



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA

**TRABAJO DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ODONTÓLOGO/A**

TEMA

Restauraciones estéticas anteriores de disilicato de litio

AUTOR (a)

Cristina Alejandra Ruiz Garay

TUTOR (a)

Dr. Eduardo Loza Menendez

Guayaquil, abril del 2016

Ecuador

CERTIFICACIÓN DE TUTORES

En calidad de tutor del trabajo de Titulación

Certificamos

Que hemos analizado el Trabajo de Titulación como requisito previo para optar por el título de tercer nivel de Odontología. Cuyo tema se refiere a:

Restauraciones estéticas anteriores de disilicato de litio

Presentado por:

Cristina Alejandra Ruiz Garay

C.I. 09247789894

Dra. Eduardo Loza Menendez

Tutor Académico – Metodológica

Dr. Mario Ortiz San Martin. MSc.

Decano

Dr. Miguel Álvarez Avilés. MSc.

Subdecano

Dr. Patricio Proaño Yela. MSc.

**Director Unidad
Titulación**

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Yo, CRISTINA ALEJANDRA RUIZ GARAY, con cédula de identidad N° 092478989-4, declaro ante el Consejo Directivo de la Facultad de Odontología de la Universidad de Guayaquil, que el trabajo realizado es de mi autoría y no contiene material que haya sido tomado de otros autores sin que este se encuentre referenciado.

Guayaquil,, dedel 2016.

.....

CRISTINA ALEJANDRA RUIZ GARAY

C.I 092478989-4

CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA

El TRIBUNAL CALIFICADOR previo a la obtención del título de Odontólogo/a otorga al presente trabajo de investigación las siguientes calificaciones:

MEMORIA CIENTIFICA []

DEFENSA ORAL []

TOTAL []

EQUIVALENTE []

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

PROFESOR DELEGADO

PROFESOR SECRETARIO

DEDICTORIA

Esta dedicatoria va dirigida para la persona más importante que paso por mi vida, mi ángel, mi tía Elsy Garay, aquella persona que me demostró que no era necesario nacer de ella para considerarla mi madre, la que me enseñó todo, me crio y me enseñó a ser quien soy y sentirme orgullosa de ello, todo lo bueno que eh conseguido se lo debo a ella y por todos los errores que eh cometido le pido disculpas. Aunque ya no este conmigo físicamente, todo se lo seguiré agradeciendo, cada logro que consiga en mi vida, será por ella y por mi madre. Sé que, aunque he cometido muchos errores ella está ahí sonriendo esperanzada de que siempre lo haga mejor y lo haré. No tengo palabras para decir lo que significo ella para mí, mi amor es infinito sea donde sea que ella este, no olvidare sus palabras, su trato y sobre todo lo que es sentirse tan querida. Eh logrado algo más en mi vida y se lo debo a ella, gracias. Y aunque no pueda estar conmigo este día, esto se lo dedico a ella, este logro y todos los que vengan.

Cristina Alejandra Ruiz Garay

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Dios por lo bueno que me ha brindado, por la paciencia, por la perseverancia y por la fuerza que me dio para llegar a mi objetivo sin desistir en ningún momento.

En segundo lugar, agradezco a mi abuelita por el amor y el apoyo infinito que tuvo en mí, porque gracias a ella soy la persona que soy y me enseñó todo para poder llegar hasta donde eh llegado, le premio a mi madre por darme la compañía y la confianza que necesité para conseguir mis objetivos y por darme la fuerza de no decaer jamás y transmitirme esas ganas que me impulsan para seguir adelante y llegar a ser alguien, todo lo hago por ella.

En tercer lugar, agradecerle a mi tutor Dra. Eduardo Loza por guiarme, por ayudarme a realizar este trabajo de titulación gracias por el apoyo y la ayuda que me ah brindado para poder concluir este objetivo tan importante que todos tenemos en la vida, de verdad muchísimas gracias.

También debo agradecer a los docentes que fueron participes en mi desarrollo como profesional en todo este año de estudiante universitaria y compartirme sus conocimientos.

A Mi tía Magaly Garay le agradezco tanto por su confianza, por quererme y por apoyarme siempre, por nunca haberme dado la espalda en esos momentos difíciles, por ser como una madre para mí y darme la mano, por haber sido mi cómplice y mi amiga sin juzgarme y estar conmigo en las buenas y las malas.

Y por último agradecerles a mis primos por ser como unos hermanos para mí, por el apoyo, por la complicidad y por la ayuda que tuve de parte de ustedes en toda mi vida, gracias por darme la mano cuando más lo necesité.

Cristina Alejandra Ruiz Garay

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Dr.

Mario Ortiz San Martín, MSc.

DECANO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Presente.

A través de este medio indico a Ud. que procedo a realizar la entrega de la Cesión de Derechos de autor en forma libre y voluntaria del trabajo RESTAURACIONES ESTETICAS ANTERIORES DE DISILICATO DE LITIO realizado como requisito previo para la obtención del título de Odontólogo/a, a la Universidad de Guayaquil.

Guayaquil,, dedel 2016.

.....

CRISTINA ALEJANDRA RUIZ GARAY

C.I 092478989-4

INDICE GENERAL

Contenido	Pág.
Carátula	I
Aprobación del tutor	II
Declaración de la autoría de la investigación	III
Certificación de la defensa	IV
Dedicatoria	V
Agradecimiento	VI
Cesión de derechos de autor a la universidad de Guayaquil	VII
Índice General	VIII
Índice General	IX
Índice general	X
Índice de figura o fotos	XI
Índice de figura o fotos	XII
Índice de figura o fotos	XIII
Índice de figura o fotos	XIV
Resumen	XV
Abstract	XVI
TEXTO	
1. Introducción	1
Introducción	2
Introducción	3
Introducción	4
Introducción	5
Introducción	6
Introducción	7
Introducción	8

INDICE GENERAL

Contenido	Pág.
Introducción	9
Introducción	10
2. Objetivo	11
3. Desarrollo del caso	11
3.1 Historia Clínica del paciente	11
3.1.1 Identificación del paciente	11
3.1.2 Motivo de consulta	11
3.1.3 Anamnesis	11
Anamnesis	12
3.2 Odontograma	13
3.3 Imágenes de Rx, modelos de estudio, fotos Intraorales y extraorales	14
Imágenes rx, modelos de estudio. Fotos intraorales	15
imágenes rx, modelos de estudio, fotos intraorales y extra orales	16
imágenes rx, modelos de estudio, fotos intraorales y extra orales	17
3.4 Diagnóstico	18
4. Pronóstico	18
5. Planes de tratamiento	18
planes de tratamiento	18
planes de tratamiento	18
5.1 Tratamiento	19
Tratamiento	20
Tratamiento	21
Tratamiento	22
Tratamiento	23
Tratamiento	24
Tratamiento	25
Tratamiento	26

INDICE GENERAL

Contenido	Pág.
Tratamiento	27
Tratamiento	28
6. Discusión	63
7. Conclusiones	63
8. Referencias bibliográficas	64
9. Anexos	65
Anexos	66
Anexos	67
Anexos	68

INDICE DE FIGURA O FOTOS

Contenido	Pág.
Vista clínica previa	30
Análisis clínico del estado inicial del paciente	30
Observación de los tejidos blandos	31
Profilaxis y apertura	31
Inspección de caries por palatino en la pieza #11	32
Inspección de caries por vestibular de la pieza #11	32
Restauración de caries en la pieza #11	33
Retoque de diseño de la pieza #11 para corona de jacket	33
Diseño de la pieza #12 para corona de jacket	34
Acondicionamiento	34
Retoque con resina en piezas #11, #12, #21, #22	35
Restauración y preparación final de la pieza #11	35
Acabado de hombro de las piezas #11 y #12	36
Diseño para carillas para las piezas #21 y #22	36
Matriz de silicona pesada tomada al encerado	37
Revase con acrílico crilene	37
Acabado del ajuste provisional	38
Adaptación final de provisionales	38
Primer tiempo de impresión con material	39
Cubeta con la impresión de la arcada superior en negativo	39
Recorte de excesos y bordes de la silicona	40
Preparación gingival para con hilos de separación	40
Colocación de hilo separador	41
Materiales pesado (putty) y silicona	41
Toma de impresión en segundo	42
Lavado de la impresión	42
Secado de la impresión	43

INDICE DE FIGURA O FOTOS

Contenido	Pág
Impresión final a dos tiempos	43
Modelos cortados y delimitados con el sistema	44
Vista por vestibular de carillas y coronas	44
Vista por palatino para la prueba de adaptación	45
Prueba de adaptación	45
Observación y modificación de defectos internos	46
Observación de alteraciones internas	46
Prueba de adaptación en la pieza #12	47
Vista por vestibular de adaptación	47
Vista por vestibular en el modelo de trabajo	48
Vista por palatino en el modelo de trabajo	48
Profilaxis y retiro del cemento provisional	49
Grabado con ácido orto fosfórico	49
Colocación de adhesivo	50
Acido fluorhidrico a utilizar	50
Grabado con ácido fluorhídrico	51
Colocación de silano	51
Cemento dual allcem para cementación	52
Adaptación de la corona #11	52
Fotocurado	53
Vista por vestibular y palatino de las piezas #11 Y #21	53
Vista por vestibular de las coronas #11 y #12	54
Vista por vestibular y palatino de las carillas #21 y #22	54
Vista en oclusión de las carillas #21 y #22	55
Vista en oclusión de las coronas #11 y #12	55
Vista en oclusión de las carillas y coronas cementadas	56

INDICE DE FIGURA O FOTOS

Contenido	Pág
sonrisa del paciente	56
Antes	57
Después	57

RESUMEN

Las carillas y coronas se utilizan con creciente frecuencia para la rehabilitación duradera y estética de los dientes anteriores. Mediante un método de elaboración cauteloso y respetuoso es posible preservar una cantidad significativa de sustancia dental dura y al mismo tiempo obtener un resultado estético aceptable. La aparición del disilicato de litio representó una revolución en la industria dental ya que no sólo optimizan largamente las expectativas estéticas de los pacientes, sino que además aportan beneficios funcionales, firmeza y adaptabilidad en su preparación. Estas propiedades permiten entre otras cosas la elaboración de carillas y coronas en el sector anterior. Este se trata de un material cerámico de excelente firmeza, originado a partir de un proceso de control de nucleación y cristalización del vidrio a través de calor. Es un método versátil y con capacidad de pulido, por lo que brinda restauraciones con alta estética y materiales muy resistentes. El objetivo de este tratamiento fue restaurar estéticamente y recuperar la línea media y línea de la sonrisa pérdidas por trauma en la arcada superior con pérdidas mínimas de sustancia dental natural, este caso fue realizado en la Facultad Piloto de odontología de Guayaquil. Al paciente lo pudimos ayudar proponiéndole un cambio estético de sus piezas anteriores, continuando con el caso no finalizado con el cual llegó, el resultado fue satisfactorio para el paciente, porque al ser ella estudiante de odontología tiene una mejor presentación y estética en su sonrisa. Como conclusión obtuvimos que el Disilicato de litio resulta un tipo de cerámica óptima para un tratamiento estético, ya que para coronas anatómicas y carillas, este material es más duradero que otras cerámicas de recubrimiento, siendo un material cerámico de alta resistencia, estética y durabilidad.

