



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

REHABILITACIÓN INTEGRAL CON CARILLAS DE
LENTE DE CONTACTO EN PACIENTE CON
MICRODONCIAS EN EL SECTOR ANTERIOR.
PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.

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:

JANETT SÁNCHEZ MARTÍNEZ

TUTORA: Esp. GUADALUPE MARCELA RAMÍREZ MACIAS



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.



Con este trabajo quiero expresar mi gratitud a la vida, pues me ha dado muchas cosas maravillosas, cada día me da un hermoso amanecer y una oportunidad más para hacer realidad todos mis sueños al lado de las personas que más amo.

A mi padre **José Ever Sánchez**, por haberme proporcionado no solo la mejor educación sino también los mejores consejos, y lecciones de vida. Gracias por enseñarme que con esfuerzo, trabajo y constancia todo se consigue, que cuando me caigo me levanto con más fuerzas, y que nada en esta vida es gratis.

A mi madre **Nina Martínez**, eres una mujer que me llena de orgullo, te amo y nunca encontrare la manera de devolverte tanto que me has ofrecido. Gracias por tu apoyo, comprensión, y sobre todo por tomarte tu tiempo para llevarme pacientes.

A mi hermano **Daniel**, eres una gran motivación para mí, gracias por tu desinteresada ayuda, por darme una palmadita cuando lo necesitaba, por ayudarme económica y emocionalmente. Gracias por obligarme a dar lo mejor de mí. A mi hermano **Gabriel**, siendo el más pequeño de la familia, eres del que más se puede aprender, amas la vida y te entregas de una forma inigualable a la misma. Gracias por acompañarme en mis desveladas, por ser mi asistente, mi compañero, mi paciente.

A mi pareja, **Gabriel Zúñiga**, nunca voy a poder darte las gracias suficiente por jamás dejarme sola, porque cuando me he sentido perdida me has ayudado a retomar el camino correcto. Cuando necesite una mano me diste dos. Gracias por ser una pieza clave en mi vida tanto laboral, escolar como sentimental. Se que juntos lograremos todas las metas que nos propongamos. Vamos lento porque vamos lejos. Te amo.

A mi abuelita Ceci, gracias por ser luz en mi camino. Eres un ejemplo de vida y experiencia; te admiro demasiado por ser fuerte, tenaz, por dar tranquilidad, paz y amor a mi vida. Te quiero demasiado mi güerita hermosa.

A mi tío César, por ser mi paciente de toda la carrera, por ayudarme y tenerme paciencia. A mis tías Rosario, Xóchitl, Maruca y a mis primas Nely y Jari; gracias por escucharme, apoyarme y ayudarme a disfrutar la vida. Nely, gracias por estar siempre al pendiente de mí y por confiar.



A mis amigas: Vero, Diana, Lupita, Emma, Anita, Ale, Elena y Dany: Gracias por ser comprensivas, apoyarme, escucharme y sobre todo por las vivencias y grandes momentos que hemos pasado juntas. Las quiero mucho. A Nallely y Karen: por que la Periférica no hubiera sido lo mismo sin ustedes. Gracias por todos los momentos, risas y logros; las quiero.

A Arantxa y Magali: por hacer del servicio un lugar divertido y ameno. Gracias por las risas, los buenos ratos y el apoyo. A Adri Olivares, por el apoyo y por el inicio de una buena amistad durante el seminario de titulación.

A Arcángel Cauich, mi carnalito, gracias por los consejos, estoy segura de que pronto compartiremos muchos más triunfos.

A Edmundo, mi mejor amigo. Gracias por apoyarme en esta última etapa, por tenerme la paciencia y confianza; por los consejos y los ánimos.

A Josué César Martínez López, mi pequeño ángel, ejemplo de vida, fortaleza, lucha y alegría. A pesar de ya no estar aquí físicamente, se que desde el cielo me cuidas y me guías para que todo salga bien.

A Elizabeth Talavera y al Dr. Gerardo Medina, que aún siendo un grado mayor, siempre me enseñaron, me tuvieron confianza y me han apoyado tanto en decisiones personales como laborales.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por ser mi segundo hogar, y a la facultad de Odontología porque fue en sus clínicas y aulas donde conocí personas que marcaron mi vida para siempre, tuve vivencias y obtuve conocimientos que me ayudaran a seguir amando mi profesión.

A mi tutora, la Dra. Marcela Ramírez Macías, con quien gané experiencias invaluablees trabajando a su lado, aprendiendo de la mejor. Gracias por iniciarme y guiarme en tan maravilloso camino como es el de la Prótesis dental.



ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	6
II. ANTECEDENTES	8
III. MARCO TEÓRICO	12
3.1 Odontología restauradora estética	12
3.1.1 Estética dental	12
3.1.2 Proporción áurea	13
3.2 Diagnóstico de los problemas estéticos	15
3.3 Criterios estéticos fundamentales	17
3.3.1 Evaluación de la cara y la composición dentofacial	17
3.4 Análisis de sonrisa	23
3.4.1 Tipos de sonrisa	23
3.4.2 Línea de la sonrisa	24
3.4.3 Línea de los labios	25
3.4.4 Simetría de la sonrisa	25
3.4.5 Corredores bucales.....	26
3.4.6 Plano oclusal frontal.....	26
3.4.7 Componentes dentales	27
3.5 Consideraciones periodontales	29
3.5.1 Sonrisa gingival	30
3.5.2 Alargamiento de corona.....	32
3.6 Carillas dentales	34
3.7 Carillas de tipo lente de contacto	39
3.7.1 Antecedentes.....	39
3.7.2 Definición	40
3.7.3 Criterios de elección	41
3.7.4 Indicaciones.....	41
3.7.5 Ventajas.....	42
3.7.6 Desventajas	42
3.3.7 Técnicas	43
3.3.8 Protocolo.....	44
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	47
V. JUSTIFICACIÓN	48



VI. OBJETIVOS	49
6.1 Objetivo general	49
6.2 Objetivos específicos	49
VII. MÉTODO	50
7.1 Presentación de caso clínico	50
VIII. RESULTADOS	69
IX. CONCLUSIONES	70
X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
ANEXO 1	74
ANEXO 2	75





I. INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo se abordará la importancia que tiene la estética dental y gingival para proporcionar una sonrisa armónica. Hoy en día la Odontología Estética está siendo muy recurrida tanto por odontólogos como por pacientes; los dientes, los labios, los tejidos gingivales, así como el análisis facial: representan elementos cuya combinación constituye la belleza facial.

En este trabajo se presenta un caso clínico donde se realizó un análisis bucal y facial de un paciente cuya principal preocupación fue: “no me gustan mis dientes, quisiera que fueran más grandes y con más forma”.

A la exploración bucal se observó la presencia de microdoncias en incisivos laterales superiores; por lo que este trabajo se enfoca principalmente en su rehabilitación con carillas tipo lente de contacto. De igual forma se observaron coronas clínicas cortas, al sondear se determinó que la UCE se encontraba de 2 a 3 mm por debajo del margen gingival; por lo que se decidió realizar una interconsulta con el Departamento de Periodoncia e Implantología de Posgrado UNAM, para la realización de alargamientos de corona con fines estéticos y protésicos.

En la primera parte de este trabajo se hace hincapié en el diagnóstico de los problemas estéticos. Siguiendo con el trabajo se hace mención de los alargamientos de corona con fines estéticos y su aplicación en este caso.

Para finalizar el marco teórico se revisa el concepto de carillas tipo lente de contacto: su historia, indicaciones, ventajas, desventajas, así como el protocolo de elaboración, cementación y mantenimiento en la cavidad oral.



Finalmente se concluye que, para lograr un tratamiento exitoso, es necesaria una buena anamnesis, para conocer las expectativas del paciente; además de que realizar tratamientos multidisciplinarios nos ayuda a ofrecer a nuestros pacientes tratamientos más integrales, por ende, más completos. Y como último punto, pero no menos importante, la rehabilitación integral del paciente que presentaba microdoncias, con alargamientos de corona con fines estéticos y rehabilitado con carillas de tipo lente de contacto, es una alternativa viable para aquellas personas que desean mejorar su aspecto estético o bien su sonrisa.

Lo escrito anteriormente permite mostrar al lector un panorama de lo que abordaremos en este trabajo, el cual queda a consideración del honorable jurado.



II. ANTECEDENTES

El arte antiguo estaba basado en las seis grandes civilizaciones: Egipto, Mesopotamia, Grecia, Roma, India y China; cada una desarrolló un estilo artístico único y característico. Grecia tuvo una mayor influencia en el desarrollo de la estética en Occidente. El periodo dominado por el arte griego tuvo una gran demanda por la veneración de la forma física humana y el desarrollo de las habilidades correspondientes a la musculatura, equilibrio, belleza y proporciones anatómicamente correctas. ^{1,2}

Los griegos consideraban que los objetos eran atractivos por sí mismos. Platón consideraba que debían incorporar la proporción, armonía y la unidad entre sus partes. Sin embargo, Aristóteles encontró que los elementos de la belleza eran el orden, la simetría y la definición. Ambas teorías se han usado para establecer muchos de los conceptos en la Odontología estética. ¹

Para el siglo XXI en Estados Unidos, se puede simplificar que una dentición estética se sustenta en una dentadura completa con dientes rectos y blancos: “La sonrisa estilo “Hollywood”.¹

- JAPÓN

Un estudio de restos esqueléticos y del arte del siglo VII al XIX revela una tradición por ennegrecer intencionalmente los dientes como práctica entre hombres y mujeres. Esta costumbre, llamada “ohaguro” llegó a ser popular en Japón entre las mujeres casadas como manera de distinguirse de las mujeres solteras. El tinte era una mezcla oxidada de virutas de hierro fundidas en vinagre y polvo de nuez. Esta tendencia llegó a ser popular entre los nobles, comandantes y como símbolo de lealtad entre los samuráis (fig 1).¹



Fig. 1 Mujer japonesa con dientes ennegrecidos.

- ÁFRICA

El pueblo de Bantú mantiene un mito según el cual la muerte se introduce en el cuerpo humano a través de los dientes. Debido a esta creencia, el pueblo lima sus dientes en punta como intento por crear un portal a través del cual la muerte pueda salir del cuerpo (fig 2).¹



Fig. 2 Reproducción en yeso de un miembro de una tribu Bantú que muestra la modificación típica de los dientes. Cortesía del Dr. Scott Swank, curador del Museo Nacional de Odontología Dr. Samuel D. Harris.

