

### 3.11 Color

La habilidad para seleccionar el color de las restauraciones metal- cerámica y totalmente cerámicas, así como, la capacidad para reproducir las características del diente con apariencia natural, constituyen el principal problema asociado a la estética en el campo de la rehabilitación oral.

La selección del color es un proceso complejo pues muchos factores pueden influenciarlo tales como: la fuente de luz, al observador, el ambiente y la comunicación con el técnico del laboratorio dental. Otros factores que

también pueden afectar la selección de color son: la textura superficial, los tejidos circundantes, el color del substrato, el color del agente cementante y el tipo de material utilizado en la restauración.

El color se toma como el factor más importante del éxito estético de una restauración.

El Sistema de Munsell es el más adecuado para la clasificación del color dental, Munsell describió tres dimensiones del color. (Fig. 29)

*Matiz o tono:* es el color propiamente dicho, los dientes naturales están es una extensión entre el amarillo y amarillo-rojo, el matiz para algunos autores es en menos significativo durante la toma de color.

*Croma:* es la intensidad del matriz, es la porción del matiz más pigmentada.

*Valor:* definido como el claro/ oscuro del color “brillo de un color” el valor es el más importante en la selección de color.

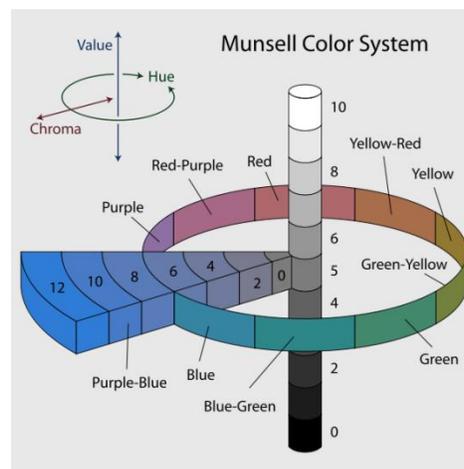


Fig. 29 Sistema de Munsell. <sup>(24)</sup>



*La translucidez* es una cuarta dimensión que según Rosentiel debe ser adicionada para tomar el sistema de Munsell más efectivo para los odontólogos, la translucidez es tan importante como el valor y juega un papel muy importante en el fenómeno de la transmisión de la luz.

Factores que influyen en la selección del color:

*Ambiente:* Las paredes del consultorio deben ser colores neutros, como gris, verde claro, ya que colores muy fuertes pueden influir en la percepción del color. El piso y los muebles también deben de ser claros celestes o gris.

*Observador:* El paciente debe estar al mismo nivel de los ojos del observador y a una distancia de 60 cm. Los dientes deben estar húmedos, pues los dientes secos no reflejan bien la luz, además los dientes deben estar limpios y libres de manchas o placa, para que no interfiera en la selección del color, se deben de evitar colores fuertes y brillantes en la ropa del paciente, por lo que debemos colocar un campo neutro. La selección de color debe ser rápida, esta debe tomar entre 5 a 7 segundos, para evitar el cansancio visual.

*Fuente de luz:* La fuente de luz también puede afectar el valor de los colores, el consultorio debe de estar correctamente iluminado intentando alcanzar el mismo espectro de luz natural al igual que el laboratorio dental. <sup>(13) (21) (23)</sup>

### 3.12 Configuración del borde incisal

Es un gran reto diseñar los contornos incisales, se tomará en cuenta la edad del paciente para tomar la decisión de cómo quedará al final del tratamiento, debe tener como resultado algo natural y estético. <sup>(12)</sup>

Contorno global: en los pacientes de mediana y avanzada edad, el borde incisal es, con frecuencia, una línea recta o una curva invertida que uniformiza y aplanla la sonrisa. <sup>(9)</sup>

En los pacientes jóvenes los bordes incisales configuran una forma de “gaviota” debido a las diferentes dimensiones de los dientes. (Fig. 30)

Ángulos interincisales. Los ángulos mesioincisal y distoincisal tienen una gran influencia en la definición del llamado espacio negativo, es decir, el espacio negro que aparece entre los dientes superiores e inferiores durante la sonrisa y en la apertura bucal. Se describe una regla objetiva “regla de la V invertida”. Los ángulos interincisales pueden usarse para crear efectos ilusorios de cambios de dimensión; bordes incisivos redondeados compensarán dientes demasiado largos y unos bordes desgastados, están indicados en caso de incisivos demasiado estrechos.