Palabras claves: Estética. Cosmética. Restauraciones estéticas de disilicato de litio. Preparación conservadora.

ABSTRACT

Veneers and crowns are used with increasing frequency for durable and aesthetic rehabilitation of the anterior teeth. Through a conservative and respectful method of preparation it is possible to preserve a significant amount of hard tooth substance while obtaining an acceptable aesthetic result. The emergence of lithium disilicate meant a revolution in the dental industry as it not only widely optimize the aesthetic expectations of patients, but also provide functional benefits, resilience and adaptability in their preparation. These properties allow inter alia the preparation of veneers and crowns in the previous sector. This is a high strength ceramic material, produced from a process control nucleation and crystallization of glass through heat. It is a versatile and capable of polishing system, which provides high aesthetic restorations and highly resistant materials. The goal of this treatment was to restore aesthetically and recover the midline and smile line losses trauma in the upper arch with minimal loss of natural tooth substance, this case was conducted in the Pilot School of Dentistry Guayaquil. The patient could help proposing a cosmetic change from his previous pieces, continuing the case does not end with which it came, the result was satisfactory for the patient, because she be a student of dentistry has a better presentation and aesthetics in her smile. In conclusion we obtained that lithium disilicate is a type of optimal ceramic cosmetic treatment, because for anatomical and veneers crowns, this material is more durable than other ceramic coating, being a ceramic material with high strength, aesthetics and durability.

Keywords: Aesthetics. Cosmetics. Aesthetic lithium disilicate restorations. Conservative preparation

1. INTRODUCCIÓN

El conocimiento de los principios estéticos correspondería permitir una evaluación lógica de los fundamentos de la belleza. Esto solicita de una preparación en estética que permita el desarrollo de un criterio objetivo. Las investigaciones han permitido la formulación y comprobación de un grupo de principios de la percepción visual. La formulación de estas nociones o parámetros se puede usar como una guía. Se discuten la composición, la unidad, el dominio, las fuerzas cohesivas y segregativas, la proporción, la simetría y la personalidad.

La belleza se define como un conjunto de cualidades cuya expresión sensible produce un deleite o placer espiritual a la mente o a los sentidos, un sentimiento de admiración. (Kant, 1790)

“La belleza existe en la mente de quien la contempla” (Hume, 1741)

Esto quiere decir que la belleza depende del juicio, ideología, cultura, posición social y sentimientos, entonces ¿Cómo el odontólogo puede tomar una medida para orientar los tratamientos hacia un fin estético si la belleza es subjetiva?

Existen tipos de belleza como son la belleza objetiva (belleza admirable) y belleza subjetiva (agradable). La belleza objetiva envuelve que el objeto posee propiedades que lo hacen evidentemente loable. La belleza subjetiva está llena de valor y se relaciona con gustos de la persona que lo contempla. (Zachrisson,1930)

El concepto de belleza se relaciona con frecuencia a la armonía en proporción. El hablar de proporción, indica una noción de relación, porcentaje o medida en su determinación e implica la cuantificación de normas que pueden aplicarse a cada realidad física. La división satisfactoria de una superficie en partes que contraste en forma y tamaño, aún más, dependiendo una a otra se llama radio repetido. El lenguaje de las matemáticas se ha estimado siempre como una referencia relativa al entendimiento de la naturaleza. Muchos fenómenos naturales presentan una

proporción curiosa, con un efecto visual satisfactorio sobre forma geométrica. (Rufenacht, 1992)

La idea del estudio de este lenguaje a las artes como un juicio objetivo de valoración ha atraído la atención de generaciones de filósofos, quienes han esperado probar la hipótesis que la belleza puede ser expresada matemáticamente.

“la belleza depende de diferencias infinitas y resultados de la armonización de una aglomeración de números. Sin embargo, creer que la naturaleza y la belleza deben estar en manos de solamente de reglas numéricas obedecería a un deseo extremo de simplificación” (Polyclitus, 480 a.c)

Es decir, que hay infinitas maneras de interpretar la belleza, todo depende del gusto de cada persona, de lo que busca y espera obtener.

La Estética es una parte de la filosofía que se encomienda de estudiar la manera en que el juicio del ser humano interpreta los estímulos sensoriales que recibe del mundo circundante. El término estética, desde el punto de vista etimológico, procede del griego y significa percepción, y es la ciencia que estudia el conocimiento sensible, el que se obtiene a través de los sentidos. Entre los diversos objetos de estudio de la Estética forman la belleza o los juicios de gusto, así como las distintas maneras de descifrar por parte del ser humano; por tanto, la Estética está íntimamente ligada al arte y examina los diversos estilos y períodos artísticos conforme a los diversos componentes estéticos que en ellos se encuentran. (Joubert thued, 2014)

La Odontología estética o cosmética es una especialidad de la Odontología que corrige problemas afines con la salud bucal y la armonía estética de la boca en su totalidad. La evolución histórica de la Odontología estética ha seguido una trayectoria similar a la de la Cirugía Plástica, que en sus comienzos fue considerada como una especialidad de la medicina esnobista y frívola. La Odontología, desde sus inicios en el año 3 000 a.C, ya era apreciada un arte pues los médicos egipcios incrustaban piedras preciosas en los dientes como parte de su estética.

A través de la antropología dental se ha liberado información sobre la mutilación de los dientes, su modificación intencional o por tratamiento con fines culturales que han permitido establecer relaciones entre modificaciones corporales y representaciones culturales como la belleza, la importancia entre el grupo, la moda, las élites, los estatus, la afiliación étnica o el poder. (Gonzales Iglesias J. 1994)

La odontología restauradora es el arte de crear, imitar, copiar y ajustar las restauraciones con las estructuras dentales y anatómicas contiguas, y cosmética dental es el conjunto de ordenamientos operatorios y aplicación de materiales odontológicos, con el objetivo de alcanzar belleza y armonía requeridas por la odontología estética. Así, uno de los procedimientos estéticos más pretéritos y valiosos es la remodelación cosmética, la cual tiene por finalidad la reatomización de los dientes con objetivo estético. Esta particularidad de tratamiento puede ser considerada económica y conservadora, siendo capaz de proporcionar no solo beneficios estéticos, sino también, de higienización y frecuentemente mejorar la función oclusal de los pacientes. (Addin, 2003)

La estética facial, se la divide en varios grupos, como es la macro estética que se encarga de analizar la cara desde cualquier ángulo en perfil o desde una perspectiva frontal. La mini estética que es la que se encarga de analizar la sonrisa, los movimientos de los labios, la exposición, la posición y la analogía dental con los labios y la micro estética que es la que examina la forma, el tamaño o el color y la relación dental. (Proffit w, Raymond P, David S. 2004)

Para valorar, diagnosticar y resolver problemas estéticos con cierto grado de acierto se requiere un enfoque sistemático y organizado. Los objetivos primordiales en odontología estética son crear dientes de proporciones placenteras en proporción a los otros dientes y crear un ajuste dentario en armonía con la encía, los labios y la cara del paciente. (Ruffenachat, 1992)

La boca es el elemento dominante de la cara, somete por su tamaño, su movilidad, el significado fisiológico y los aspectos psicológicos involucrados. La cantidad de dominio viene dada por la naturaleza del paciente y la fuerza de las facciones del rostro con las que la boca debe competir para lograr dominio. El dominio es un requerimiento primario para proveer unidad, así como la unidad es un requisito primario para proveer composición. El color, la forma y las líneas son elementos que pueden crear dominio. En cuanto a la composición dental, el dominio se puede extender haciendo más visibles los dientes, esto se puede lograr modificando el tamaño, logrando dientes más claros o colocándolos más vestibularizados e inclusive mostrando un mayor largo gingivo-incisal. En cualquier sonrisa el diente más dominante en el parte preliminar por su alineación y tamaño debería ser el incisivo central superior. El siguiente dominio debería estar situado en la región del camino o premolar, uno de ellos debe marcar la esquina de la boca y con ello la fuerza visual en el arco, sin este dominio el arco luce natural sin fuerza y sin individualidad. Esto debe estar en relación a la personalidad proyectada por el paciente. (Ruffenachat, 1992)

En odontología, la evaluación de la belleza no debe ser restringida a la composición dental.

“El dominio debe ser evaluado a la luz de la connotación física y psicológica del paciente” (Rufenacht, 1992)

Es decir, el dominio es el factor clave requerido para proveer una evaluación más dilatada de la composición dentofacial y la necesidad de una integración armoniosa de una composición dental en una estructura facial.