- ROMA

Los ciudadanos eran muy conscientes de la estética dentaria, algunas de sus prácticas proporcionan la primera evidencia verdadera de una inclinación cultural hacia los dientes más blancos. Los médicos romanos del primer siglo aconsejaban cepillarse los dientes con orina portuguesa para lograr una apariencia más blanca. La apariencia producida por la ausencia de dientes tenía un impacto social significativo en la cultura romana. ^{1,3}



En los últimos 25 años, el enfoque en Odontología ha dado un cambio gradual. Hace algunos años iba más enfocada a la reparación; la rutina dental constaba de eliminación de caries y restauraciones con amalgama. Los materiales incluso han ido evolucionando, pero siempre con el mismo fin: reparar los efectos de la caries dental. Hoy en día nuestra imagen del valor de los dientes ha cambiado. Los pacientes si bien, siguen considerándolos una parte importante para la masticación, pero hoy la atención de muchos adultos va enfocada hacia la estética. Es por eso, que los tratamientos multidisciplinarios entre Ortodoncia, Periodoncia, y Odontología Restauradora deben ser considerados para lograr satisfacer las necesidades del paciente. ⁴



III. MARCO TEÓRICO

En el siguiente texto se describirán los antecedentes de la odontología restauradora estética, las características que componen una sonrisa armoniosa ó estética; además de los criterios necesarios para evaluar problemas estéticos en el sector anterior.

3.1 Odontología restauradora estética

La Odontología estética o cosmética es una rama de la Odontología que se encarga de solucionar problemas bucales para conseguir resultados estéticos; dado que una muy buena imagen nos ayuda a la autoestima, estas intervenciones contribuyen a mejorar física y emocionalmente. Generalmente estos tratamientos son bastante rápidos, efectivos e indoloros. A continuación, se explicará un poco sobre sus antecedentes, así como características principales, indicaciones, criterios, etc. ⁵

3.1.1 Estética dental

La estética es la ciencia que trata de la belleza y la armonía. Su significado es sumamente subjetivo y relativo ya que éste se encuentra condicionado por diversos factores de orden social, psicológico y cultural, además de estar ligado a la edad y a una época concreta. ³

En Odontología el término estética abarca los aspectos morfofisiológicos, armónicos, mientras que el de cosmética se relaciona con la técnica, los materiales, el color y la interacción entre ellos. ³



La rehabilitación protésica es otro tratamiento que tiene como fin lograr la estética y la buena apariencia del individuo. Se sabe que la belleza es algo cultural, un concepto abstracto y subjetivo, por lo que tal vez no siempre el paciente tendrá el mismo criterio de “prótesis estética” con respecto a los profesionales. Cuando se habla de estética en este campo puede aparecer el error de relacionar lo mejor y más bello con lo más perfecto; no obstante, el objetivo protésico será conseguir mejorar el aspecto estético, pero no tan perfecto como si natural, teniendo en cuenta la edad, sexo, morfología facial y el tamaño de la cara del paciente. ⁶

3.1.2 Proporción áurea

Nadie encaró la belleza tan en serio como los antiguos griegos. Buscando una explicación racional para lo bello, o para la lógica de la naturaleza; ellos descubrieron y establecieron los conceptos de: simetría, equilibrio, proporción y armonía, como los asuntos determinantes de la belleza de un conjunto. ³

Una ley natural que fue estudiada por los griegos, denominada “Proporción divina” por Luca Pacioli en 1509 y “Propiedad divina” por Kepler en 1600, se volvió popular en el arte y en la arquitectura griega. También denominada “Proporción áurea” o “Regla de Oro”. ³

Leonardo Da Vinci aplicó las proporciones de Pitágoras en varias de sus obras, según él: “Dios escogió el cuerpo humano como un código para expresar la fórmula de todo lo que es bello”. En concordancia con su definición, las proporciones de una cara ideal están relacionadas con tercios o rectángulos áureos, uno para cada segmento facial. ³

El número áureo puede ser 0.618 o 1.618. Cuando un número “X” cualquiera se multiplica repetidamente por el número áureo 0.618, se genera una serie geométrica regresiva. Pitágoras se basó en el pentágono regular y en las cinco puntas de una estrella para establecer la aludida proporción de 1.0 a 1.618; la cual constituye un factor constante, que puede derivarse mediante diversos métodos, como, por ejemplo: por la bisección de una línea a partir de un triángulo áureo del pentágono o por la diagonal de la mitad de un cuadrado. En la naturaleza puede advertirse formas de estrella de cinco puntas, en innumerables expresiones. ³

En la búsqueda de una explicación racional de la belleza o de la lógica de la naturaleza, los griegos descubrieron y establecieron los conceptos de simetría, equilibrio y armonía como puntos determinantes de la belleza de un conjunto. Análogamente estos tres elementos concurren simultáneamente para lograr la unidad y la belleza ideal en una sonrisa: la simetría a través de la línea media, la dominancia anterior o del incisivo central y la proporción regresiva, creadas por la curvatura dento-alveolar del arco dentario (fig 3). ³



Fig. 3 La relación entre los dientes del sector anterior debe ser de 1,618 el central, 1.0 el lateral y 0.618 en canino.



A continuación, iniciaremos por evaluar los factores que llegan a interferir para lograr una buena estética.

3.2 Diagnóstico de los problemas estéticos

De acuerdo con Frank M. Spears cuando se va a iniciar con la estética, se inicia analizando la posición de los incisivos centrales superiores con respecto al labio superior. Esta evaluación se realiza con el labio en reposo, y se realiza con ayuda de una regla o bien una sonda periodontal. La posición puede ser aceptable o no; y va a depender de la edad del paciente y la tonacidad de sus labios. Si la visualización del borde incisal es inadecuada entonces el objetivo principal del tratamiento será disminuir o en su caso, alargar los dientes, ya sea con tratamientos ortodónticos o bien con cirugías periodontales preprotésicas. ⁴

Continuando con lo que Spears recomienda, se debe analizar en segundo punto, la posición de los dientes con respecto a la línea media. La relación más importante que evaluar es la inclinación medio lateral de los incisivos centrales. Investigadores han encontrado que si esta inclinación es de 2 mm hacia la derecha o izquierda es considerado antiestético. ⁴

Una vez analizado esto, Spears analiza la inclinación buco lingual de los incisivos centrales superiores. Idealmente la superficie labial del central superior debe ser perpendicular al plano oclusal; esta relación permite una máxima reflexión de la luz lo que mejora la apariencia estética (fig 4). ⁴

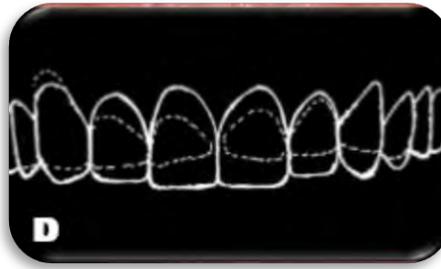


Fig. 4 Evaluación De la posición de los bordes incisales y el cenit del sector anterosuperior.

El siguiente paso es evaluar la posición del plano oclusal para la ideal localización del borde incisal. Una vez determinada la posición de los incisivos centrales superiores, los bordes incisales de los laterales y caninos, así como las cúspides bucales de los premolares pueden ser establecidas. ⁴

Un punto muy importante para tomar en cuenta, según Spears es el nivel gingival, este debe ser juzgado en relación con el borde incisal; la llave para determinar el nivel correcto de la encía es determinando el tamaño dental deseado a partir de la posición del borde incisal. Si la encía presente produce una apariencia de dientes cortos, debe ser desplazada apicalmente para mejorar la estética. También es muy importante tomar en cuenta la presencia o no de las papilas interdentes, o bien si se desean formar estas; se podría tomar en cuenta la interconsulta con el Ortodoncista. ⁴

El último punto según Spears es determinar la rehabilitación de los dientes anteriores con ayuda de un encerado de diagnóstico, seguido de un mock up, para confirmar el largo y altura deseado para los dientes. ⁴



Una vez analizado esto se debe proceder a evaluar los criterios estéticos fundamentales, principalmente la evaluación facial.

3.3 Criterios estéticos fundamentales

Una vez analizados los dientes, se procede a analizar la cara, el perfil y la composición dentofacial.

3.3.1 Evaluación de la cara y la composición dentofacial

Evaluar la relación facial del paciente significa analizar morfológicamente la cara, a través de la disposición espacial de su estructura esquelética. Así se determina si la cara es geoméricamente normal, con los maxilares superior e inferior bien relacionados entre sí, denotando equilibrio facial, o si presenta alguna discrepancia.³

Henostroza menciona que es importante resaltar que las características faciales, que se determinan genéticamente y que, se mantienen durante el crecimiento, son poco influenciadas por el ambiente, incluidas las acciones ortodóncicas y ortopédicas. Por lo tanto, lo que se pretende es insertar estándares estéticos dentro del contexto dentofacial que presenta el paciente, para mejorar su apariencia.¹

- Forma y contorno facial

En la evaluación de la forma y del contorno faciales, se considera los trazos anatómicos que componen la cara, sus dimensiones (alto, ancho y profundidad), relaciones y proporciones, a fin de determinar su influencia en el equilibrio y la armonía. También se deben evaluar las variaciones étnicas y raciales como lo menciona Henostroza en su libro *Estética en Odontología Restauradora*.³

Según Graber, a los individuos que tienen cara larga y angosta, y arcadas dentarias relativamente estrechas se les clasifica como dolicocefálos, es decir, con predominio de la altura facial en relación a la profundidad y al ancho. A la inversa, los braquicefálos muestran cara corta y ancha, con sus arcadas dentarias también anchas y redondeadas. Finalmente, los mesocefálos se ubican entre los dos anteriores.³ Fig. 5



*Fig. 5 Biotipos faciales: 1 Braquicefálico, 2 Dolicocefálico y 3 Mesocefálico.*⁷

- Simetría facial

Para evaluar la simetría bilateral de la cara se traza una línea vertical verdadera (glabella- punta de la nariz – labios – mentón), que divide la cara en dos partes, cruzando perpendicularmente la línea de la visión.³

A ciencia cierta no hay cara perfectamente simétrica, aun así, para lograr la belleza facial es necesaria la ausencia de asimetrías notorias, principalmente en áreas importantes, como el tercio inferior. Esa asimetría anormal, que resulta de una pequeña diferencia de tamaño entre ambos lados de la cara, debe diferenciarse, por ejemplo, de una desviación del mentón o de la nariz.³

- Tercios faciales

En relación vertical, la cara puede dividirse en tercios iguales que toman en cuenta: ancho facial derecho, ancho de la boca y ancho facial izquierdo, o en quintos. Al evaluar las mejillas observamos la eminencia malar, el borde infra orbital y las áreas paranasales (fig. 6).⁸



Fig. 6 Quintos faciales

La cara se divide horizontalmente en tercios: el tercio superior que va de la línea de cabello a la línea que pasa por las cejas; el tercio medio que va de la línea de las cejas al punto subnasal y finalmente, el tercio inferior que va del punto subnasal al tejido blando del mentón ⁷. Fig. 7

