



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA

TRABAJO DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ODONTÓLOGO

TEMA:

Restauración con carillas de resina en dientes desgastados o traumatizados con
guía palatina

AUTOR:

Banguera Méndez Adrián Alejandro

TUTOR:

Dr. Luis Villacres

Guayaquil, Enero del 2017

CERTIFICACION DE APROBACION

Los abajo firmantes certifican que el trabajo de Grado previo a la obtención del Título de Odontóloga, es original y cumple con las exigencias académicas de la Facultad de Odontología, por consiguiente se aprueba.

.....

Dr. Miguel Alvares Avilés, Msc
Decano

.....

Dr. Eduardo Pazmiño Rodriguez, Esp.
Gestor de Titulación

APROBACIÓN DEL TUTOR

Por la presente certifico que he revisado y aprobado el trabajo de titulación cuyo tema es: Restauracion con carillas de resina en dientes desgastados o traumatizados con guía palatina,

Presentado por el Sr: Adrian Banguera Mendez, del cual he sido su tutor, para su evaluación y sustentación, como requisito previo para la obtención del título de Odontólogo/a.

Guayaquil, Enero del 2017.

.....

Dr. Luis Villacres

CC:

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Yo, Adrian Alejandro Banguera Mendez, con cédula de identidad N° 0927791392, 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, Enero del 2016.

.....
Adrian Alejandro Banguera Mendez
CC. 0927791392

DEDICATORIA

Esta tesis va dedicada con todo mi amor y cariño a mis familia por ayudarme a culminar mi carrera y forjarme un camino para un mejor futuro y por siempre confiar en mis capacidades, motivándome a ser mejor cada momento.

En especial a mi madre, mi mayor motor, por sacrificar minuto a minuto de su tiempo para darme y cumplir cada una de mis necesidades académicas y siempre estar ahí para mi.

A mi padre por motivarme cada día a ser mejor y jamás bajar los brazos ante cualquier adversidad, a superarme día a día para un mañana mejor.

A mis hermanos por brindarme su ayuda motivacional y económica en cada año de mi carrera junto con su apoyo incondicional, a mis amigos que estuvieron ahí dándome palabras de aliento brindándome su alegrías y tristezas.

AGRADECIMIENTO

Un agradecimiento especial a mis padres por brindarme su apoyo incondicional y estar en mis peores y grandes momentos, por su especial paciencia de llenarme de virtudes y valores durante toda mi vida personal y académica.

A la facultad piloto de odontología por brindarme los conocimientos necesarios para realizar mi trabajo de tesis, mi tutor y gran amigo Dr. Luis Villacres por corregir mis errores y ayudarme paso a paso con mi titulación.

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Dr.

Miguel Alvarez 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 análisis de casos, realizado como requisito previo para la obtención del título de Odontólogo/a, a la Universidad de Guayaquil.

Guayaquil, Febrero del 2016.

.....
Adrian Alejandro Banguera Mendez

CC: 092779139-2

INDICE GENERAL

CONTENIDO	Pág.
CERTIFICACION DE APROBACION _____	II
APROBACIÓN DEL TUTOR _____	III
DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN _____	IV
DEDICATORIA _____	V
AGRADECIMIENTO _____	VI
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR _____	VII
INDICE GENERAL _____	VIII
INDICE DE FOTOS _____	¡Error! Marcador no definido.
RESUMEN _____	XI
ABSTRACT _____	XII
1.- INTRODUCCION _____	1
2.- OBJETIVO _____	20
3.- DESARROLLO DEL CASO. _____	21
3.1 HISTORIA CLÍNICA _____	21
3.1.1 IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE _____	21
3.1.2 Motivo de la consulta _____	21
3.1.3 ANAMNESIS _____	21
3.2 ODONTOGRAMA. _____	22
3.3 IMÁGENES DE MODELOS DE ESTUDIO, FOTOS INTRAORALES, EXTRAORALES. _____	23
3.3.1 FOTO EXTRAORAL: _____	23
3.3.2 FOTO INTRAORAL: _____	24
3.3.3 MODELOS DE ESTUDIO: _____	26
3.3.4 IMÁGENES RADIOGRAFICAS _____	28
3.4 DIAGNÓSTICO. _____	29
4. PRONÓSTICO. _____	29
5. PLANES DE TRATAMIENTO _____	29
5.1 TRATAMIENTO _____	29
6. DISCUSION _____	35