En odontología, el concepto de equilibrio y radio repetido se ha examinado en relación al tamaño de los dientes y a la división horizontal del área de la boca. Se debe destacar la importancia de la proporción entre ancho y largo en las dimensiones de los dientes individualmente y entre los tamaños de los dientes anteriores en conjunto. En base a esto, podemos implantar el radio entre el ancho del central superior con

respecto al lateral superior, repitiendo el radio entre lateral y la parte mesial evidente del canino y así sucesivamente hasta colocar todos los dientes en el espacio. (Policlytus)

Una sonrisa vista directamente desde el frente se considera estéticamente adecuada si cada diente, intentando desde la línea media, es aproximadamente el 60% del tamaño del diente inmediatamente anterior a éste. Esto se basa en la impresión que se recibe con los dientes de frente, es decir su tamaño supuesto, no se refiere a tamaños medidos. Naturalmente, este teorema no es absoluto, es solo una guía práctica para establecer proporcionalidad. Así mismo, el tercio inferior de la cara se divide en simetría dorada por el borde incisal de los dientes superiores cuando la cara está en reposo. Esto no es tan exacto y la diferenciación está relacionada a la curvatura del mentón y a la de la punta de la nariz con respecto al labio superior. El término proporción que implica geometría y aritmética y relaciona la belleza con valores numéricos debe ir de la mano con el término idealismo, que nos permite asimilar y replicar las formas perfectas de los dientes ante de crear una variación y una caracterización. Por tanto, la proporción y el idealismo son materiales no metas, es decir, son guías útiles con las que el artista juega. (Lombardi, 1960)

El amplio uso de procedimientos odontológicos y de estética restauradora, han generado gran interés en la determinación de guías y estándares estéticos, para lograr la belleza ideal y la sonrisa perfecta. La estética facial es la delegada de estudiar el grado de belleza del rostro humano, regulando las diferentes proporciones de los segmentos faciales conforme a un ideal relativamente subjetivo, que ayuda a definir y a determinar patrones dentales estéticos. (Pelaez Echeverria, 2010)

“La belleza es lo contrario a la deformidad. Entre más remoto estemos de la deformidad, más nos acercamos a la belleza” (Durer, 1522)

Podríamos imaginar, de acuerdo con esta definición, que las características o propiedades estéticos se encuentran en una “balanza”. En esta colocaríamos lo que es bello en un lado, y lo que es feo en el otro. Lo ideal sería todo lo feo se descarta

para que el “peso” aumente en lo bello. Nunca quitaríamos de lo bello y lo llevaríamos al otro lado, a menos que no lo tengamos en cuenta, perdiendo lo que es favorable para los pacientes al iniciar el tratamiento. (Hume, 1741)

Las cerámicas dentales son conocidas por su perfección en reproducir artificialmente los dientes naturales. En el siglo XVIII fue colocada por primera vez en la odontología como diente artificial para prótesis totales. A partir del siglo XX pasó a ser utilizada para la realización de restauraciones metal cerámicas y más recientemente con el adelanto de la tecnología cerámica surgieron las restauraciones libres de metal. Han sido tan importantes y revolucionarios los cambios y contribuciones en este campo en los últimos 20 años que en la actualidad existe una multitud de sistemas cerámicos. (Fauchard,1678)

Las carillas y coronas de cerámica constituyen una alternativa conservadora de recubrimiento, que mejora la estética del sector anterior. Esta reparación ha evolucionado durante las últimas décadas y actualmente se sitúa dentro de las restauraciones más comunes. Las variaciones de forma o color en los dientes anteriores, representan una de las condiciones clínicas que demandan el uso de estas restauraciones de cerámica en este sector. En la actualidad, al recuperar un diente anterior o posterior se busca la preservación del tejido a través de una mínima intervención de tallado en la superficie dental. Las carillas de cerámica en el sector posterior son una opción para restablecer la funcionalidad y estética de los dientes en esa zona. Sin embargo, para predecir su supervivencia clínica, se debe buscar el material cementante óptimo que garantice una unión aceptable y que preserve la interfaz diente-restauración. (Hume, 1741)

El éxito a largo plazo en las restauraciones de operatoria dental se da en gran medida, de diversos factores como resistencia a la fractura y al desgaste, estabilidad dimensional, permanencia y retención, estética, y sellado marginal. Un sellado marginal incompleto se traduce en mayor adherencia de placa bacteriana y micro filtración marginal que pueden producir caries secundarias y/o irritación en la encía marginal causando el fracaso de la rehabilitación. (McLean, 1971)

En respuesta a lo anteriormente expuesto, a lo largo del tiempo, diferentes aleaciones metálicas, frecuentemente en combinación con recubrimientos estéticos, se han usado como materiales en la fabricación de restauraciones dentales, pero en la actualidad, vivimos en una era en la que la estética juega un papel primordial en la odontología. Desfavorablemente, las restauraciones metálicas no llenan todas las aspiraciones estéticas deseadas. Es por esto que el progreso de nuevos materiales ha sido dirigido a satisfacer esta necesidad.

La cerámica engloba a una gran familia de materiales inorgánicos metálicos y no metálicos que pueden tener estructuras cristalinas y vítreas cuya estructura principal depende del tipo de cerámica empleada. (Miller,1975)

Para conocer algunos de los tipos de cerámicas que podemos encontrar en la actualidad tenemos las cerámicas de feldespato, cuarzo y caolín. Estas permiten conseguir restauraciones completamente biocompatibles, con una elevada resistencia a las fuerzas de compresión, siendo al mismo tiempo capaces de lograr una estética excelente. Estas a su vez se clasifican en otras cerámicas como las convencionales que son cerámicas de composición convencional, contienen 75 a 85% de feldespato de Potasio o feldespato de Sodio, cuarzo, leucita, alúmina, caolín y tienen una resistencia a la flexión de 80-90 MPa. Son calificadas como cerámicas de baja resistencia y son utilizadas principalmente como cerámicas de recubrimiento de subestructuras metálicas o cerámicas, debiendo tener un coeficiente de expansión térmica compatible. Las cerámicas alúminas que están formadas de óxido de aluminio, óxido de magnesio y aluminato de magnesio. Son consideradas cerámicas de mediana resistencia y pueden ser manipuladas como restauraciones monolíticas en el sector anterior como carillas estéticas o en el sector posterior como inlays y onlays. Sin embargo, también pueden utilizarse como núcleo de carillas o corona en dientes anteriores, las que deben ser recubiertas con las cerámicas compatibles más estéticas del sub-grupo anterior. Las reforzadas con leucita que son utilizadas especialmente para subestructuras de carillas, coronas y prótesis fija plural de 3 piezas anteriores que requieren ser recubiertas con cerámicas convencionales, aunque también pueden ser utilizadas como restauraciones

monolíticas que para alcanzar la estética adecuada deben ser "maquilladas" con cerámicas especialmente concebidas para estos efectos.

Las cerámicas de óxido de zirconio las cuales pueden ser fundidas, mecanizadas e inyectadas. Se trata de un material polimórfico de estructura monoclinica, estructura tetragonal y cúbica. La composición típica es de un 95% de óxido de zirconio y un 5% de óxido de itrio. El zirconio, además, constituye un refuerzo para la porcelana que compone debido a su elevado módulo de ruptura de aproximadamente 900 MPa y su alta dureza de 1200 HV. Las cerámicas vítreas, las cuales fueron descubiertas en 1968 por Mc Culloch quien fue el primero en describir como se hacían los dientes artificiales, veeners y coronas en base a vidrio de cerámicas, sus esfuerzos recibieron muy poco reconocimiento. El vidrio cerámico original contenía cristales de flúor-mica tetrasilicos, lo que concedía flexibilidad y resistencia a la estructura. Así, posteriormente se comenzó a colar para obtener sub-estructuras que eran recubiertas con una cerámica aluminosa especialmente formulada. Sin embargo, las sub-estructuras de grosor menor a 1 mm., durante el uso tendían a fracturarse quizás como resultado del transcurso térmico de la cerámica de recubrimiento. Así quedó prácticamente indicada para realizar inlays cerámicos. (Garvey, 1975)

En la búsqueda por el material de restauración ideal, numerosas investigaciones en años recientes, han descubierto las virtudes y aplicaciones del disilicato de litio para su empleo en la rehabilitación oral. Destacando, entre sus propiedades, una alta resistencia y estabilidad. Estas propiedades permiten entre otras cosas la elaboración de carillas y coronas en el sector anterior, además de la posibilidad de realizar preparaciones con líneas de terminación en el sector posterior, según la preferencia del clínico.

Son utilizadas principalmente para sub-estructuras de carillas, coronas y prótesis fija plural de tres piezas hasta nivel de premolares. Pueden ser recubiertas con cerámicas convencionales, pero en nuestro caso fue más factible ser utilizadas como restauraciones monolíticas, al presentar entre 6 a 9 distintos grados de translucidez. alcanzan un excelente rendimiento estético al tener la posibilidad de ser

"maquilladas" o mediante la técnica "cut-back", que radica en eliminar por desgaste la porción incisal y parte de la vestibular de manera de formar el espacio para que puedan ser recubiertas con porcelanas feldespáticas convencionales con mejores propiedades estéticas mediante estratificación. (Rosenblum,1997)

Hace más de 15 años nació un sistema cerámico llamado IPS Empress I, el que es basado en una cerámica vítrea reforzada con cristales de leucita, para subsiguientemente ser reforzado por cristales de disilicato de litio en el 2008, en la cual la cerámica es inyectada en un molde de revestimiento obtenido por la técnica de la cera perdida, bajo alta temperatura y presión. El sistema IPS Empress facilitó el problema de la contracción durante la quema de la cerámica, común para las cerámicas feldespáticas, debido a la alta presión de inyección de la cerámica en el molde a altas temperaturas. En el año 2007 surge el sistema IPS E-max press /CAD el cual esta fortalecido solo con disilicato de litio, pero mejorando la transparencia y translucidez y así aumentando la estética, no obstante, ofrecen una firmeza a la fractura mayor debido a una mayor homogeneidad de la fase cristalina. Cada paciente percibe sus propios pedidos y sus propios objetivos. Debido a los dos componentes del sistema satisface prácticamente todas las exigencias. (Heintze, 2008)

La búsqueda de restauraciones que devuelvan la forma, función y el color natural de los dientes ha aumentado. Así, el disilicato de litio puede ser considerado una excelente alternativa de material restaurador estético. En la literatura se observa que las cerámicas se constituyen en la principal opción de tratamiento restaurador para restituir la organización dentaria, debido a su biocompatibilidad, resistencia compresiva, conductibilidad térmica semejante a los tejidos dentarios, radiopacidad, integridad marginal, estabilidad de color y principalmente el alto potencial para simular la apariencia de los dientes. (Touati, 2000)

Alcanzar resultados a largo plazo en odontología estética continuamente exige la suma de una serie de factores como situación clínica, selección del material, técnica restauradora y mantenimiento, que determinaran el éxito clínico. Esto es más

relevante en dientes anteriores, pues esas situaciones clínicas propician un impacto significativo en la autoestima del paciente.