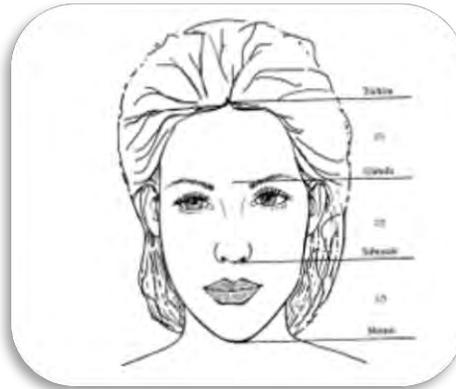


Fig. 7 Cara dividida en tercios faciales. ⁸

Desde el punto de vista restaurador, el tercio inferior es sumamente importante para el diagnóstico y plan de tratamiento, ya que es el área donde actúa el cirujano dentista. ⁸

- Relación labial (vista frontal)

En la vista facial frontal, los labios deben mostrar sellado pasivo, pudiendo seguir una línea recta o curva en dirección a los bordes de la boca. En reposo, la exposición del bermellón del labio superior debe fluctuar entre 6 y 9 mm, y el inferior de 8 a 12 mm. ³

Los espacios interlabiales se observan aumentados cuando: el labio superior anatómico es corto, cuando hay exceso maxilar vertical y se observa protrusión mandibular, con o sin mordida abierta. Un espacio Inter labial reducido va a ser característico de paciente con deficiencia vertical del maxilar superior, o con desgaste de los bordes incisales.³ Fig. 8



Fig. 8 Paciente en posición de relajación. Fuente directa



- Relación labial (vista lateral)

La relación labial en vista lateral se ajusta a los mismos parámetros que se observan en la vista frontal, con relación a las proporciones de espesor y longitud labial. Se evalúa incluso el volumen y la proyección de los labios, que varía de acuerdo con la etnia y el sexo.³

Según Langlade (1995) los labios siguen el desplazamiento de los incisivos de modo muy intrínseco:

- El labio superior se retrae 1 mm por cada 3 mm de retroceso del incisivo superior, y se torna más grueso debido a la disminución de su tensión.
- El labio inferior retrocede 1 mm por cada 1 mm del incisivo superior (relación de 1:1) y 1 mm por cada retracción de 0,6 mm del incisivo inferior (relación de 1:0,6). Por lo tanto, el incisivo superior ejerce gran influencia sobre la posición del labio inferior.
- Por cada retracción de 3 mm de labio superior, este se torna más grueso en 2 mm.⁶

Una vez analizada la cara, se debe iniciar el análisis del tercio inferior con un buen análisis de sonrisa.



3.4 Análisis de sonrisa

En Odontología Estética, uno de los más importantes análisis es el de la sonrisa, ya que se trata de una región en donde se pueden imprimir los cambios más sustanciales, dentro del contexto de la estética facial. Aisladamente, puede no ser atractivo un componente, sin embargo, la manera en que labios, dientes, espacio oscuro o negativo y corredor bucal se mezclan para crear la armonía que hace atractiva la región oral hace que uno afecte a todos.³

Se debe iniciar el análisis detectando que tipo de sonrisa presenta nuestro paciente.

3.4.1 Tipos de sonrisa

La sonrisa puede clasificarse en tres tipos, según la relación de la altura del labio superior con los dientes antero superiores. Éstas se distinguen por presentar: línea labial baja, línea labial mediana o línea labial alta. La línea labial alta afecta frecuentemente a quienes ostentan algún tipo de protrusión o exceso maxilar vertical o a quienes muestran musculatura facial infraorbitaria fuerte.³

Tjan realizó un análisis comparativo de las características dentarias y faciales de sonrisas estéticas y las clasificó en tres categorías:

- Sonrisa alta: Donde se muestra la altura total o longitud cérvico incisal de las coronas clínicas de los dientes antero -superiores y una faja continua de tejido gingival, en el 10.57% de las personas.

- Sonrisa media: revela gran parte (75%) o la totalidad de las coronas clínicas de los dientes antero superiores y tan sólo las papilas Inter dentarias o interproximales, se presenta en un 68.94% de las personas.
- Sonrisa baja: exhibe menos de 75% de las coronas clínicas de los dientes antero superiores.³ Fig. 9

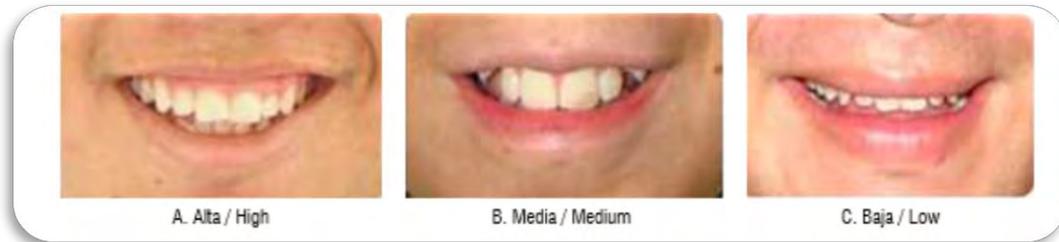


Fig. 9 Clasificación anatómica de la sonrisa de acuerdo con la posición del borde inferior del labio superior.⁹

3.4.2 Línea de la sonrisa

Se define como la línea curva imaginaria que sigue el trayecto de los bordes incisales de los cuatro dientes antero superiores y la punta de las cúspides de los caninos superiores, la misma que debe coincidir o correr paralelamente con la curvatura del borde interno del labio inferior. Es más prominente en mujeres.^{3,9}

Una línea incisal reversa o una posición anormal del labio inferior, falsea los elementos que permiten la percepción de estas fuerzas cohesivas, afectando el grado de atracción de la sonrisa.³

Un principio estético, muy importante, lo determina el paralelismo que se observa entre tres líneas imaginarias: a) la que pasa por los puntos de contacto interproximal; b) la que sigue los ángulos de los bordes incisales de los dientes antero superiores y C) la curvatura del borde interno del labio inferior durante la sonrisa.^{3,9} Fig. 10

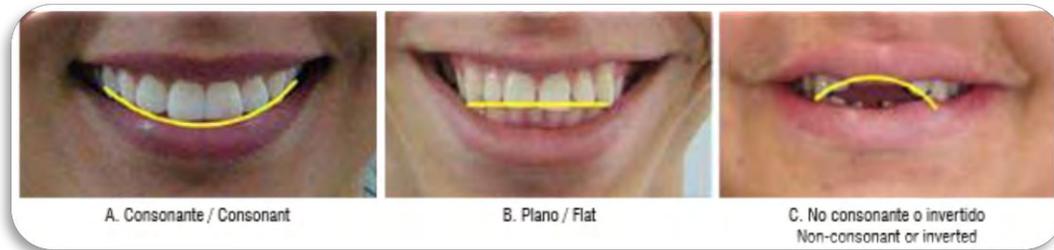


Fig. 10 Líneas de la sonrisa.⁹

3.4.3 Línea de los labios

Es la cantidad de exposición del diente vertical, en la sonrisa, en otras palabras, la altura del labio superior con respecto a los incisivos centrales superiores.³

3.4.4 Simetría de la sonrisa

Las líneas medias dentaria, labial y facial constituyen puntos determinantes en una sonrisa estética. Una línea media apropiadamente situada en la cara contribuye en forma significativa a la composición dentaria equilibrada. Para fijarla se han sugerido varios puntos de referencia, éstos son: glabella, centro del filtrum labial, centro de la distancia bipupilar, posición de la línea media de los incisivos superiores, frenillo labial y centro de la distancia entre las alas de la nariz.⁹

La simetría de la sonrisa se refiere también a la ubicación idéntica de las comisuras bucales en relación con el plano vertical, o línea media de la cara, y a la inclinación del plano oclusal tomando como referencia el plano bipupilar. Aún, durante la sonrisa, la altura del filtrum labial debe ser similar a la altura de las comisuras labiales. ⁹

3.4.5 Corredores bucales

Son considerados como el espacio entre las superficies vestibulares de los dientes posteriores y las comisuras labiales cuando el paciente está sonriendo; han sido clasificados como amplios, medianamente amplios, medianos, medianamente estrechos y estrechos con prevalencia. (Fig. 11)⁹



Fig. 11 Tipos de corredores bucales.

3.4.6 Plano oclusal frontal

Este plano está representado por una línea que pasa por las vertientes de los caninos derecho e izquierda. Un canteo transverso puede ser causado por erupción diferenciada de los dientes anteriores o una asimetría de la mandíbula.¹⁰



3.4.7 Componentes dentales

Una sonrisa agradable depende de la calidad y belleza de los elementos dentales y su integración armoniosa.¹⁰

Los componentes dentales de la sonrisa van a incluir el tamaño, forma, color, alineación, así como también la angulación de la corona, línea media y la simetría del arco dentario.¹⁰

- Forma y tamaño

El aspecto estético global de la sonrisa depende fundamentalmente de la simetría y proporcionalidad de los dientes que constituyen dicha sonrisa. Los dientes asimétricos o que no guardan proporción con los dientes circundantes alteran la sensación de equilibrio y armonía, esenciales para una estética ideal.¹¹

a) Anomalías dentales

Las anomalías dentales son una variedad de desviaciones de la normalidad que pueden ocurrir como consecuencia de factores sistémicos, ambientales, locales, hereditarios o traumas, en los que se afecta la forma de los dientes, el número, tamaño, disposición y el grado de desarrollo. Puede haber variaciones de forma, número, tamaño, erupción, etc.¹²

En cuanto a variaciones de tamaño encontramos las macrodoncias y microdoncias. Prevalciendo estas en el arco superior y en el sector anterior.¹²

- Microdoncias en laterales superiores

La microdoncia es una anomalía en la cual están presentes dientes con un tamaño inferior a lo normal, presenta problemas que afectan la longitud de arco y la estética facial. Cuando el ancho del incisivo lateral superior es menor, igual o hasta 0.7 mm más ancho que el incisivo lateral inferior, el resultado sería exceso de material dentario inferior en relación con el superior. ¹³

El tamaño de los dientes está determinado genéticamente y su disminución se debe al debilitamiento del órgano del esmalte durante el periodo de diferenciación. La microdoncia puede darse tanto por factores genéticos como ambientales, y se clasifica en localizada o generalizada siendo más común la primera. ¹³ Fig. 12



Fig. 12 Presencia de laterales superiores con microdoncias. Fuente directa

3.5 Consideraciones periodontales

Una regla básica, antes de practicar cualquier tratamiento restaurador, es conseguir unos tejidos blandos con mínima profundidad de sondaje y ausencia de signos inflamatorios, como sangrado y el exudado al sondaje. Esta norma inquebrantable, que es el control de la inflamación debe cumplirse no sólo antes sino durante y después del tratamiento restaurador.³ Fig.13



Fig. 13 Paciente periodontalmente estable. Fuente direct^a

3.5.1 Sonrisa gingival

Es una sonrisa normal, el labio superior se desplaza apicalmente quedando al descubierto la totalidad de los incisivos superiores y 1 a 2 mm de encía. Cuando la altura de encía que se muestra al sonreír sobrepasa los 3 mm, se habla de una sonrisa gingival, la verdadera sonrisa gingival es aquella que llama la atención por el exceso de encía.³