7. CONCLUSIONES	36
8. RECOMENDACIONES	37
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	38
ANEXOS	56

ÍNDICE DE FOTOS

Contenido	Pág.
Foto #1 Imagen frontal	23
Foto #2 Imagen lateral	23
Foto #3 Arcada superior vista palatina	24
Foto #4 Arcada inferior vista lingual	24
Foto #5 Arcada en Oclusión Anterior	25
Foto #6 Arcada en Oclusión Vista Lateral	25
Foto #7 Modelo frontal	26
Foto #8 Modelo lateral	26
Foto #9 Modelo de estudio superior posterior	27
Foto #10 Modelo de estudio inferior posterior	27
Foto #11 Radiografía Panorámica	28
Foto #12 Encerado	30
Foto #13 Guía Palatina	30
Foto #14 Colocación del Hilo Retractor	31
Foto #15 Preparación Dentaria.	31
Foto #16 Colocación del ácido	32
Foto #17 Aplicación del sistema Adhesivo	32
Foto #18 Ayuda con guía Palatina	33
Foto #19 Colocación de la pasta de pulido	33
Foto #20 Pulido de la pasta	34
Foto #21 Culminación del caso	34

RESUMEN

Orientándonos hacia una odontología preventiva y de tecnología adhesiva, es importante recordar el rol que cumple la estética y la preservación de las estructuras anatómicas y morfológicas naturales de las estructuras dentarias. Para ello, las restauraciones en el sector anterior con materiales estéticos como las resinas fotopolimerizables, despiertan el interés y una gran demanda a los diferentes pacientes que necesitan una solución rápida y efectiva, debido a las ventajas que ofrecen dichos materiales. Por lo tanto, se presenta al odontólogo general, una restauración directa, semipermanente y rápida, como la confección de carillas directas con resinas compuestas, siendo una alternativa en operatoria dental a la clásica corona total, para solucionar las distintas alteraciones que se presentan en las caras vestibulares de los elementos dentarios anteriores. Las resinas compuestas se convirtieron en una alternativa confiable. Se propuso como plan de tratamiento la restauración estética del sector anterosuperior con carillas de resina compuesta empleando guía de silicona. El objetivo del presente caso es la descripción del tratamiento restaurador estético realizado con resinas demostrando su resistencia abrasiva, durabilidad a mediano y largo plazo, maleabilidad en su momento de uso, demostrando así las propiedades más destacadas de las resinas.

Palabras Claves:

Semipermanente, maleabilidad, resinas compuestas, abrasiva

ABSTRACT

By focusing on preventive dentistry and adhesive technology, it is important to remember the role of aesthetics and the preservation of natural anatomical and morphological structures of dental structures. To do this, restorations in the anterior sector with aesthetic materials such as photopolymerizable resins, arouse interest and a great demand to the different patients who need a quick and effective solution, due to the advantages offered by these materials. Therefore, a direct, semi-permanent and rapid restoration is presented to the general dentist, such as the preparation of direct veneers with composite resins, being an alternative in dental surgery to the classic crown, to solve the different alterations that occur in the Vestibular faces of the anterior dental elements. The composite resins became a reliable alternative. It was proposed as treatment plan the aesthetic restoration of the anterosuperior sector with composite resin veneers using silicone guide. The objective of the present case is the description of the aesthetic restorative treatment made with resins demonstrating its abrasive resistance, medium and long term durability, malleability at its moment of use, thus demonstrating the most outstanding properties of the resins.

Key words:

Semipermanent, malleability, composite resins, abrasive

1.- INTRODUCCION

Historia de las resinas compuestas

Las resinas compuestas o composites, son materiales sintéticos compuestos por moléculas de elementos variados. Estas moléculas suelen formar estructuras muy resistentes y livianas, son utilizadas desde mediados del siglo XX en varios campos: Aeronáutica, ingeniería civil, ingeniería naval, odontología, fabricación de prótesis. (Pereira, 2010)

Se utilizan en odontología en la restauración de dientes, está se adhiere micromecánicamente a la superficie del diente. Y están formadas por un componente orgánico polimérico llamado matriz y un componente inorgánico mineral o relleno. (Pereira, 2010)

La primera resina compuesta, fue sintetizada por Ray Bowen (1962), estaba formada por bisfenol glicidil como matriz orgánica y cuarzo como relleno inorgánico. Una de las grandes ventajas de los composites es que permiten diversos colores, que emulan la coloración de las piezas. (Pereira, 2010)

RALPH H.; ESQUIVEL J.; 2004, La resina compuesta dental es un material de gran densidad de entrecruzamiento polimérico, reforzado con partículas de relleno que se unen a la matriz por un agente de conexión. (Pereira, 2010)

Desde inicios de los años 70 han sido el material de elección para la restauración de las piezas del sector anterior, ganando aceptación por sus grandes mejoras en el sector oclusal, en piezas posteriores y zonas con gran exposición a las fuerzas por lo que además se usan como selladores de fosas y fisuras, cementación de otras prótesis fijas, adhesivos para frentes estéticos de porcelana. (Rodriguez, 2010)

La vida media de un composite actual es aproximadamente de 7 años acercándose al de la amalgama de 10 años aproximadamente.