La confección de una reconstrucción cerámica completamente integrada a la estructura dentaria, y que cumpla tanto los requisitos funcionales como estéticos, está en la dependencia del conocimiento del comportamiento de los tejidos dentarios, así como también de los materiales restauradores utilizados para la reproducción de estas estructuras. Por este motivo, los criterios de selección de cada sistema deben ser orientados a satisfacer las necesidades de cada caso clínico. (Rosenblum,1997)

Dentro de esta perspectiva, el disilicato de litio utilizado en rehabilitación oral, pretende poner al alcance de los profesionales, restauraciones que ofrezcan estética, resistencia y un sellado marginal óptimo.

2. OBJETIVO

Restaurar estéticamente y recuperar la línea media y línea de la sonrisa pérdidas por trauma en la arcada superior.

3. DESARROLLO DEL CASO

3.1 Historia clínica del paciente

3.1.1 Identificación del paciente.

Paciente: María José Quinteros Garay.

Sexo: Femenino.

Edad: 24 años.

Dirección: Sauces 2 mz F 113 V 31

C.I: 093038546-5

3.1.2 Motivo de consulta

“Paciente solicita un cambio estético, cosmético y mecánico de sus dientes anteriores”

3.1.3 Anamnesis

Paciente de 24 años, no se encuentra en este momento en ningún tratamiento médico, ni ha sido hospitalizada, no presenta problemas de hemorragia o cicatrización.

La paciente presenta un síndrome llamado Lown-Ganong-Levine es una enfermedad del corazón que se envuelve en el grupo de trastornos denominados síndromes de pre-excitación cardíaca, lo cual produce que el paciente presente episodios de taquicardia severa o paroxística. Su tratamiento fue realizado con Procoralan de 7.5 mg, dos veces al día.

También posee problemas de gastritis ulcerosa también conocida como dispepsia la cual es una enfermedad que aqueja a la mucosa interna del estómago. Ella menciona su tratamiento solo con cuidados y cambios alimenticios. Alérgica a la penicilina.

La Paciente se presenta a la consulta por cambio estético y cosmético, no presenta dolor en ninguna pieza dental, fue expuesta a pruebas térmicas de calor y frío y compresión de aire, la cual produjo una reacción de sensibilidad en las piezas vitales #12, #21 y #22, la pieza #11 no tuvo ningún tipo de reacción dolorosa ya que fue tratada endodónticamente con anterioridad.

En la inspección clínica se realizó una previa inspección externa para saber si existía algún tipo de anomalía como edemas o inflamación, reacciones faciales dolorosas, existencia de trayectos fistulosos o cicatrices cutáneas, a las cuales se observó en el paciente todo con normalidad.

Luego se examinó internamente todas las estructuras dentarias, lengua, mejillas y boca en general, ayudándonos con instrumentos dentales para exploración como espejo bucal, sonda periodontal, hilo de seda y lupa de aumento.

En la palpación no se puede apreciar ningún cambio de volumen de los ganglios o mejillas, dureza o fluctuación. Las piezas #21, #22 y #23 con sensibilidad al tacto, aire comprimido y pruebas térmicas.

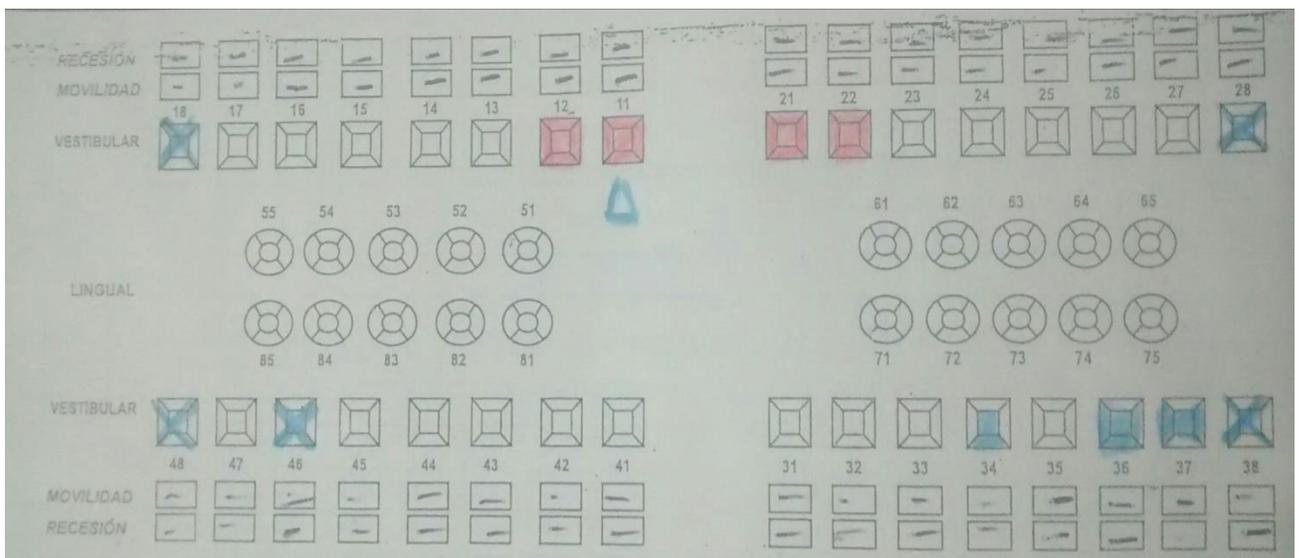
Utilizando el mango de un espejo bucal a la paciente se le realizó una percusión horizontal y vertical de cada pieza dentaria, la cual dio como resultado que las piezas carecían de algún tipo de dolor, a excepción de las piezas #12, #21 y #22 las cuales tenían sensibilidad al tacto porque ya presentaban desgaste por el tallado. No presenta movilidad en ninguna pieza dentaria.

Utilizando la lámpara de la unidad colocada detrás del diente o por reflexión del espejo bucal se apreció el grado de translucidez de cada diente. Los cuales presentaba una translucidez normal, a excepción de la pieza #11 la cual estaba

tratada con endodoncia y con colocación de poste, presento un aspecto oscuro y opaco.

3.2 Odontograma

- Piezas #11, #12, #21 y #22 tenían recesión dental con bolsa periodontal de 1,5 mm de profundidad, se detectó una periodontitis leve en estas piezas, ya que la paciente asistió a la cita con provisionales los cuales mantuvo por meses ya que venía de un tratamiento fallido el cual no culminó. Al retirar los provisionales las piezas #12, #21 y #22 presentaban sensibilidad al aire comprimido y pruebas térmicas. La pieza #11 fue tratada con endodoncia y presentaba un color oscuro en el cuello clínico, no tenía ningún tipo de sensibilidad. Piezas con necesidad de cambio estético.
- Piezas #18, #28, #38 y #48 ausentes.
- Pieza #46 extraída por caries y fractura de corona.
- Pieza #36 con restauración clase 1 compleja, resina desgastada.
- No posee fistula ni cicatrices en la mucosa, ni procesos inflamatorios periapicales.
- No posee caries.
- Pieza #34 obturación ocluso-lingual.
- Pieza #36 obturación ocluso-mesio-disto-lingual.
- Pieza #37 obturación ocluso-mesio-distal.



3.3 Imágenes de rx, modelos de estudio, fotos intraorales, extraorales.

Fotos extraorales

Foto #1



Fuente: Registro de la investigación

Autora: Cristina Ruiz Garay

Vista frontal del paciente, posee un tipo facial macro cefálico simétrico, ancho de la cara más estrecha que la altura facial.

Foto #2



Fuente: Registro de la investigación

Autora: Cristina Ruiz Garay

Vista en perfil del paciente, posee un ángulo naso labial convexo, menor de 165.

Fotos intraorales.

Foto #3

Arcada superior



Fuente: Registro de la investigación

Autora: Cristina Ruiz Garay

Foto #4

Arcada inferior



Fuente: Registro de la investigación

Autora: Cristina Ruiz Garay

Paciente no presenta patologías intraorales de ningún tipo, estado bucal saludable, óptimo para tratamiento estético

Foto #5

Imagen frontal de ambas arcadas en oclusión



Fuente: Registro de la investigación

Autora: Cristina Ruiz Garay

Foto #6

Imagen lateral derecha



Fuente: Registro de la investigación

Autora: Cristina Ruiz Garay

Paciente presenta inflamación de los tejidos blandos por el uso de provisionales en mal estado, por largo tiempo.

Modelos de estudio



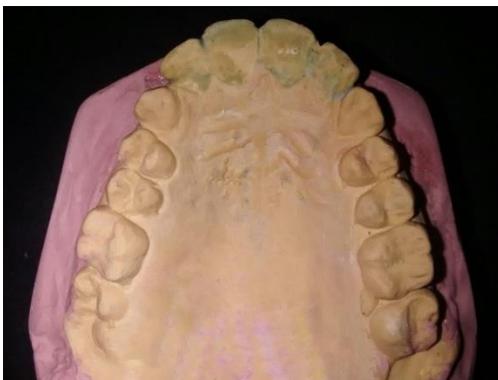
Vista frontal



Vista lateral derecha



Vista lateral izquierda



Vista por palatino



Vista por lingual

3.3.4 Diagnóstico

- a) Paciente se presentó a la consulta con un tratamiento no finalizado.
- b) Presentaba provisionales defectuosos de las piezas #11, #12, #21, #22.
- c) Piezas #12, #21 y #22 con pulpa vital tratable reversible.
- d) Restauración defectuosa de la pieza #36.
- e) Periodontitis leve con bolsa periodontal en las piezas #11, #12, #21, #22
- f) Gingivitis leve generalizada.