Para determinar la etiología de la sonrisa gingival es primordial evaluar la longitud de las coronas de los incisivos superiores; si esta es normal puede deberse a un labio superior corto, un labio superior hiperactivo o hiper móvil, un exceso vertical del maxilar superior o una sobre erupción del frente anterior.⁹ Fig. 14



Fig. 14 Paciente con sonrisa gingival. Fuente directa

- Coronas clínicas cortas

Pueden atribuirse a diversos factores, entre los que se incluyen: 1) una variación normal en longitud; 2) el desgaste del borde incisal y el cubrimiento gingival excesivo. Para poder medir la longitud perdida de diente, debe medirse la distancia desde la LAC al borde incisal, y restar esta distancia de las mediciones consideradas como normales. Esto da una estimación aproximada del grado de pérdida del borde incisal, basado en la media de un incisivo central superior.³

En el proceso de erupción normal, el incisivo central superior emerge a través de la encía, y continúa de forma activa, erupcionando hasta que contacta con la dentición antagonista. En este momento, una parte significativa de la corona anatómica permanece cubierta por tejido gingival. A medida que el paciente crece, se expone un mayor grado de corona anatómica, debido a la migración apical del tejido gingival. Este proceso se denomina erupción pasiva. Sin embargo, de forma inexplicable, este proceso normal de erupción pasiva no se produce en algunos pacientes; ello da lugar a coronas clínicas cortas debidas a un cubrimiento gingival excesivo. Esta entidad se denomina erupción pasiva alterada o erupción pasiva retrasada.³ Fig. 15



Fig. 15 Paciente que presenta coronas clínicas cortas. Fuente directa



3.5.2 Alargamiento de corona

Es un procedimiento periodontal dirigido por la restauración. Es una técnica quirúrgica consistente en exponer mayor cantidad de estructura dentaria sana con finalidad estético y/o restauradora; es decir, se refiere a una mayor exposición de la estructura dentaria sana mediante cirugía periodontal. Puede ser de tejidos blandos y/ o duros, aunque la mayoría de los casos incluye remodelación de ambos.³

Cuando se evalúa la realización de un posible alargamiento de corona dentaria, se debe realizar un diagnóstico completo para practicar un plan de tratamiento dental integral e interdisciplinario.³

En cuanto a las consideraciones quirúrgicas del alargamiento de corona dentario, se deben conseguir 3 mm de tejido dentario sano entre el margen de la futura restauración y la cresta ósea, 2 mm de tejido dentario sano coronal a la cresta gingival. Cuando no existen profundidades de sondaje aumentadas, se debe eliminar hueso sano para lograr unos márgenes óseos de 3 mm apicales en relación con la preparación.^{3,9}

- Indicaciones:

El alargamiento está indicado por motivos restauradores, motivos estéticos y por ambos motivos. Está contraindicada en dientes no restaurables, compromiso de dientes adyacentes, compromiso periodontal o endodóntico, afectaciones de furcas, limitaciones anatómicas y condiciones sistémicas no controladas.⁴

El principal objetivo del alargamiento de corona por motivos estéticos es exponer la corona anatómica. Al concluir la intervención, el margen gingival debe localizarse a nivel o ligeramente coronal a la línea amelocementaria y la distancia entre la cresta gingival y la cresta ósea tiene que ser, aproximadamente de unos 2.5 a 3 mm.³ Fig. 16



Fig. 16 Alargamiento de corona. Fuente directa

3.6 Carillas dentales

Isaías González menciona que las carillas de porcelana son una opción excepcional, ya que pueden resolver muchos problemas funcionales y estéticos. Están indicadas en dientes manchados, diastemas, dientes en mal posición, dientes fracturados, desgastados y con malformaciones. Además de que, también pueden ser usadas para corregir deficiencias oclusales o para establecer una guía correcta durante movimientos extrusivos.^{14,15}

Las demandas estéticas de los pacientes y el odontólogo pueden ser alcanzadas con pocas limitaciones, especialmente si se lleva una buena comunicación con el ceramista.¹⁴

Fueron descritas e introducidas como una opción conservativa para brindar más estética en 1980.¹⁶ Fig. 17



*Fig. 17 Carillas dentales en sector anterior*¹⁴



- Tipos de carillas dentales:

Por su método de confección podemos dividir las carillas dentales en directas e indirectas. Las directas son aquellas realizadas en el consultorio dental a base de resina.¹⁷

Las carillas indirectas son aquellas mandadas con un ceramista y que pueden ser clasificadas en prep y no prep. Las prep son aquellas carillas convencionales donde se tiene que llevar acabo un desgaste dental.¹⁷

- Fundamentos de la técnica:

Las carillas de porcelana basan su éxito según Mallat en buscar los mecanismos de máxima unión entre cuatro sustancias:

1. El esmalte y/o dentina grabados.
2. La resina compuesta.
3. La porcelana grabada y silanizada

Con una buena técnica se consigue una verdadera “unión” entre estos elementos, lo cual permite colocar en la boca pequeños fragmentos de cerámica con gran fiabilidad.^{17,18}

Pascal Magne demostró como la interacción del diente, la cerámica y la resina compuesta, adecuadamente adheridos, pueden reproducir el comportamiento del diente natural en cuanto a sus características físicas y miméticas.¹⁷

El esmalte será sustituido por la porcelana, la dentina por la resina compuesta y el diente remanente; mientras que la unión dentina-esmalte será sustituida por la interfase entre las sustancias, está además realizará la amortiguación de las tensiones que recibirá el diente.¹⁷



- Planificación

En todos los casos se realizará un estudio minucioso del caso a tratar, donde se debe valorar la situación actual del paciente tomando en cuenta los aspectos estéticos y funcionales que se desean modificar.¹⁷

Para ello, es necesario realizar sistemáticamente lo siguiente:

-Exploración clínica y radiológica: para valorar en qué estado de salud se encuentra el paciente y sus dientes.¹⁷

-Toma de fotografías y análisis estético: Debemos obtener un registro gráfico del estado en el que acude el paciente. Mallat en su libro “Prótesis fija estética” recomienda el uso de una cámara digital réflex con objetivo macro, iluminación con flash anular de medición TTL. También recomienda hacer las fotos con el diafragma más cerrado que sea posible iluminar con ese flash, para que así se aumente la profundidad de campo y se consiga un buen enfoque en toda la zona. Se deben reunir una serie de fotos para realizar el correcto análisis estético:

1. Cuatro fotografías que recojan la zona perioral con los labios en diferentes posiciones, para valorar que tanto se ven los dientes y la encía: boca cerrada, boca entreabierta en reposo (justo después de decir la letra M), sonrisa ligera (diciendo la letra I sostenida) y sonrisa máxima (sosteniendo la letra E)
2. Dos fotografías con retractor a boca cerrada y abierta.
3. Composición dentofacial (de frente y de perfil).¹⁷

-Toma de modelos montados en un articulador Semiajustable: Con esto podemos obtener información para darle al paciente la máxima función en su tratamiento estético.¹⁷



-Realización de un encerado diagnóstico: Éste servirá para realizar una llave de silicona para ayudar en la preparación, ó bien para realizar un mock-up que servirá para comprobar el efecto real que producirá el tratamiento propuesto.¹⁷

- Selección de la cerámica para su confección

Según Antonio Fons Font los pacientes se clasifican en:

-Paciente tipo I: “Aquellos en los que las carillas que reciban no soportarán carga funcional. A las carillas de este tipo les denomina carillas estéticas simples”¹⁹

-Paciente tipo II: “Aquellos en los que las carillas que reciban si soportarán carga funcional. A las carillas de este tipo les denomina carillas estéticas funcionales”.¹⁹

Esta primera división da una primera orientación en cuanto a que los pacientes tipo I podrán ser rehabilitados mediante cerámicas convencionales y los pacientes tipo II necesitarán cerámicas de alta resistencia. Atendiendo o no a la necesidad de ocultar el color base de los dientes a tratar Fons subdivide al paciente tipo I en:

-Tipo I A: Aquellos que serán rehabilitados mediante carillas estéticas simples y cuyos dientes no presentan alteraciones del color.

-Tipo I B: Aquellos que van a recibir carillas, pero cuyos dientes si presentan alteraciones de color, por lo que se debe buscar un material cerámico capaz de ocultar el color dentinario.¹⁹

En este trabajo al tratarse de un paciente tipo I A, cuyas carillas no van a soportar carga funcional con un sustrato claro, el material pretende solucionar

alteraciones de la forma dentaria. Para este tipo de casos Fons recomienda el uso de Cerámicas Feldespáticas Convencionales por sus excelentes cualidades ópticas, las cuales nos ayudarán a conseguir una estética idónea. La ausencia de estrés oclusal unida a las actuales técnicas de adhesión permitirán la supervivencia a largo plazo de estas restauraciones.^{19,20}

La excepción a esta regla sería en aquellos casos donde se pretende solucionar un problema de diastemas inter incisivos de tamaño medio o grande; en este caso se recomienda el uso de Porcelanas Feldespáticas de Alta Resistencia (fig 18).¹⁹



Fig. 18 Diastemas restaurados con Facetas laminadas de Porcelana de cerámica feldespática convencional.



3.7 Carillas de tipo lente de contacto

Las carillas de tipo lente de contacto son unas laminillas muy delgadas usadas en pacientes que presentan alguna anomalía dental de tamaño, color o forma; y que desean conservar la mayor cantidad de estructura dental.