Grosor. Estéticamente los incisivos resultan agradables si el borde incisal es fino y delicado. Los bordes incisales gruesos dan al diente un aspecto viejo, artificial y abultado. <sup>(12)</sup>



Fig. 30 En pacientes jóvenes los bordes incisales configuran una forma de “ala de gaviota”. F.D.

### 3.13 Línea del labio inferior

El control definitivo de la forma de las coronas, su longitud y la configuración del borde incisal lo da la asociación armoniosa del conjunto con el labio

inferior al sonreír suavemente, los incisivos laterales quedan a una distancia de 0.5-1.5 mm del labio mientras que los centrales y caninos contactan con la línea labial.

La coincidencia entre los bordes incisales y el labio inferior es esencial para obtener una sonrisa agradable (Fig. 31). Los puntos de contacto interproximales, los bordes incisales y el labio inferior definen respectivamente unas líneas paralelas entre sí que por regla general denotan que el conjunto es armónico. <sup>(12) (25)</sup>

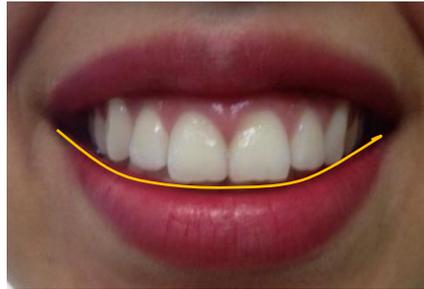


Fig. 31 Coincidencia entre los bordes incisales y el labio inferior. <sup>F.D.</sup>

### 3.14 Simetría de la sonrisa

La simetría en una sonrisa se refiere a la colocación relativamente simétrica, de las comisuras de la boca en un plano vertical que deriva directamente de la línea bipupilares un prerequisite para valorar la estética de una sonrisa.

La línea oclusal debe seguir a la línea comisural consiguiendo incluso, mediante ligeras asimetrías sin embargo siempre las hay, pero son variaciones que no alteran mucho la estética. (Fig. 32)

Al valorar al paciente debemos de tomar en cuenta que porción de los dientes enseña al sonreír, si tiene o no desgastes en los bordes incisivos y si existen restauraciones completas para así proponer un encerado diagnóstico

con los cambios requeridos, así logremos un cambio exitoso y sobre todo estético. <sup>(6)</sup> <sup>(7)</sup>



*Fig. 32 Simetría de la sonrisa.* <sup>F.D.</sup>



## CONCLUSIONES

En la rehabilitación protésica tomaremos diferentes parámetros en cuanto a forma, color, contornos y dimensiones de los dientes. Es decir, individualizaremos el tratamiento dependiendo de las características y necesidades del paciente, desde el análisis facial determinaremos características importantes para la rehabilitación tomando en cuenta que existirán ciertas asimetrías, esto es que nunca ambas mitades de la cara serán idénticas, pero que las asimetrías que existen deben ser muy ligeras, pasando inadvertidas a simple vista.

Al evaluar la estética de la sonrisa es importante establecer el tipo de sonrisa que tiene cada paciente, ya que dependerá de ello en gran parte el tipo de tratamiento a realizar por una parte evaluaremos la arquitectura gingival, los puntos cenit son lo que determinaran la altura gingival, el tamaño de la corona clínica, la simetría y la armonía de la sonrisa. Si existe una enfermedad periodontal, puntos cenit bajos o altos que comprometan la estética será necesario recurrir a especialidades como periodoncia para mejorar y corregir dichos aspectos, es importante aclarar que no se puede comenzar un tratamiento protésico con enfermedad periodontal porque existe un retardo o mala la cicatrización de los tejidos.

El diseño de la prótesis con la que se rehabilitará (color, forma, tamaño, posición y configuración del borde incisal si se trata de sector anterior) será resultado del análisis extra e intraoral que se le realizó al paciente, cumpliendo con cada una de los aspectos estéticos y funcionales a corregir y modificar para obtener un éxito en el tratamiento.



### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nandy R. Biomecánicas y Estética, Estratégicas en Ortodoncia Clínica. primera ed.: amolca; 2007.
2. Fradeani M. Rehabilitación Estética en Prostodoncia Fija. Análisis Estético un Acercamiento Sistemático al Tratamiento protésico. Barcelona: Quintessence Books.
3. Marco MC. Análisis Facial en Ortodoncia. 2007.
4. Proffit Henry W. Ortodoncia Contemporánea. cuarta ed.: Elsevier; 2008.
5. Chice G. Prótesis Fija Estética en Dientes Anteriores Barcelona: Masson; 2000.
6. Ernest MC. Prótesis Fija Estética un Enfoque Multidisciplinario. Primera ed. España: Elsevier.
7. Garcia Pérez Alfonso CdVL. Tratamiento Multidisciplinario del Sector Anterior Estético. Gaceta Dental. 2012 Abril.
8. Fernando DII. Estética Dental Anterior. Rev. Esp Ortod. 2006; 36(215).
9. Molina Berlanga. Nuria MD. Análisis de la Sonrisa: Aplicación Clínica de la plantilla de la Sonrisa. Rev. Esp, Ortod. 2005;(35).
10. Casas Alejandro BG. Estética en Ortodoncia. Revista Estomatologica. 2010 Noviembre; 18(2).
11. Villaseñor Espin Cintia LBMdC. Tratamiento Interdisciplinario de Paciente con Sonrisa Gingival: Reporte de Caso. Revisat Odontológica Mexicana. 2013 Enero- Marzo; 17(1).
12. Pascal M. Restauraciones de Porcelana Adherida, en los Dientes Anteriores Método Biomimético. Primera ed. Barcelona: Quintessence Books; 2004.
13. Gilmar Batista José SP. Factores Estéticos en la Preparacion del Diente para Coronas Metalocerámica. Revisata Brasileña. 2000 Enero- Junio; 1(3).



14. Salazar JR. Métodos de Separación Gingival en Prótesis Fija. Revista Venezolana. 2007; 45(2).
15. Bautista EL. Reconstrucción de la Papila Aplicada a la Rehabilitación Cosmética Funcional. Presentación de Técnica y Relato de caso Clínico. Revista Odontológica Dominicana. 200 mayo- agosto ; 4(2).
16. Castellanos Suárez JL. Papila Gingival. Aspectos Biológicos en la Conservación y Predicción de su Tamaño en la Colocación de Implantes Dentales. revista Mexicana de Periodoncia. 2012 enero-abril; 3(1).
17. Hidalgo Lostaunau RC. Solución estética a un Dilema en las Restauraciones Indirectas con Corona y Carillas simultaneas: Reporte de un caso. Revista Estomatológica Herediana. 2012; 2(22).
18. Ernesto GBM. Alargamiento de Corona. Revista Mexicana Periodontología. 2012; 3(2).
19. Alberto HH. Estética en Odontología Restauradora Barcelona: Medica Ripano; 2006.
20. Goldstein RE. Odontología Estética Principios Comunicación Métodos Terapéuticas. segunda ed. Barcelona: Ars Médica; 2002.
21. Aschheim K. Odontología Estética. Segunda ed. España: Elsevier Science; 2002.
22. Marcano L. Adhesión: Piedra Angular de la Odontología Actual. [Online].; 2014 [cited 2014 octubre 20. Available from: <http://drluismarcano.com/2014/05/05/adhesion-piedra-angular-de-la-odontologia-actual-parte-i/>.
23. Wirley GA. Factores que Influyen en la Seleccin de Color en Prótesis Fija. Revista Odontológica Venezolana. 2009; 21(4).
24. Arte y Creatividad. [Online].; 2014 [cited 2014 Octubre 20. Available from:



## ASPECTOS ESTÉTICOS PREVIO A LA ELABORACIÓN DE UNA PRÓTESIS FIJA

---



<http://curiosocreando.com.ar/el-color/>.

25. La Sonrisa y sus Dimensiones. Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia. 2011 Noviembre; 23(2).