4. PRONOSTICO

Realizando la respectiva anamnesis y el odontograma, se llegó a la conclusión que la paciente posee un pronóstico favorable, ya que se presentó por problemas estéticos tratables y no posee patologías que impidan el tratamiento estético a realizar.

5. PLANES DE TRATAMIENTO

a. Carillas de feldespato

Estas permiten conseguir restauraciones totalmente biocompatibles, con una excelente resistencia a las fuerzas de compresión, siendo al mismo tiempo capaces de conseguir una estética excelente. Más, sin embargo, es la cerámica más vidriosa, puede llegar a producir abrasión en sus piezas antagonistas el diseño requiere mayor desgaste de tejido dentario. Porque el proceso de laboratorio en Ecuador requiere 1 mm y $\frac{1}{2}$ a 2 mm de desgaste, entonces es un procedimiento más invasivo y que conlleva a desgastar y tallar más estructura dental, esmalte y dentina. Proceso o actuación que puede llevar a un exceso de hipersensibilidad dentinaria en nuestra paciente joven de 24 años. El tratamiento que estamos realizando es más cosmético y estético más que patológico. Por eso consideramos que el más indicado a realizar fue las coronas y las carillas de disilicato de litio.

b. Coronas cerámico-metal.

La corona dental de metal-cerámica es envolvente respecto al metal y puede obtener cualquier tipo de margen, incluso porcelana pura. confiere un aspecto natural al diente su precio es más asequible al paciente que otro tipo de material como porcelana pura o de zirconio. Pueden ser con cara oclusal en metal y frente estético de porcelana como las de Venner. También pueden tener sus $\frac{3}{4}$ partes de porcelana o completamente cubiertas de porcelana excluyendo el hombro lingual. En situaciones ideales de producción y de uso, las coronas de metal-cerámica pueden durar 15-20 años. Todavía el paciente tendrá que reemplazar las coronas después de 7-10 años. Sin embargo, el metal puede provocar reacciones alérgicas es más común que la aleación de Cromo-Níquel cause reacciones alérgicas. En cuestión de estética, el efecto de luz que pasa a través de la porcelana se refleja por el metal creando un efecto sombra por lo que no se recomienda para los dientes frontales. Con el tiempo las encías se alejan dejando a la vista el metal de la corona visible como un “margen metálico” entre la encía y el diente. Todavía, es importante saber que estas no son simplemente críticas sino el resultado de la igualación directa entre diversos tipos de coronas dentales. Su oclusión puede ser caprichosa, es decir puede modificar la oclusión normal del paciente y producir desgaste excesivo de sus antagonistas.

c. Carillas de disilicato de litio.

Para coronas anatómicas y carillas, el disilicato de litio es más duradero que otras cerámicas de recubrimiento, incluyendo los sistemas de zirconio.

El Estudio reciente NYU sobre Durabilidad a la Fatiga ejemplo que la cerámica de recubrimiento de un sistema de zirconio es mucho más susceptible a la fractura de los movimientos de masticación y otros movimientos bucales en colación con disilicato de litio monolítico.

El disilicato de litio es un material cerámico de alta firmeza con una resistencia a la flexión de 360 a 400 MPa. La cementación convencional se puede manejar para el

disilicato de litio debido a su alta resistencia. Anteriormente estructuras de cerámica de vidrio requerían el uso de métodos adhesivos debido a que no tienen la resistencia estructural del disilicato de litio.

El disilicato de litio brinda una estética extraordinaria al tiempo que garantiza una mayor resistencia y logra una excelente translucidez, y el material está disponible en cuatro grados de translucidez.

Debido a su resistencia y múltiples grados de translucidez, el disilicato de litio puede utilizarse para una amplia gama de indicaciones, incluyendo:

- Coronas anteriores y posteriores
- Inlays / onlays.
- Carillas delgadas.
- Coronas sobre implantes

Como desventaja podríamos señalar su costo elevado y poco asequible. Se a echo referencia de que el disilicato de litio es una cerámica de vidrio, optimizada en transparencia, durabilidad y resistencia para restauraciones anatómicas completas. Por eso, hemos decidido que fue la mejor opción a utilizar en la paciente de 24 años que tenía un problema dental estético y cosmético sin patologías.

5.1 Tratamiento

Restauración estética en anteriores con disilicato de litio

El disilicato de litio puede ser considerado una excelente alternativa de material restaurador estético. Debido a su biocompatibilidad, firmeza compresiva, conductibilidad térmica equivalente a los tejidos dentarios, radiopacidad, integridad marginal, estabilidad de color y principalmente el alto potencial para falsear la apariencia de los dientes.

El diente debe ser modificado con características de resistencia auxiliares tal como los surcos o las cajas axiales, preferentemente en zonas proximales. La selección de las líneas de terminación final debe ser basada en el tipo de corona, en los requerimientos estéticos, el caso y la experiencia personal.

Las obligaciones estéticos y las condiciones dentarias determinan la ubicación del acabado final relativamente hacia la encía, con una ubicación supragingival se vuelve mucho más aceptable. Los ángulos de acabado deben ser redondeados y es deseable un grado razonable de la superficie suavizada.

Cuando Charles Henry Land desarrolló su técnica para la fabricación de coronas jackets de porcelana, un cambio fue requerido en las directrices para preparar los dientes porque la estructura coronal del diente fue preservada para la retención de la corona y para mantener la vitalidad pulpar. El intercedió por las coronas jackets de porcelana porque ellas preservan la estructura del diente, son más estéticas que las coronas a espiga, y reducen el número de fracturas del diente asociadas con combinaciones de restauraciones posteriores y coronas. Es importante identificar la importancia de un sellado marginal admisible e indicar que los procedimientos clínicos fueron menos dolorosos para el paciente y menos fatigante para el dentista. Así, se pueden observar las ventajas biológicas, mecánicas, estéticas, y

psicológicas de conservar la estructura coronal del diente y la realización de una reducción conservadora del diente.

Directrices de preparación de diente

La convergencia total oclusal (TOC) fue uno de los primeros aspectos de la preparación de las piezas #11 y #12 para coronas completas.

Comúnmente la vista incisal es usada clínicamente para fijar el TOC, pero es de limitado valor para determinar la convergencia real del ángulo formado. Por lo tanto, durante la preparación clínica del diente, el uso de un espejo es confiado, para, de este modo, lograr una vista facial o lingual del diente preparado. La vista clínica facial /lingual es el medio más efectivo de fijar TOC porque la convergencia de la superficie mesial y distal es fácilmente visible.

Se concluyó que 2.5 mm era la mínima dimensión inciso cervical requerida para proporcionar una resistencia adecuada para que las coronas hechas encajen al tamaño de los incisivos superiores.

Los componentes horizontales de un ciclo masticatorio y hábitos parafuncionales desarrollan fuerzas sobre coronas individuales que están habitualmente en dirección faciolingual. Esta dimensión de la elaboración del diente debería ser un foco primario de cálculos de relaciones. Por lo tanto, se recomienda que la relación IC/FL debe ser de 0,4 o más para todos los dientes.

Después de una reducción anatómica, la mayoría de los dientes tienen formas geométricas específicas cuando son vistas por oclusal. Por ejemplo, los molares mandibulares preparados tienen una forma rectangular, los molares maxilares son romboidales, y los premolares y dientes anteriores frecuentemente tienen una forma ovalada. Estas formas geométricas tradicionalmente proveen resistencia frente a fuerzas de desplazamiento en coronas individuales y FPDs. Las preparaciones piramidales proveen de un aumento en la resistencia porque éstas poseen

“esquinas” cuando se comparan con las preparaciones cónicas. Es importante conservar las “esquinas” Facio proximales y linguoproximales de la preparación del diente.

Las líneas de terminación subgingivales se requieren frecuentemente para para lograr la dimensión de IC adecuada para la retención y resistencia; extenderse más allá la caries dental, las fracturas, o erosión/abrasión o para abarcar una variedad de defectos estructurales del diente; para hacer un efecto férula cervical en una corona, en dientes endodónticamente tratados; y para mejorar la estética de dientes teñidos.

Estas recomendaciones fueron basadas en prácticas en la fabricación en laboratorio de coronas. Las líneas de término en hombro son recomendadas para las coronas totales de cerámica que no son corroídas y depositadas en el diente. Ya sea líneas de término tipo chamfer u hombro pueden ser seleccionadas para las coronas totales de cerámica depositadas en dientes preparados.

La profundidad de las líneas de término recomendada ha sido estimada de 0.5 a 1.0 mm.

La profundidad requerida de reducción axial e incisal varía con los diferentes tipos de coronas y las variadas superficies del diente. La reducción también es afectada por la posición y alineamiento del diente en el arco, por sus relaciones oclusales, por la estética, por consideraciones periodontales, y por la morfología dental.

La salud periodontal se aumenta a través del desarrollo de contornos normales de la corona cervical, pero las restauraciones con sobre contorneado promueven la acumulación de placa. Las restauraciones con sobre contorneado pueden resultar en problemas periodontales, así que la reducción de la profundidad idealmente debería permitir el simultáneo desarrollo de contornos normales, estética apropiada y fuerzas adecuadas.

Una reducción axial para coronas de cerámica completa no necesita exceder 1 mm cuando son utilizados sistemas semitraslúcidos de un valor más alto, con sombras cromáticas más bajas. Se propone que las superficies incisales deben ser reducidas

en 2 mm por que la profundidad permite el normal desarrollo de la morfología y ha sido identificado con una cantidad segura de remoción de tejido del diente.