3.7.1 Antecedentes

Históricamente durante 1930, un dentista de California llamado Charles Leland Pincus, que trabaja en una industria cinematográfica de los Estados Unidos, tenía la difícil y privilegiada tarea de mejorar estéticamente la sonrisa de muchas estrellas tales como Shirley Temple, Montgomery Clift, Elizabeth Taylor, James Dean, Walt Disney, entre otros. Él usaba finas carillas de cerámica, las cuales eran fijadas con un adhesivo. Sin embargo, debido a la falta de adhesión, el resultado duraba únicamente unos pocos minutos.²¹

Durante 1980, después del desarrollo de las técnicas para la cementación adhesiva, las carillas ultra finas fueron relanzadas. Sin embargo, la práctica de estas técnicas no se extendió tan rápido como se esperaba debido al miedo de muchos profesionales con respecto a las fuerzas de masticación y las carillas finas de porcelana. Debido al incremento de la demanda estética y a la posibilidad de unir las carillas dentales a la estructura dental, particularmente al esmalte, un nuevo concepto fue introducido: Odontología mínimamente invasiva, la cual causaba solo un pequeño daño a la estructura dental.^{16,21}

A medida que evolucionaron los materiales y las técnicas, las carillas se han convertido en una de las modalidades de tratamiento más predecibles, estéticas y menos invasivas. Las carillas de porcelana se pueden usar como

solución para problemas estéticos que requieren modificaciones en relación con el color, forma, contorno, tamaño, volumen y posiciones de los dientes.²²

En este contexto nacieron las carillas de tipo lente de contacto. Esta solución estética usaba nada más que finos fragmentos de cerámica pero que presentaba excelentes condiciones ópticas. Es considerada uno de los tratamientos más conservadores para la rehabilitación oral, ya que requiere la mínima o no preparación dental. Con grosores aproximados entre 0.2 a 0.5 mm, la carilla de tipo lente de contacto es capaz de producir el color del diente de manera fiel. Además de ser biocompatibles con el periodonto y el sustrato dental.²¹

3.7.2 Definición

André Luíz Bizio define las carillas de tipo lente de contacto como carillas ultra delgadas, cuyas medidas van de 0.2 a 0.5 mm en grosor, aplicada a las superficies dentales. La ejecución de lentes consiste en reemplazar la parte visible del esmalte por cerámica, la cual se une fuertemente a la superficie del diente a través de cementos de resina, proporcionando propiedades ópticas, mecánicas y biológicas similares a las del esmalte dental (fig 19).²³



Fig. 19 Carillas de tipo lente de contacto.



3.7.3 Criterios de elección

- Selección del material

La porcelana feldespática Cerinate, cuyo nombre comercial es Lumineers, es el material que más estudios ha tenido durante 20 años. Es una porcelana que tiene una estructura microcristalina. Esos cristales tienen una distribución uniforme, reforzada con cristales irregulares de leucita, siendo su dureza flexural similar a la de la porcelana de óxido de aluminio, tiene un bajo coeficiente de expansión térmica, lo cual ayuda a evitar la posibilidad de fracturas y despegamiento.^{24,25}

Carpa en su artículo “A new ceramics approach for contact lens” menciona como criterios principales: la buena higiene del paciente, ausencia de bordes incisales o superficies oclusales, ausencia de fracturas dentales, ausencia de bruxismo, oclusión estable donde haya contactos bilaterales distribuidos en el sector posterior sin zonas edéntulas, guía anterior y canina debe ser en dientes nunca en la cerámica. Es deseable que el 100% del sustrato dental en contacto con la cerámica sea el esmalte.^{26,27}

3.7.4 Indicaciones

- Re tratar coronas y prótesis sin eliminarlas.
- Dientes permanentes manchados.
- Dientes extremadamente sensibles.
- Dientes fracturados y agrietados.
- Dientes con formas anormales.
- Ortodoncia en dos citas.
- Dientes desalineados.
- Dientes moteados.



- Diastemas. ²⁴
- Mínima amplitud de 0.2 mm en la superficie labial. ²²

3.7.5 Ventajas

Como principales ventajas Cedillo Valencia menciona en su artículo “Carillas de porcelana sin preparación”: ser un procedimiento que no requiere anestesia local, provisionales, y que generalmente se realiza en dos citas. Además de que, brinda un blanqueamiento permanente y puede llegar a reforzar el esmalte debilitado; al no requerir un desgaste grande como una carilla normal, no produce sensibilidad postoperatoria y es ideal en pacientes que solicitan procedimientos de Odontología mínimamente invasiva.^{22,27}

3.7.6 Desventajas

Prasanth menciona en su artículo “Minimun Preparation Porcelain Laminate Veneers- A Clinical Report” como principales desventajas:

- Debido a que es muy poca o nula la preparación dental, es probable que quede una carilla muy sobre contorneada, lo cual puede crear una irritación en la encía y puede aumentar las posibilidades de manchas y caries.
- No es posible lograr la forma deseada simplemente mediante adición de cerámica, ya que solo hay una mínima preparación dental.
- Este tipo de carilla no puede enmascarar la alteración del color
- La pigmentación en el área del margen y la pérdida de la integridad marginal se mencionaron como una complicación rara después de 5 años de uso
- No es posible usarla en dientes con restauraciones existentes débiles
- La encía debe ser saludable.²²



3.3.7 Técnicas

De acuerdo con McLaren en su artículo “Porcelain Veneer preparations: to prep or not to prep” si el diente requiere de alguna cerámica por razones de cambio de color, forma, o reemplazo de restauraciones fallidas, y si la cantidad de tejido sano removido es similar aún con tratamientos de ortodoncia realizados, las restauraciones con porcelana adherida al diente están indicada.²⁹

McLaren recomienda que los márgenes se coloquen circunferencialmente en el esmalte. Las recomendaciones van desde una preparación mínima o ninguna hasta un chaflán amplio. Muchas de las técnicas del diseño del margen y el volumen de diente removido son dictadas por los requerimientos del material que se usara para rehabilitar.^{29,30}

Sin embargo, la planeación es un paso crucial en el éxito del tratamiento de rehabilitación estética. La planificación de cada caso clínico usando un protocolo fotográfico proporciona una mejor predictibilidad en el resultado final.²¹



3.3.8 Protocolo

- Análisis fotográfico y planeación digital

El protocolo fotográfico se realiza para ayudar en la evaluación de varios parámetros que pueden influir en el resultado final, como la altura de la sonrisa, la amplitud del corredor bucal, la posición del labio, la línea media dental y las características individuales de cada diente.²¹

Este proceso implica agregar líneas y diseños digitales para hacer frente a las fotos en una secuencia específica para evaluar mejor la relación estética entre los dientes, las encías, la sonrisa y la cara; esto permite una mejor comprensión de los problemas y puede conducir a posibles soluciones.²¹

- Encerado diagnóstico

Es necesario crear un encerado diagnóstico para individualizar la anatomía de los dientes, y de esta manera mostrar al paciente el posible resultado final.²¹

- Etapas clínicas y de laboratorio

-Cirugías preprotésicas

-Selección de color: se recomienda realizar un mapeo de colores para facilitar la comunicación con el laboratorio dental.

-Preparaciones mínimamente invasivas: el eje de inserción comenzará en la dirección incisal cervical, involucrando las superficies mesial y distal. Por lo tanto, es necesario tener en cuenta eliminar las áreas de retención.

-Impresiones con polyvinil siloxano.²¹



- Prueba de color

Para minimizar los errores durante la cementación, se prueban las carillas húmedas sobre el diente; de esta manera, el paciente puede verificar el color y notificar al dentista de cualquier inconformidad.

-Cementación de las carillas: Se recomienda usar un cemento liviano para evitar los cambios de color que pueden ocurrir debido a cambios químicos en el proceso de polimerización.²¹

- Cementación

La superficie interna de la restauración debe ser grabada con ácido fluorhídrico al 9% durante 90 segundos; posteriormente se debe lavar bajo agua y secado con aire. Las sales de fluoruro de sílice insolubles, como subproductos precipitados en la superficie, se eliminan limpiando las restauraciones grabando y frotando la superficie con ácido fosfórico durante 1 minuto antes de la aplicación del silano, el cual será aplicado durante 1 minuto seguido de una capa de adhesivo, en cual no debe ser polimerizado en esta etapa.²¹

En el diente, se lleva a cabo una técnica de grabado total usando ácido fosfórico al 37% durante 30 segundos, el cual es eliminado posteriormente con agua y secado con aire y torundas de algodón. Posteriormente se aplica un sistema adhesivo y se coloca aire para eliminar el disolvente. El adhesivo no se polimeriza.²¹



Los agentes de cementación se aplican en la superficie de la carilla sin despegar la punta, posteriormente se llevan a boca y se realiza presión digital continua. Se recomienda foto polimerizar durante 10 segundos y retirar todos los excedentes. Finalmente se realiza una última fotopolimerización durante 90 segundos por ambas caras. ²¹

- Acabado y pulido

Idealmente este tipo de restauraciones no requieren un acabado, únicamente un pulido después de haber removido el exceso de cemento. Finalmente se debe verificar la oclusión en posición céntrica y por último en movimientos excéntricos. ^{21,30}



IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El creciente interés y demanda de los pacientes para mejorar la apariencia de la sonrisa ha conducido a una evolución importante en la Odontología Cosmética. Las alteraciones en cuanto al color, forma y tamaño del diente son aspectos que interfieren negativamente en la estética oral.

Actualmente la búsqueda para reestablecer la estética de la sonrisa se basa en procedimientos que conservan una máxima estructura dental; de esa idea surgen los laminados de porcelana ultra delgados, llamados carillas de tipo lentes de contacto.

En el desarrollo de este trabajo se buscó resolver lo siguiente:

- ¿Las carillas dentales de tipo lente de contacto son una buena opción para restaurar dientes que presentan microdoncia y que afectan directamente en la estética de la sonrisa?
- De acuerdo a las técnicas de preparación ¿Cuál es la más indicada en este caso?



V. JUSTIFICACIÓN

En este trabajo se muestra el caso clínico de un paciente que presentaba coronas clínicas cortas debido a una erupción pasiva, por lo que se decidió realizar una interconsulta con el departamento de Periodoncia e Implantología para la realización de alargamientos de corona con fines estéticos y protésicos.

Además de esto el paciente presentaba microdoncias en incisivos laterales superiores, por lo que se decidió rehabilitarlos con carillas de tipo lente de contacto; estas debido a que requieren una preparación nula ó como en este caso, mínima, lo cual nos ayuda a preservar una mayor cantidad de tejido dental.

Además de que, a diferencia de las carillas convencionales, estas van directamente cementadas sobre el esmalte dental, lo cual ayuda a una mejor adhesión del material cementante con el diente y con la carilla dental.



VI. OBJETIVOS

6.1 Objetivo general

- Describir la rehabilitación integral con carillas de tipo lente de contacto en un paciente que presentaba microdoncias en incisivos laterales superiores.

6.2 Objetivos específicos

- Diseñar la guía quirúrgica para realizar alargamientos de corona con fines estéticos y protésicos en sector anterior superior.
- Rehabilitar los incisivos laterales superiores que presentan microdoncias con carillas de tipo lente de contacto.

VII. MÉTODO

7.1 Presentación de caso clínico

Se presenta a consulta paciente de 27 años de edad, de sexo masculino, sin APP y AHF de relevancia, externa que no está conforme con su sonrisa en relación al tamaño y forma de sus dientes en el sector anterior superior como se muestra en la figura 20.

El paciente refiere haber estado en tratamiento de Ortodoncia previa, por lo que se decide realizar el tratamiento en 3 fases: en la primera fase se procede a la toma de radiografías, fotografías intra y extra orales, y realización de diagnóstico periodontal. En la fase 2 se lleva a cabo la cirugía de alargamientos de corona con fines estéticos y protésicos en el departamento de Periodoncia e Implantología. Finalmente, en la fase 3 se rehabilita al paciente con carillas de tipo lente de contacto en incisivos laterales.