Los ángulos lineales se forman cuando superficies de dientes preparados se juntan. Porque ángulos lineales agudos crean una sobre concentración de stress ha sido recomendado que los ángulos lineales sean redondeados durante la preparación para reforzar. Sin embargo, el efecto del redondeado de los ángulos lineales en fuerza es semejante a impactar la integridad estructural sólo de restauraciones puras de cerámica.

Redondear los ángulos lineales facilita la elaboración de los colados en yeso de las impresiones, sin atrapar burbujas, así como el investido de patrones de cera sin inclusiones de aire. Burbujas de aire atrapadas pueden llevar a nódulos en modelos lo que impide el ajuste completo de la restauración. Los nódulos son fáciles de remover cuando los ángulos lineales se redondean en la preparación del diente.

La textura superficial y la suavidad de la preparación incrementa el ajuste marginal de las restauraciones La suavidad también tiene efecto en la retención pero aparece relacionada al tipo de cemento definitivo usado.

Preparación dentaria para las carillas en las piezas #21 y #22

Se realizó una reducción vestibular de 0,5-0,6 mm, el tercio gingival y de 0,7 mm, en el tercio medio, aproximadamente. Para las intenciones de fabricación e inserción de la carilla es importante que la preparación no se extienda hasta la zona de contacto proximal, la porción proximal de la elaboración debe seguir la dirección de la papila y extenderse ligeramente por debajo del contacto interproximal para ocultar los márgenes de la preparación y evitar en dientes con manchas muy duras, el riesgo de sombras oscuras en la periferia de la carilla.

La línea de terminación debe ser un chaflán en todos los márgenes de la preparación y a nivel de la encía, generalmente, es supragingival exceptuando en casos con manchas profundas donde es colocada a nivel del margen o ligeramente por debajo del mismo de acuerdo a las necesidades estéticas.

La reducción de tejido va de 0,8 - 1,0 mm aproximadamente y la línea de terminación debe ser en chaflán. Es significativo que el contacto del antagonista no quede ubicado en la interface diente cerámica. Es recomendable efectuar rieles guías en mesial y distal para facilitar el asentamiento de la carilla.

Para lograr una reducción homogénea del tejido dentario utilizamos fresas calibradas confeccionadas para este fin las cuales dejan ranuras en la área dentaria a la profundidad requerida a que sirven de ubicación para que la reducción dentaria sea homogénea, o en su defecto podemos utilizar fresas redondas. Posteriormente, homogenizamos la elaboración con una piedra de diamante troncocónica de punta redondeada.

Toma de impresión a dos tiempos

Utilizar la técnica a dos tiempos, utilizando una cubeta de stock perforada, masilla y ligero.

Al cargar con masilla la cubeta de stock, nos aseguraremos de alcanzar hasta el borde de la cubeta, para que no se formen espacios muertos (retenciones), que luego habremos que rellenar antes de hacer los vaciados, porque de lo contrario será prácticamente imposible recuperar el modelo.

Cuando se va a usar una técnica a dos tiempos, recortar en la impresión preliminar, ya sea con una tijera quirúrgica curva muy incisiva o con una hoja de bisturí No. 11, todos los espacios interproximales y cualquier parte de la impresión, que no sea trascendente y que pueda dificultar el reposicionamiento de la cubeta en su lugar.

Colocar material de rebase (ligero, light o de jeringa), en toda la cubeta, cuando se va a hacer una práctica a dos tiempos, y no sólo en el área donde tenemos nuestra preparación, porque de lo contrario, se van a formar obligatoriamente escalones, en detrimento de los pasos posteriores, sobre todo para el montaje de los modelos en el articulador.

Asimismo, cuando la técnica es a dos tiempos, durante el rebase con el material ligero, se debe ejercer presión durante todo el tiempo que le tome al material fortalecerse.

Recordemos que la retracción gingival física, que conseguimos a través del uso del hilo, es en sentido horizontal, y la retracción química, a través del uso de sustancias, es en sentido vertical, de tal manera que es una buena práctica, el combinar un hilo impregnado con alguna solución retractora, sobre todo si queremos impresionar parte del tejido dentario que no fue tallado, porción que nos da una información muy excelente sobre todo en el momento de definir los contornos y perfiles de emergencia de nuestras prótesis.

Así el hilo venga impregnado con cualquier solución retractora, se logran mejores efectos, si después de colocado en el fondo del surco gingival, lo saturamos con alguna solución.

De preferencia no utilizar adrenalina como solución retractora, debido a que podría originar efectos sistémicos serios en pacientes con antecedentes cardíacos.

Dentro de las dos soluciones retractoras más utilizadas, y que nos dan mejores resultados, tenemos el clorhidrato de aluminio y el sulfato férrico.

El hilo debe entrar y salir del surco, húmedo, para impedir desgarrar el delicado epitelio interno del mismo. Recordemos lo que sucede cuando queremos retirar un rollo de algodón seco, del surco labio gingival; es mucho más fácil hacerlo si lo humedecemos primero.

En una técnica a dos tiempos, no dejar partes de hilo, fuera del surco, porque de lo contrario, al retirar la impresión preliminar, los hilos se van a venir en la cubeta y al ser retirados bruscamente, se puede lesionar el surco y estimular sangrado.

Recordemos que en éste, como en la mayoría de las operaciones que realizamos en Odontología, no existen términos medios; la impresión debe quedar perfecta.

A pesar que el paciente disfrute salud periodontal, a veces, después de retirar los hilos, el surco sangra. Debemos entonces echar agua (no spray) con la jeringa, hasta que deje de sangrar. Es útil hacer que el paciente se siente y se enjuague la boca con agua fría. Recordemos que el frío produce vasoconstricción y el hacer sentar al paciente reducirá la presión sanguínea en la cabeza. No se debe tomar una impresión en presencia de sangre, ni fluido.

Prueba de las carillas y coronas de porcelana

Para facilitar la manipulación de la carilla durante el período de prueba se recomendó usar un magneto para sostener la carilla, el cual se fija a la cara vestibular. Realizamos la comprobación del ajuste de la carilla limitando los riesgos de fractura durante la prueba. Posteriormente, la carilla debe limpiarse con ácido fosfórico para eliminarlos contaminantes.

Los factores a considerar durante el ensayo de la carilla son la línea media, eje dental, contorno gingival, pico de trazado gingival, triangulo interdental, forma dentaria, borde incisal, ángulo interno incisal, surcos, fositas, línea de la sonrisa.

Cementado de las carillas y coronas de disilicato de litio

Debemos observar que las carillas y las coronas de porcelana al llegar del laboratorio, en su cara interna, debe poseer un aspecto esmerilado; esto es debido a que el principal medio de retención sigue siendo la superficie grabada de la propia porcelana con ácido fluorhídrico cuya concentración es variable (aproximadamente

4,9%) y dependerá de la porcelana a utilizar, en este caso Disilicato de litio.

Luego aplicamos el silano, el cual funciona como un agente de acoplamiento y establece una unión química entre la cerámica inorgánica y el polímero orgánico, además, mejora la humectabilidad de la porcelana, esto aumenta ligeramente la fuerza adhesiva, pero no es el principal medio de retención. Se deja actuar 60 segundos, luego se coloca el adhesivo, sin fotopolimerizar se extiende bien con la jeringa de aire para evitar su almacenamiento en la carilla.

En el diente, primeramente se realiza el aislamiento, luego se ubica el hilo retractor para visualizar la línea de terminación y poder excluir posteriormente los excesos de cemento. Se realiza una profilaxis con piedra pómez, se lava y se seca, luego se graba la superficie con ácido fosfórico al 37% durante 15 segundos, se lava y se seca y se le añade el adhesivo, se extiende con aire para dejar una fina capa y no lo fotopolimerizamos.

Posteriormente, colocamos bandas de celuloide a cada lado para impedir que los excesos de cemento se unan al diente vecino durante la cementación; cargamos la carilla con el cemento dual resinoso escogido, la colocamos en el diente firmemente, hasta que se asiente correctamente, quitamos los excesos y fotopolimerizamos durante 60 segundos por cada superficie.

A continuación procedemos a separar los excesos, debe quitarse el hilo retractor en este momento para mejorar el acceso y visibilidad de la zona subgingival. Luego comprobamos oclusión y se verifican los detalles finales.

Foto #7
VISTA CLINICA PREVIA EN MAXIMA INTERCUSPIDACION



Presentacion inicial, paciente se presentó a la consulta con provisionales de un tratamiento no finalizado.

Fuente: Registro de la investigación
Autora: Cristina Ruiz Garay

Foto #8
ANALISIS CLINICO DEL ESTADO INICIAL DEL PACIENTE



Remoción de los provisionales y observación de caries en el 1/3 cervical en la pieza #21

**Fuente: Registro de la investigación
Autora: Cristina Ruiz Garay**

Foto #9

INFLAMACION DE LOS TEJIDOS BLANDOS



Observamos una fuerte inflamación de los tejidos blandos alrededor de las piezas a tratar, por la mala adaptación de los provisionales con los que se presentó.

**Fuente: Registro de la investigación
Autora: Cristina Ruiz Garay**

Foto #10

PROFILAXIS Y APERTURA DE LOS TEJIDOS DUROS



Realizamos una profilaxis previa y continuamos con la apertura de la zona cariada de la pieza #11 para restaurar.

Fuente: Registro de la investigación

Autora: Cristina Ruiz Garay

Foto #11

INSPECCION DE CARIES POR PALATINO EN LA PIEZA #11



Aquí se observa caries por palatino, lista para restauración.

Fuente: Registro de la investigación

Autora: Cristina Ruiz Garay

Foto #12

ELIMINACION DE LOS TEJIDOS DEFICIENTES



Se coloco anestesia de manera infiltrativa y se elimino el tejido cariado de la pieza dentaria para a continuación restaurar.

Fuente: Registro de la investigación

Autora: Cristina Ruiz Garay

Foto #13

RESTAURACION DE CARIES EN LA PIEZA #11



Realizamos la restauración con resina compuesta en I pieza #11

Fuente: Registro de la investigación

Autora: Cristina Ruiz Garay

Foto #14

RETOQUE DE DISEÑO DE LA PIEZA #11



Retoque y tallado del diseño de la pieza #11 para corona de jacket

Fuente: Facultad piloto de odontología

Autora: Cristina Ruiz Garay

Foto #15

DISEÑO DE LA PIEZA #12



Retoque y tallado del diseño de la pieza #12 para corona de Jacket

Fuente: Registro de la investigación

Autora: Cristina Ruiz Garay

Foto #16
ACONDICIONAMIENTO



Acondicionamiento con ácido orto fosfórico previo a la confección del núcleo con resina compuesta

Fuente: Registro de la investigación

Autora: Cristina Ruiz Garay

Foto #17

RETOQUE CON RESINA EN PIEZAS #11, #12,#21,#22



Realizamos un retoque con resina compuesta para realizar un correcto tallado para carillas y coronas.

Fuente: Registro de la investigación

Autora: Cristina Ruiz Garay

Foto #18

RESTAURACION Y PREPARACION FINAL DE LA PIEZA #11



Preparacion final con resina compuesta y tallado para corona de jacket

Fuente: Registro de la investigación

Autora: Cristina Ruiz Garay

Foto #19

ACABADO DE HOMBRO



Acabado de hombro de las piezas #11 y #12 para la confeccion de corona jacket

Fuente: Registro de la investigación

Autora: Cristina Ruiz Garay

Foto #20

DISEÑO PARA CARILLAS



Diseño para carillas para las piezas #21 y #22 con recubrimiento incisal y acabado en escalon palatino, los angulos internos de la reparacion son redondados, para evitarla concentracion de las fuerzas en esta area.

Fuente: Registro de la investigación

Autora: Cristina Ruiz Garay

Foto #21

TOMA DE IMPRESIÓN CON MATRIZ DE SILICONA



Se realizó una toma de impresión con matriz de silicona pesada al encerado de diagnóstico para la correcta realización de los provisionales

Fuente: Registro de la investigación

Autora: Cristina Ruiz Garay

Foto #22

REVASE CON ACRILICO CRILENE



Realizamos un revase con acrílico crilene para la mejor adaptación del borde al margen cervical de la preparación de los provisionales

Fuente: Facultad piloto de odontología

Autora: Cristina Ruiz Garay

Foto #23

AJUSTE PROVISIONAL



Acabado del ajuste provisional respetando los tejidos blandos

Fuente: Registro de la investigación

Autora: Cristina Ruiz Garay

Foto #24

ADAPTACION FINAL DE PROVISIONALES



Adaptacion final de los provisionales. A la paciente se le recomendó varios cuidados para la pronta desinflamación de los tejidos.

Fuente: Registro de la investigación

Autora: Cristina Ruiz Garay

Foto #25

PRIMER TIEMPO DE IMPRESIÓN



Realizamos la impresión a dos tiempos, en esta imagen observamos el primer tiempo de la impresión, esta la realizamos con material putty con los provisionales puestos

Fuente: Registro de la investigación

Autora: Cristina Ruiz Garay

Foto #26

CUBETA CON LA IMPRESIÓN DE LA ARCADA SUPERIOR EN NEGATIVO



Fuente: Registro de la investigación

Autora: Cristina Ruiz Garay

Foto #27

RECORTE DE EXCESOS



Aquí realizamos el corte de los excesos y bordes para la colocación de la silicona de condensación de la toma de impresión en segundo tiempo

Fuente: Registro de la investigación

Autora: Cristina Ruiz Garay

Foto #28

PREPARACION GINGIVAL



Preparacion gingival con hilos de separación para pronunciar el surco gingival, previo a la toma de impresión a dos tiempos

Fuente: Facultad piloto de odontología

Autora: Cristina Ruiz Garay

Foto#29

COLOCACION DE HILO SEPARADOR



Colocacion del hilo separador en las piezas #11, #12, #21, #22 para pronunciar el surco gingival

Fuente: Facultad piloto de odontología

Autor: Cristina Ruiz Garay

Foto #30

MATERIALES PARA LA TOMA DE IMPRESIÓN A SEGUNDO TIEMPO



pesado (putty) y silicona de condensación a utilizar para la toma de impresión

Fuente: Registro de la investigación

Autora: Cristina Ruiz Garay

Foto #31

TOMA DE IMPRESIÓN EN SEGUNDO TIEMPO



Toma de impresión a segundo tiempo con silicona de condensación

Fuente: Registro de la investigación

Autora: Cristina Ruiz Garay

Foto #32

LAVADO DE LA IMPRESIÓN



Fuente: Registro de la investigación

Autora: Cristina Ruiz Garay

Foto #33

SECADO DE LA IMPRESIÓN



Fuente: Registro de la investigación

Autora: Cristina Ruiz Garay

Foto #34

IMPRESIÓN FINAL A DOS TIEMPOS



Fuente: Registro de la investigación

Autora: Cristina Ruiz Garay

Foto #35

MODELOS CORTADOS Y DELIMITADOS CON EL SISTEMA PING PARA DADOS



Fuente: Registro de la investigación

Autora: Cristina Ruiz Garay

Foto #36

VISTA POR VESTIBULAR DE CARILLAS Y CORONAS PARA PRUEBA DE ADAPTACION EN EL MODELO DE TRABAJO



Fuente: Registro de la investigación

Autora: Cristina Ruiz Garay

Foto #37

VISTA POR PALATINO DE CARILLAS Y CORONAS PARA LA PRUEBA DE ADPTACION EN EL MODELO DE TRABAJO



Fuente: Registro de la investigación

Autora: Cristina Ruiz Garay

Foto#38

PRUEBA DE ADAPTACION



Realizamos la prueba de adaptación utilizando silicona liviana para el correcto ajuste cervical

Fuente: Registro de la investigación

Autora: Cristina Ruiz Garay

Foto #39

OBSERVAR Y MODIFICAR DEFECTOS INTERNOS CON LA SILICONA LIVIANA



Fuente: Registro de la investigación

Autora: Cristina Ruiz Garay

Foto #40

OBSERVAR DETENIDAMENTE ALTERACIONES INTERNAS



Fuente: Registro de la investigación

Autora: Cristina Ruiz Garay

Foto #41

PRUEBA DE ADPTACION EN LA PIEZA #12



Realizamos la prueba de adaptación en la pieza #12 utilizando silicona liviana, utilizando hilo dental para verificar relaciones de contacto

Fuente: Registro de la investigación

Autora: Cristina Ruiz Garay

Foto #42

VISTA POR VESTIBULAR DE LA PRUEBA DE ADAPTACION DE LAS CARILLAS Y CORONAS



Fuente: Registro de la investigación

Autora: Cristina Ruiz Garay

Foto #43

VISTA POR VESTIBULAR DE LAS CARILLAS Y CORONAS DE DISILICATO DE LITIO EN EL MODELO DE TRABAJO



Fuente: Registro de la investigación

Autora: Cristina Ruiz Garay

Foto #44

VISTA POR PALATINO DE LAS CARILLAS Y CORONAS DE DISILICATO DE LITIO EN EL MODELO DE TRABAJO



Fuente: Registro de la investigación

Autora: Cristina Ruiz Garay

Foto #45

PROFILAXIS Y RETIRO DEL CEMENTO PROVISIONAL



Se realizo una profilaxis luego de retirar los provisionales y retiramos todo el cemento provisiona existente

Fuente: Registro de la investigación

Autora: Cristina Ruiz Garay

Foto #46

GRABADO CON ACIDO ORTO FOSFORICO



Grabamos con acido ortofosforico al 35% durante 15 segundos en las piezas dentarias previo a la cementación de las carillas y coronas

Fuente: Registro de la investigación

Autora: Cristina Ruiz Garay

Foto #47

COLOCACION DE ADHESIVO



Colocacion de adhesivo, 15 segundos en dentina y 5 segundos en cemento sin fotocurar

Fuente: Registro de la investigación

Autora: Cristina Ruiz Garay

Foto #48

**ACIDO FLUORODRICO A UTILIZAR PARA CONDICIONAR LAS CARILLAS Y
CORONAS DE DISILICATO DE LITIO**



Fuente: Registro de la investigación

Autora: Cristina Ruiz Garay

Foto #49

PREPARACION DE LAS CARILLAS Y CORONAS



**Preparacion de las carillas y coronas de disilicato de litio, grabando con ácido
fluorhídrico al 9% durante 6 minutos**

Fuente: Registro de la investigación

Autora: Cristina Ruiz Garay

Foto #50

COLOCACION DE SILANO



Colocacion de silano durante 60 segundos en las carillas y coronas de disilicato de litio

Fuente: Registro de la investigación

Autora: Cristina Ruiz Garay

Foto #51

CEMENTO DUAL ALLCEM PARA CEMENTACION DE LAS CARILLAS Y CORONAS DE DISILICATO DE LITIO



Fuente: Registro de la investigación

Autora: Cristina Ruiz Garay

Foto #52

ADAPTACION DE LA CORONA #11



Adaptacion de disilicato de litio respetando la línea de la sonrisa y el eje longitudinal de los dientes

Fuente: Registro de la investigación

Autora: Cristina Ruiz Garay

Foto #53

FOTOCURADO



Fotocurado durante 60 segundos para una óptima adaptación de las carillas y coronas de disilicato de litio

Fuente: Registro de la investigación

Autora: Cristina Ruiz Garay

Foto #54
VISTA POR VESTIBULAR Y PALATINO DE LAS PIEZAS #11 Y #21
CEMENTADAS



Fuente: Registro de la investigación
Autora: Cristina Ruiz Garay

Foto #55
VISTA POR VESTIBULAR DE LAS CORONAS #11 Y #12 CEMENTADAS



Fuente: Registro de la investigación
Autora: Cristina Ruiz Garay

Foto #56
VISTA POR VESTIBULAR Y PALATINO DE LAS CARILLAS #21 Y #22
CEMENTADAS



Fuente: Registro de la investigación
Autora: Cristina Ruiz Garay

Foto #57
VISTA EN OCLUSION DE LAS CARILLAS #21 Y #22 EN DISILICATO DE
LITIO



Fuente: Registro de la investigación
Autora: Cristina Ruiz Garay

Foto #58
VISTA EN OCLUSION DE LAS CORONAS #11 Y #12 EN DISILICATO DE LITIO



Fuente: Registro de la investigación
Autora: Cristina Ruiz Garay

Foto #59
VISTA EN OCLUSION DE LAS CARILLAS Y CORONAS DE DISILICATO DE LITIO CEMENTADAS



Fuente: Registro de la investigación
Autora: Cristina Ruiz Garay

Foto #60

SONRISA



Sonrisa satisfecha de la paciente por los excelentes resultados estéticos

Fuente: Registro de la investigación

Autora: Cristina Ruiz Garay

Foto #61

ANTES



Fuente: Registro de la investigación

Autora: Cristina Ruiz Garay

Foto # 62

DESPUES



Fuente: Registro de la investigación

Autora: Cristina Ruiz Garay

6. DISCUSIÓN

El caso fue realizado en la Facultad Piloto de odontología de Guayaquil, al paciente lo pudimos ayudar proponiéndole un cambio estético de sus piezas anteriores, continuando con el caso no finalizado con el cual llegó. El caso fue de una mujer de 24 años, quien se presentó con provisionales desgastados de sus piezas anteriores buscando una solución estética.