Fig.20 Foto inicial de frente del paciente. Fuente directa

- Fase I

En la fase I se realizó una exploración bucal, y junto con el Periodontograma, las fotografías, las radiografías se llegó al diagnóstico. A la exploración bucal se observa una sonrisa gingival alta de acuerdo con Tjan, ya que muestra la altura total o longitud cérvico incisal de las coronas clínicas de los dientes antero -superiores y una faja continua de tejido gingival, se observan también coronas clínicas cortas debidas a una erupción pasiva de premolar a premolar (14-24) como se muestra en la figura 21. Además de esto, presenta microdoncias de laterales superiores.



Fig. 21 Foto inicial del paciente sonriendo. Fuente directa

En la exploración radiográfica encontramos una buena relación corona: raíz, la presencia de posibles dientes supernumerarios entre los dientes número 12 y 13 como se observa en la figura 22.

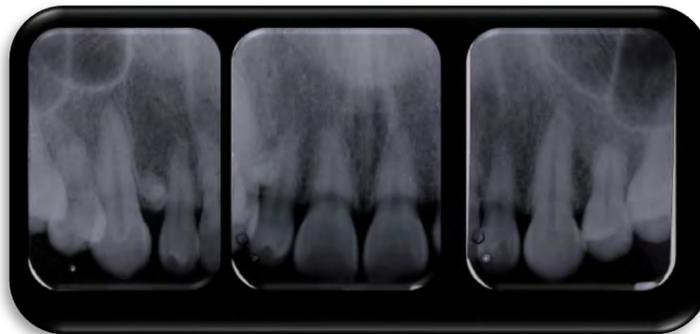


Fig. 22 Radiografías periapicales de la zona anterior superior. Fuente directa

- Fotografías intraorales iniciales

Se realiza una primera evaluación clínica en el paciente donde se observa la ausencia de segundos premolares superiores, incisivos centrales inferiores y terceros molares inferiores. Fig 23



Fig. 23 Presentación de fotografías intraorales; oclusal superior(A), inferior(D) y lateral (B) e izquierdo(C). Fuente directa

El paciente refiere que los incisivos inferiores nunca formaron parte su fórmula dental normal, por lo que se diagnostica agenesia dental de los mismos. Clínicamente presenta una prótesis de tipo Maryland desajustada que va del diente 32 al 42. También se observa la presencia de restauraciones desajustadas en los dientes 36,37, 46 y 47; caries en incisivos centrales superiores por la parte palatina (clase I según Black).

- Análisis periodontal

Al analizar al paciente se observa ausencia de segundos premolares superiores, incisivos centrales inferiores y terceros molares tanto superiores como inferiores.

En la fase I se realizó el diagnóstico periodontal, donde se determinó un periodonto sano con deformidades y condiciones del desarrollo y adquiridas con modificación en factores de la anatomía dentaria (erupción pasiva de los primeros premolares superiores, caninos, incisivos centrales y laterales). Fig.

24

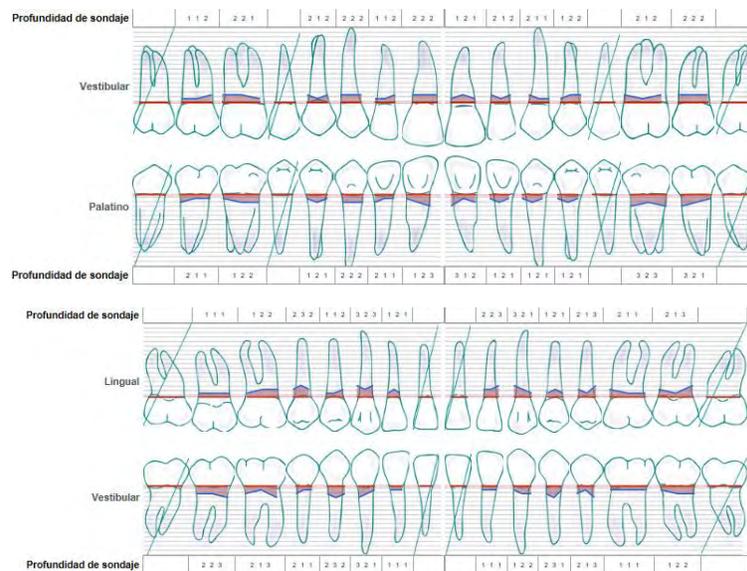


Fig. 24 Periodontograma del paciente donde se muestra la profundidad al sondeo.³¹

- Evaluación protésica

Se evalúa el esquema oclusal del paciente para verificar que en movimientos céntricos y excéntricos nuestro plan de tratamiento tenga los contactos dentales necesarios para así poder brindar un adecuado diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Se busca que los contactos futuros que tendrán los dientes con las carillas, sean idóneos.

a) Evaluación fotográfica

Se tomaron fotografías al paciente para realizar un análisis de la sonrisa. Fig. 25



Fig. 25 Fotografías del análisis estético. Las primeras 4 fotografías nos ayudan a ver el grado de visualización dentaria; labios sellados(A), boca entreabierta(B), sonrisa ligera(C) y sonrisa máxima (D). En la parte inferior izquierda se observan 2 fotografías dento faciales, de frente(E) y perfil(F); y en la parte derecha a boca cerrada(G) y abierta(H) con ayuda de retractores. Fuente directa

b) Análisis facial

En el análisis facial podemos observar que el paciente presenta un biotipo Braquicefálico. Al trazar una línea vertical que divida la cara en dos partes podemos observar que hay una simetría verdadera. (línea roja).

También se trazamos líneas verticales en color azul, para dividir en quintos la cara, donde se observan simetrías de igual manera. Finalmente trazamos líneas horizontales de color verde, las cuales dividen la cara en tercios; aquí podemos observar que el tercio medio esta aumentado con respecto a los otros dos tercios.

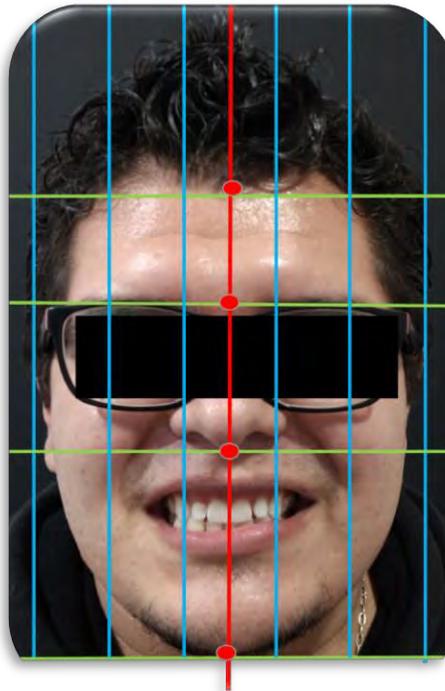


Fig. 26 Análisis facial del paciente donde se observan los tercios en plano horizontal (líneas verdes), quintos faciales en el plano vertical (líneas azules) y la línea media facial (línea roja).

Fuente directa

c) Análisis de sonrisa

- Sonrisa: línea labial superior alta
- Dientes mostrados: 14-24
- Forma y tamaño dentario: línea dental desviada, forma dental cuadrangular.
- Malposiciones dentarias: leve
- Periodonto: sano
- Oclusión: Dimensión vertical adecuada, curva de Spee aceptable
- Posición del cenit de laterales por debajo de los incisivos centrales y caninos-
- Puntos de contacto nulos entre centrales, y entre el diente número 21 y 22
- Los bordes incisales de los incisivos laterales, es cónico cuando debería de ser cuadrangular con bordes rectos en mesial y redondeados por distal. Fig. 27.

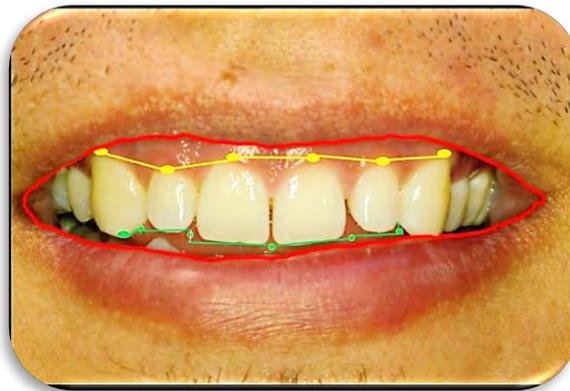


Fig. 27 Análisis de la sonrisa donde se observa en línea roja el contorno de los labios, en puntos amarillos el cenit de cada diente y en verde los bordes de los mismos. Fuente directa

d) Toma de modelos

Se tomaron modelos de estudio al paciente, los cuales fueron llevados en relación céntrica a un articulador Semiajustable con ayuda de un arco facial, el cual transporta la posición exacta del maxilar con respecto al cráneo en el articulador. Fig. 28

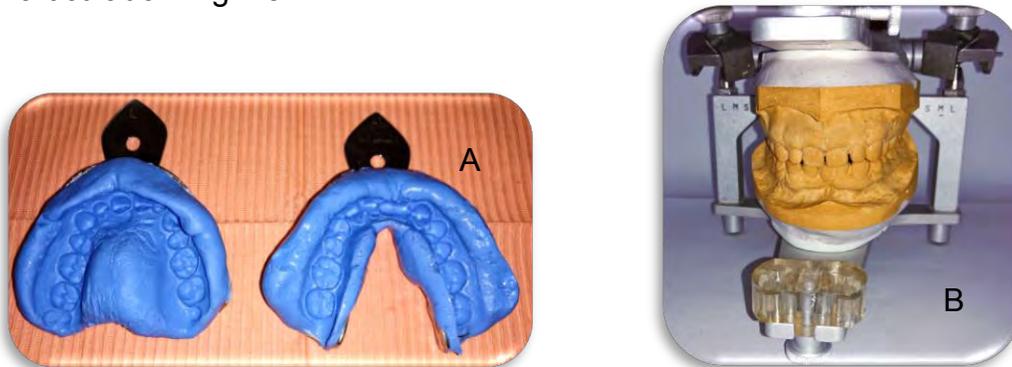


Fig. 28 Toma de modelos de estudio con alginato superior e inferior (A) y montaje en articulador Semiajustable Whip-Mix ® (B). Fuente directa

e) Elaboración de guía quirúrgica

De acuerdo con el periodontograma, se establece la UCE (unión cemento-esmalte) de todos los dientes y se traspasa al modelo; para posteriormente bajar un acetato de calibre 40 y contornearlo a la medida de la UCE de los dientes de premolar a premolar, para de esta manera obtener la guía quirúrgica. Fig. 29



Fig. 29 Elaboración de guía quirúrgica: en la figura A se observa el transporte de sondeo al modelo superior con ayuda de una sonda periodontal, se colocan 3 puntos mesial, medio y distal, en la figura B se observa el acetato recortado a la línea de formada de unir los 3 puntos. Fuente directa

f) Elaboración de encerado diagnóstico. Fig. 30

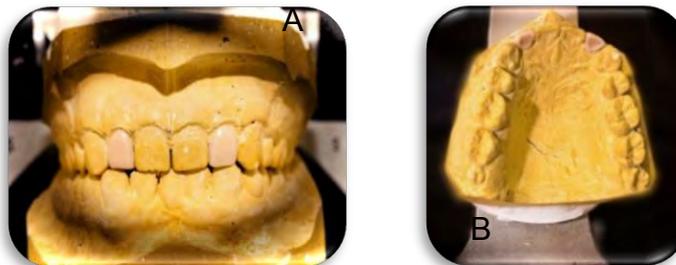


Fig. 30 Elaboración de encerado diagnóstico en incisivos laterales superiores. En la figura A se observa una vista frontal y en la B una lateral. Fuente directa

- **Fase II**

En la segunda fase, una vez obtenida la guía quirúrgica se realizaron los alargamientos de corona con fines estéticos y protésicos de los dientes 14 a 24. A continuación se relatan en breve.