Es por eso que el paciente accedió a realizarse las carillas y las coronas de disilicato de litio ya que con esta opción se realizaría un cambio estético favorable con un mínimo de desgaste de tejido dentario.

El resultado fue satisfactorio para el paciente, porque al ser ella estudiante de odontología tiene una mejor presentación y estética en su sonrisa.

7. CONCLUSIÓN

Para nuestro paciente, el cual se presentó a la consulta por un problema estético y no patológico presentó un resultado integro, ya que al finalizar el tratamiento tuvo un cambio estético y cosmético favorable y exitoso.

Como conclusión tenemos que el Disilicato de litio resulta un tipo de cerámica óptima para un tratamiento estético, ya que para coronas anatómicas y carillas, el disilicato de litio es más durable que diferentes cerámicas de recubrimiento, siendo un material cerámico de alta resistencia, estética y durabilidad.

El disilicato de litio ofrece una estética sorprendente al tiempo que garantiza una mayor resistencia y logra una excelente translucidez.

Bibliografía

(2015). *revista colombiana de investigación en odontología*.

Alfaro, B. M. (2015). Resistencia a la Compresión de Carillas Cerámicas de Disilicato de Litio Cementadas con Cemento Resinoso Dual y Cemento Resinoso Dual Autoadhesivo en Premolares Maxilares. Obtenido de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2015000100013

asociacion lationamericana de operatoriadental y biomateriales. (2003). PLANIFICACIÓN ESTÉTICA EN SECTOR ANTERIOR. *revista de operatoria dental y biomateriales*. Obtenido de <http://www.rodyb.com/wp-content/uploads/2015/12/5-suplemento.pdf>

blanco, O. G. (s.f.). Estetica en odontologia. *Estetica en odontologia parte II*. Obtenido de <http://www.monografias.com/trabajos904/estetica-principios-odontologia/estetica-principios-odontologia2.shtml>

Duque, E. A. (2013). COMPARACIÓN DE LA RESISTENCIA DE TRES SISTEMAS CERÁMICOS EN TRAMOS PROTÉSICOS FIJOS ANTERIORES. ANÁLISIS POR ELEMENTOS FINITOS. 32. Obtenido de <https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/odont/article/viewFile/11886/15546>

Espinoza, Y. m. (2014). La odontologia estetica como arte. *Acta medica del centro*. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/medicadelcentro/mec-2014/mec144u.pdf>

Flgeroa, R. I. (2015). Rehabilitación de los Dientes Anteriores con el Sistema Cerámico Disilicato de Litio. Obtenido de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-381X2014000300023&script=sci_arttext

Flores, d. L. (2015). COMPARACIÓN DE LA RESISTENCIA COMPRESIVA DE CORONAS EN DOS MATERIALES DE CERÁMICA VITREA: DISILICATO Y SILICATO. *Revista de odontología*.

flores, e. l. (2007). Estudio clínico longitudinal de los puentes de IPS-Empress 2. *dialnet*. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4570195>

Flórez, D. L. (2015). COMPARACIÓN DE LA RESISTENCIA COMPRESIVA DE CORONAS EN DOS MATERIALES DE CERÁMICA VITREA: DISILICATO Y SILICATO. Obtenido de asociacion colombiana de facultades de odontologia: <http://www.rcio.org/index.php/rcio/article/view/195/359>

Gutierrez, J. c. (2011). La estetica en odontologia. *Revista Tame*. Obtenido de <http://docplayer.es/8479010-La-estetica-en-odontologia.html>

Hernandez, J. P. (2015). Zirconia para rehabilitación completa maxilar sobre implantes. *Revista odontologica mexicana*. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/rom/v19n1/v19n1a7.pdf>

Mondelli, J. (2009). Remodelacion completa de la sonrisa. *Acta odontologica venezolana*. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/medicadelcentro/mec-2014/mec144u.pdf>

Ocaña, R. A. (2011). Analisis del sellado marginal. *Universidad de Madrid*. Obtenido de <http://eprints.ucm.es/15601/1/T33338.pdf>

- robles, J. (2011). Estetica de la sonrisa. Obtenido de <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2009/4/art11.asp%7D>
- ruz, f. m. (2007). ceramias dentales: clasificacion y criterios de seleccioon. 263. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/28223640_Ceramicas_dentales_clasificacion_y_criterios_de_seleccion
- Sarmiento, T. S. (2014). EFECTO DEL SILANO PRECALENTADO EN LA RESISTENCIA DE UNIÓN DE LAS CERAMICAS DE DISILICATO DE LITIO Y CEMENTOS. *revista CSE odontologia*. Obtenido de <http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/2935>
- suarez, d. I. (2015). COMPARACIÓN DE LA RESISTENCIA COMPRESIVA DE CORONAS EN DOS MATERIALES DE CERÁMICA VITREA: DISILICATO Y SILICATO. *revista colombiana de investigacion en odontologia*, 15. Obtenido de <http://www.rcio.org/index.php/rcio/article/view/195/359>
- suarez, G. (2009). ceramias dentales. *RCOE*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1138-123X2007000300003&script=sci_arttext
- Tamini, E. (2014). Resistencia flexural de piezas restauradas con coronas de disilicato de litio y postes no metálicos en raíces con remanente dentinario cervical reducido. *LILAC*. Obtenido de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?!sisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=719590&indexSearch=ID>
- tinschert, J. (2001). resistencia a la fractura de coronas de disilicato de litio. *DIALNET*. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4570501>
- valencia, J. d. (2011). carillas de porcelana. *Revista ADM*. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2011/od116k.pdf>
- Villaroel, M. (2912). SISTEMAS CERÁMICOS PUROS PARTE 2: MATERIALES, PROPIEDADES ÓPTICAS Y CONSIDERACIONES CLÍNICAS. Obtenido de <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2012/2/art22.asp>

ANEXOS

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMAR FOTOS, VIDEOS,
FILMACIONES O ENTREVISTA.**

Yo MARIA JOSE QUINTEROS GARAY, con cédula de identidad N°093038546-5., autorizo a los estudiantes para que tomen fotografías, cintas de video, películas y grabaciones de sonido de mi persona o para que me realicen una entrevista y puedan ser copiadas, publicadas ya sea en forma impresa sólo con fines académicos.

Firma:

Fecha: lunes, 4 de enero del 2016

CONFORMIDAD DEL TRATAMIENTO

Yo, MARIA JOSE QUINTEROS GARAY, con número de cedula de identidad N°093038546-5, me declaro conforme al tratamiento que se me realizó en la facultad piloto de odontología, en el área de operatoria dental, por la estudiante CRISTINA ALEJANDRA RUIZ GARAY, del paralelo 5/1.

Firma:

Fecha: lunes, 15 de febrero del 2016.

Ficha clínica

ESTABLECIMIENTO: **Unidad de Salud María José Quinteros** SEXO (M-F): **F** EDAD: **24** Nº DE HISTORIA CLÍNICA: **#1**

1. MOTIVO DE CONSULTA: **Quiero que me arreglen los dientes**

2. ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL: **Asintomático**

3. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: **No posee antecedentes personales**

4. SIGNOS VITALES: Presión Arterial: **120/80** Frecuencia Cardíaca: **64** Temperat. °C: **37**

5. EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO: **No posee patologías.**

6. ODONTOGRAMA: (Diagrama de radiografías con recesión, movilidad y vestibular/lingual marcadas)

7. INDICADORES DE SALUD BUCAL:

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD	MAL OCLUSIÓN	FLUOROSIS		
PIEZAS DENTALES			PLACA 0-1-2-3	CÁLCULO 0-1-2-3	GINGIVITIS 0-1	LEVE	MODERADA	SEVERA
16	17	66	1	0	1			
11	21	51	1	0	1			
26	27	55	1	0	1			
36	37	75	1	1	1			
31	41	71	1	0	1			
46	47	85	1	1	1			
TOTALES			1/0	0/0	1/0			

8. INDICES CPO-ceo:

D	C	P	O	TOTAL
4	5	3	12	11

9. SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA:

- * RBJO SELLANTE NECESARIO
- * AZUL SELLANTE REALIZADO
- X RBJO EXTRACCIÓN INDICADA
- X AZUL PÉRDIDA POR CARIES
- ⊙ PÉRDIDA (OTRA CAUSA)
- △ ENDODONCIA
- PRÓTESIS FIJA
- PRÓTESIS REMOVIBLE
- ≡ PRÓTESIS TOTAL
- ◻ CORONA
- ADA DISTURBADO
- NOVA CARIES

Radiografía panorámica