- a) Una vez anestesiado el paciente se procedió a presentar y probar la guía quirúrgica. Fig. 31



Fig. 31 Presentación de guía quirúrgica en paciente. Fuente directa

- b) Con ayuda de la guía quirúrgica se marcan puntos sangrantes. Fig. 32



Fig. 32 Ubicación de los puntos sangrantes. Fuente directa

- c) Se comienza realizando el remodelado gingival, uniendo los puntos sangrantes de un lado. Fig. 33



Fig. 33 Eliminación de collado de encía que se forma uniendo los puntos sangrantes en el lado izquierdo del paciente. Fuente directa

- d) Se terminan de unir los puntos sangrantes. Fig. 34



Fig. 34 Eliminación del tejido gingival sobrante en sector anterior de premolar a premolar. Fuente directa

- e) Se levanto el colgajo de espesor total. Fig. 35



Fig. 35 Elevación de colgajo mucoperióstico. Fuente directa.

f) Se realizó osteotomía y osteoplastia. Fig. 36



Fig. 36 Corte y remodelado óseo para lograr el alargamiento de corona. Fuente directa

g) Se suturó con sutura de vycril 4-0; con puntos suspensorios. Fig. 37



Fig. 3. Presentación de puntos de sutura. Fuente directa

Se revisó el posoperatorio del paciente a los 8 y 15 días, posteriormente al mes y medio de la cirugía. Fig. 38



Fig. 38 Observación del post operatorio del paciente a los 8 días (A), 15 días (B) y finalmente al mes (C). Fuente directa

- **Fase III**

A continuación, se presenta el procedimiento de la rehabilitación protésica con carillas de tipo lente de contacto. Al regresar el paciente a consulta podemos observar un tejido desinflamado, y para iniciar con la etapa protésica se le tomaron nuevas fotografías. Fig. 39



Fig. 39. Análisis fotográfico del paciente después de los alargamientos de corona; en la figura A se observan labios cerrados, en la B labios entreabiertos, en la C una sonrisa mínima, en la D sonrisa máxima, en la figura E una foto de perfil y en la figura F una fotografía en oclusión. Fuente directa

Se inicia el procedimiento protésico que constó de los siguientes pasos:

1. Se realiza una ligera reducción de esmalte por mesio-vestibular del diente número 22 y por distal del diente 12 con una fresa de diamante ultra fina.

Fig. 40



Fig. 40 Desgaste de protuberancias e inclinaciones en incisivos laterales derecho (A) e izquierdo (B) con fresa de grano ultra fino. Fuente directa

2. Se tomó impresión con polivynil siloxano en cucharilla plástica. Fig. 41



Fig. 41 Impresión con polivynil siloxano. Fuente directa

3. Se realizó la toma de color con luz de día. Fig. 42



Fig. 42 Toma de color con colorímetro VITA, donde se observa mayor concordancia con el tono A1. Fuente directa

4. A los 8 días se realiza la prueba de carillas directamente. Fig. 43



Fig. 43 Prueba de carillas de tipo lente de contacto directas en diente. Fuente directa

5. Acondicionamiento de las carillas. Fig. 44



Fig. 44 Acondicionamiento de la parte interna de las carillas. En las figuras A y B se colocaron en alcohol durante 4 minutos, se enjuagaron con solución salina y cuando estaban perfectamente se pegaron con protector gingival a un micro-brush (C). Posteriormente, se colocó ácido fluorhídrico al 9% durante 3 minutos (D); para contrarrestar el ácido se dejaron 4 minutos en solución salina (E). Después se secaron y se colocó ácido fosfórico al 37% durante 1 minuto para eliminar cualquier residuo (F), se lavaron y secaron (G) para finalmente colocar el silano por 1 minuto (H). Fuente directa

6. Acondicionamiento de los dientes. Fig. 45



Fig. 45 Se colocó ácido fosfórico al 35% durante 30 segundos(A), se lavó con agua abundante y se secó con torundas de algodón (B), se colocó el adhesivo (Tetric N-Bond) en la superficie dental (C) y en la parte interna de la carilla (E). Finalmente se adelgazó el adhesivo aplicando aire, para evaporizar los solventes y permitir el perfecto asentamiento de la carilla. Fuente directa

7. Cementación

Se colocó el cemento Variolink Esthetic LC de la casa comercial Ivoclar Vivodent® color Neutral en la carilla y se llevaron a boca. Fig. 46



Fig. 46 Colocación del cemento dual (Variolink Esthetic Lc® en tono neutro). Fuente directa

8. Aplicando ligera presión se polimerizó durante 3 segundos y se retiraron los excedentes de cemento. Fig. 47



Fig. 47 Foto polimerización de las carillas por 5 segundos cada cara para poder retirar excedentes. Fuente directa

9. Con ayuda de una cureta se retiraron excedentes y se verifico que el hilo dental pasara sin molestar. Fig. 48.



Fig. 48 Eliminación de los excedentes con ayuda de una cureta y el hilo dental. Fuente directa

10. Se revisó la oclusión con ayuda de un papel de articular. Primero se verificó en oclusión céntrica, y posteriormente en movimientos excéntricos. Se rebajaron interferencias oclusales con ayuda de una fresa de diamante fino. Fig. 49



Fig. 49 Revisión de la oclusión en céntrica, para posteriormente realizarla en movimientos excéntricos. Fuente directa

11. Se pulieron y se enseñaron al paciente. Fig. 50



Fig. 50 Muestra al paciente del trabajo terminado. Fuente directa

VIII. RESULTADOS

A los 8 días se cita al paciente, para revisar la adaptación, y realizar un nuevo ajuste oclusal.

El paciente refiere estar muy contento con los resultados, se siente cómodo, alegre y con más confianza para sonreír. Fig. 51



Fig. 51 En la figura A se muestra al paciente al iniciar el tratamiento, en la foto B se observa la foto frontal inicial; el paciente presentaba microdoncias en laterales, sonrisa alta, así como también erupción pasiva de premolar a premolar como se observa en la figura C. En la figura D se observa el resultado final después de haber realizado los alargamientos de corona de premolar a premolar. Para concluir con la rehabilitación en incisivos laterales con carillas de tipo lente de contacto. Fuente directa



IX. CONCLUSIONES

Considerando el resultado final del caso clínico, se concluye que las carillas de tipo lente de contacto son un excelente medio de rehabilitación para dientes que presentan microdoncias como en este caso. Este tipo de restauración está indicada en dientes que son sanos, y por su comportamiento, adhesión directa en esmalte, son más fuertes que las carillas convencionales que van adheridas a la dentina.

La rehabilitación integral o multidisciplinaria nos permite brindar tratamientos más completos a nuestros pacientes. En este caso, el haber realizado correctamente un análisis facial, de la sonrisa y periodontal permitió diagnosticar al paciente con una sonrisa gingival o sonrisa alta, y coronas clínicas cortas debido a una erupción pasiva. Además de esto, se contaba con la presencia de anomalías dentales de tipo microdoncias en laterales.

Una vez realizado el encerado diagnóstico con la guía quirúrgica, se procedió a la realización de los alargamientos de corona con fines estéticos y protésicos para brindar una mejor sonrisa al paciente.

Finalmente, al regresar el paciente se observó más marcado el espacio entre incisivos centrales y laterales, debido a las microdoncias que estos presentaban; por lo que fueron rehabilitados con carillas de tipo lente de contacto. Este tipo de rehabilitación nos permitió conservar toda la estructura dental, evito la anestesia en el paciente y sobre todo disminuyó los tiempos de trabajo. El resultado final se observó a los 8 días de haber tomado la impresión con polyvinil siloxano.



X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Geissberger M. Media Axon [Online]. [cited 2018 02 28. Available from: HYPERLINK "http://media.axon.es/pdf/88901_2.pdf"
http://media.axon.es/pdf/88901_2.pdf.
2. Martínez. Historia de la Odontología. [Online].; 2015 [cited 2018 Febrero. Available from: HYPERLINK "http://www.gador.com.ar/wp-content/uploads/2015/04/hist_odonto08.pdf"
http://www.gador.com.ar/wp-content/uploads/2015/04/hist_odonto08.pdf .
3. Gilberto HH. Estética en Odontología restauradora. 1st ed. López R, editor. Madrid: Ripano; 2006.
4. Spears FM. Interdisciplinary management of anterior dental esthetics. JADA. 2006 Febrero; 137
5. Odontologia-US.com. [Online].; 2012 [cited 13 febrero 2018. Available from: HYPERLINK "https://odontologia-us.com/servicios-dentales/cosmetica/"
<https://odontologia-us.com/servicios-dentales/cosmetica/> .
6. E. DM. La Odontología estética como arte. Acta Médica del Centro. 2014; 8(4).
7. Soledad WRM. Parámetros para la determinación del perfil facial en pacientes con dentición temporal. Revista Dental de Chile. 2009; 1(100): p. 17-24.
8. Jesús BC. Clínica Central "Cira García". [Online]. [cited 2018 Febrero 28. Available from: HYPERLINK "http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/protesis/la_cara%2C_sus_proporciones_esteticas.pdf"
http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/protesis/la_cara%2C_sus_proporciones_esteticas.pdf .
9. Ángel LBM. La sonrisa y sus dimensiones. Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia. 2012; 23(2).
10. R. S. The Eight components of a Balanced Smile. J Clin Orthod. 2005; 3: p. 155-167.
11. Zavarce RB. Análisis de la sonrisa. Historia clínica. Acta Odontológica Venezolana. 1999; 37(3).
12. Gabriel EB. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE ANOMALÍAS DENTALES Y ALTERACIONES ÓSEAS DE MAXILARES EN NIÑOS DE CINCO A CATORCE AÑOS DE LAS CLÍNICAS DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA. Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia. 2009 Julio; 21(1).



13. Ochoa CDT. Manejo multidisciplinario en paciente con laterales superiores microdónticos. Caso clínico. Revista Mexicana de Ortodoncia. 2016 Abril-Junio; 4(2): p. 136-141.
14. González II. Carillas de porcelana. Restableciendo estética y función. Revista ADM. 2014; 6(71): p. 312.
15. SK A. INVISIBLE Restauraciones Estéticas Cerámicas. In.; 2008. p. 428.
16. Jendresen MD. A review of esthetic alternatives for the restoration of anterior teeth. Clinical Sciences. 1997 November; 78(5): p. 437-440.
17. Callís EM. Prótesis fija estética. Un enfoque clínico e interdisciplinario. In. Madrid. España : Elsevier; 2007.
18. Haga M NASJ. Estética dental carillas de porcelana.. In.: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica p. 46.
19. Font AF. Selección de la cerámica a utilizar en tratamientos mediante frentes laminados de porcelana [Internet].; 2006 [cited 2018 Marzo 13. Available from: <http://www.medicinaoral.com/medoralfree01/v11i3/medoralv11i3p297e.pdf>
20. M. Schmitter , Prof Dr med dent , B. Seydler. Minimally Invasive Lithium Disilicate Ceramic Veneers Fabricated Using Chairside CAD/CAM: A Clinical Report. The Journal of Prosthetic Dentistry. 2012; 10(7): p. 71-74.
21. R.K. M, M. F. , Y. M. Pupo. Minimally Invasive Laminate Veneers: Clinical Aspects in Treatment Planning and Cementation Procedures. 2016 Noviembre; 2016: p. 13.
22. Dr. Prasanth V DSSDH. Minimum preparation Porcelain Laminate Veneers- A Clinical Report. Journal of Dental and Medical Sciences. 2017 Abril; 16(4).
23. Bizio AL, Nascimento GE, Spadini de Faria , Colucci. Ultra-thin porcelain laminates to restore esthetics of anterior teeth: case report. RSBO (Online). 2014 Octubre; 11(4).
24. Valencia JdJC. Carillas de porcelana sin preparación. Revista ADM. 2011 Diciembre; 68(6).
25. Carpena Lopes G, Ballarin A, Aguilar JC. A New Ceramics Approach for Contact Lens. International Journal of Dental Sciences. 2015 Enero; 17(1).
26. Lopes C, Ballarin A, Aguilar JC. A new ceramics Approach for Contact Lenses. International Journal of Dental Sciences. 2015 Enero-Abril; 17(1): p. 14-20.



27. McLaren EA. Porcelain Veneer Preparations: To Prep or Not to Prep. Inside Dentistry. 2009 Mayo.
28. D´Arcangelo C, Vadinil M, D´Amario M, Protocol for a new concept of no prep ultrathin ceramic veneers. Journal of Esthetic and Restorative Dentistry. 2017 Octubre; 7(1).
29. Ditolla M, Prep & No-prep Comprehensive Porcelain Veneers Techniques. Chairside Perspective. 2005; 5(2)
30. Gordon J. The advantages of minimally invasive dentistry. The Journal of the American Dental Association. 2005 Noviembre; 136(11): p. 1563-1565
31. <http://www.periodontalchart-online.com/es/>



ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLÓGIA
DEPARTAMENTO DE PRÓTESIS DENTAL PARCIAL FIJA Y REMOVIBLE

FICHA PROTÉSICA

Exp. No: _____ Fecha de ingreso: Febrero 2018 Género: M F

Nombre del Paciente: Edmundo Cortés Cruz Edad: 26 Tel: 5545085911

Dirección: San Faustino Nr 22 Lt 1 Colonia: Santa Úrsula CP: 04600

Nombre de Profesor: esp. Marcela Ramírez Macías

Nombre de Alumno: Janeth Sánchez Martínez Grupo: Seminario de titulación

EVALUACIÓN CLÍNICA Anote y especifique en el diagrama

Dientes con caries: 17, 16, 14, 24, 26

Dientes ausentes (y tiempo de ausencia): 18, 15, 25, 28, 21, 41, 35 y 48

Restauraciones individuales: 36, 46

Portador de Prótesis Parcial Fija: SI NO Portador de Prótesis Parcial Removible: SI NO

Especifique el material de la prótesis

Clasificación de Kennedy: _____ Clase: _____ Modificación: _____

ANÁLISIS DE LA OCLUSIÓN

a) Clasificación: II
 Protección canina: ausente
 Protección anterior: ausente
 Función de grupo: SI
 Protección mutua: NO

b) Mordida cruzada: no presenta

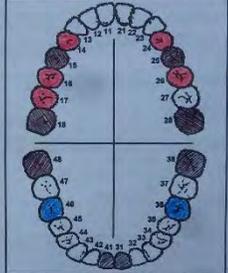
c) Mordida abierta: no presenta

d) Sobre mordida: no presenta

e) Relación incisal: Traslape horizontal: 2 mm
 Traslape vertical: 2 mm

f) Contacto dentario anterior en oclusión óptica

Observaciones: _____



HABITOS PARAFUNCIONALES:

EVALUACIÓN PERIODONTAL

Bolsas periodontales: SI NO Profundidad: _____ mm

Movilidad dentaria: Negativa Positiva _____

Dientes: Grado: 1° 2° 3°

Otro tipo de alteración: NINGUNA

Observaciones: _____

EXAMEN RADIOGRÁFICO

Relación Corona-Raíz: 1:1

Soporte óseo: _____

Región desdentada: NINGUNA

Observaciones: _____

EVALUACIÓN ENDODONTICA

Con vitalidad: _____ Con tratamiento endodóntico previo: _____

Dientes pilares que necesitan tratamiento endodóntico: _____

Restauración: _____ Observaciones: _____

PLAN DE TRATAMIENTO

PRÓTESIS FIJA

Dientes pilares: 16, 22 Póntico ancló los dientes: _____

Tipo de preparación: _____ Restauraciones individuales anote el diente y tipo de restauración: _____

Tipo de base de los pónticos: _____ Cx. Integral: _____

Restauraciones intraradiculares: _____

OTRO TIPO DE TRATAMIENTOS

Prótesis por adhesión (especifique): _____ Aclatamientos de precisión (especifique): _____

Materia a utilizar: crillitas de disilicato Color: _____

PRÓTESIS REMOVIBLE

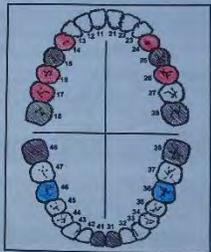
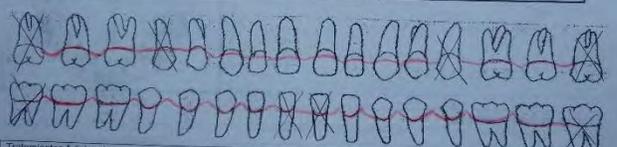
Requerimiento de preparación protésica: SI NO Especifique: _____

Tipos de Prótesis Parcial Removible: Dentosoportada: _____ Mucosoportada: _____ Dentomucosoportada: _____

Pónticos, dientes y tipos: _____ Material a utilizar: _____

SEGUIMIENTO DEL PLAN DE TRATAMIENTO

PROCEDIMIENTO	FECHA Y FIRMA
Historia clínica	
Estudio radiográfico	
Modelos de estudio	
Prótesis provisionales	
Preparaciones (especifique)	
Impresiones y selección de color	
Modelos de trabajo	
Montaje en articulador	
Pruebas de prótesis en metal	
Prueba de la prótesis con material estético	
Cementación	
Inserción de la prótesis removible	
Terminado	
No. De unidades de Prótesis Fija	
No. De unidades de Prótesis Removible	

Tratamientos Adicionales: _____

Observaciones: _____

Costo derecho de clínica: _____

Costo de laboratorio aproximado de la prótesis: _____

El paciente, fue informado sobre el tratamiento y su costo aceptando ambos:

Firma del Alumno: _____ Firma del Profesor: _____ Firma: _____

El paciente quedó satisfecho y conforme con el tratamiento terminado:

Firma y Fecha: _____



ANEXO 2

 **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR PROCEDIMIENTOS DE PROTESIS DENTAL PARCIAL FIJA Y REMOVIBLE** 

Nombre del Paciente: Edmundo Cortés Cruz Fecha: Febrero-2018
Diagnóstico Preprotésico: Paciente con sonriosa gingival alta copias clínicas cortas y microdoncia en
Tratamiento: Rehabilitación con carillas de tipo lente de contacto laterales

De acuerdo al examen buco-dental que cuidadosamente a efectuado el alumno de protesis dental parcial fija y removible, es presentado este documento escrito y firmado por el paciente, persona responsable o tutor, mediante el cual acepta, bajo la debida información de los riesgos y beneficios esperados del procedimiento a realizar, por consiguiente y en calidad del paciente:

DECLARO:

1. Que cuento con la información suficiente sobre mi(s) padecimiento(s) buco-dentales, y sobre los riesgos y beneficios durante mi tratamiento protésico, que pueden haber cambios de procedimiento y materiales originalmente planteados.
2. Entiendo que el procedimiento a realizar, los riesgos que implica y la posibilidad de complicaciones me han sido explicadas por el facultativo a cargo y comprendo perfectamente la naturaleza y consecuencias del procedimiento.
3. Que no se me ha garantizado ni dado seguridad alguna acerca de los resultados que se podrán obtener.
4. Que puedo requerir de tratamientos complementarios de los propuestos en el plan de tratamiento original.
5. Que se me ha informado que el personal del departamento de Protesis Dental Parcial Fija y Removible cuenta con experiencia y con el equipo necesario para mi procedimiento protésico y aun así, no se exime de presentar complicaciones.
6. Que en caso de padecer alguna cardiopatía, diabetes u otra enfermedad de tipo sistémico, será necesario traer una autorización del médico tratante.
7. Que consiento para que se me administre anestesia local bajo la supervisión del facultativo a cargo, en el entendido que puede llegar a provocar alteraciones que podían incluso resultar graves, lo que requeriría de procedimientos de urgencia.
8. Que autorizo a la F.O. de la UNAM para que presente con fines científicos o didácticos, los procedimientos llevados a cabo en mi persona.
9. Que consiento para que se tomen fotografías y películas sobre mi caso.
10. Que soy responsable de comunicar mi decisión de someterme a tratamiento dental informando a mi familia.

En virtud de lo anterior, doy mi consentimiento por escrito para que los estudiantes de la asignatura de Protesis Dental Parcial Fija y Removible, bajo la asesoría del facultativo a cargo, lleven a cabo los procedimientos que consideren necesarios para realizar los tratamientos indicados a los que he decidido someterme, en el entendido de que si ocurren complicaciones en la aplicación de las diferentes técnicas restaurativas, no existe conducta dolosa.

ACEPTO


Edmundo Cortés Cruz
NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O DEL PADRE O TUTOR


Janeth Sanchez Martinez
NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESOR A CARGO

NOTA: Anexar copia de identificación oficial del paciente.