En ese entonces, los únicos materiales que tenían color del diente y que podían ser empleados como material de restauración estética eran los silicatos. (Pereira, 2010)

Estos materiales tenían grandes desventajas siendo la principal, el desgaste que sufrían al poco tiempo de ser colocados. A finales de los años 40, las resinas acrílicas de polimetil metacrilato (PMMA) reemplazaron a los silicatos. Estas resinas tenían un color parecido al de los dientes, eran insolubles a los fluidos orales, fáciles de manipular y tenían bajo costo. Lamentablemente, estas resinas acrílicas presentan baja resistencia al desgaste y contracción de polimerización muy elevada y en consecuencia mucha filtración marginal. (Rodríguez, 2010)

COMPOSICION DE LAS RESINAS COMPUESTAS

Matriz de resina.

CHAIN, M.C.; BARATIERI, L.N.; 2001. Está constituida en la mayoría de las resinas compuestas de monómeros que son diacrilatos alifáticos o aromáticos siendo el Bis-GMA (bisfenil glicidil metacrilato) y el UDMA (uretano dimetil metacrilato) los más utilizados. (Inostroza, 2012)

La matriz contiene además monómeros diluyentes que disminuyen la viscosidad de los monómeros de alto peso molecular (Bis-GMA y UDMA) entre los monómeros diluyentes se encuentra el TEGDMA (trietileno glicol metacrilato), este posibilita más incorporación de carga y da al material mejor manipulación. (Inostroza, 2012)

CRISPIN, B.J.; 1998, la resina original de Bowen combina bisfenol-A con glicidil metacrilato bis-GMA, estructura más favorable que del metilmetacrilato. Su tamaño mayor y la estructura aromática que presenta aumentan la rigidez, la resistencia compresiva, reduciendo la contracción de polimerización y la absorción de agua. (Inostroza, 2012)

Al combinar se con un diluyente (TEG-DMA) que controla su alta viscosidad es apropiado como material restaurador directo. El TEG-DMA facilita la manipulación, permitiendo conseguir un material más flexible y menos quebradizo. Para incrementar la vida de los composites son añadidos compuestos que inhiben la polimerización entre estos esta el 4 metoxifenol (PMP) y el 2, 4, 6-butilfenol triterciario (BHT). (Inostroza, 2012)

El bis-GMA y el UDMA (uretanodimetil metacrilato) resina de viscosidad baja (Foster y Walker 1974) conforman la matriz resinosa de los composites actuales. (Inostroza, 2012)

Partículas de carga

CHAIN, M.C.; BARATIERI, L.N.; 2001, Brindan estabilidad dimensional a la inestable matriz resinosa. Cuando las partículas son mezcladas a la matriz un primer efecto se da en la disminución de la contracción de polimerización efecto que se debe a la disminución de la cantidad de resina. (Peña, 2014)

Otras mejoras se ven en son menor absorción de agua y menor coeficiente de expansión térmica, aumento de la resistencia a la tracción, compresión, abrasión, un mayor modulo elástico (mayor rigidez). Las partículas utilizadas son partículas de cuarzo o vidrio obtenidas a través de un proceso de molidura, el cuarzo es dos veces más duro que el vidrio y se une mejor a los agentes de cobertura. (Peña, 2014)

Otro tipo de partículas usadas son las de silica de 0,05 micrómetros en tamaño obtenidas por quema (pirolíticos) y procesos de precipitación (silica coloidal).

CRISPIN, B.J.; 1998, Al relleno inorgánico del composite se debe las mejoras en sus propiedades físicas en comparación a los silicatos y acrílicos sin relleno. (Peña, 2014)

El cuarzo sílice o vidrio son elementos duros e inertes y similares a la estructura dentaria en cuanto a la translucidez e índice de refracción. La resistencia a la fractura, al desgaste y la contracción de polimerización mejoran al aumentar la cantidad de relleno inorgánico. (Peña, 2014)

Es importante conocer el contenido de este relleno o carga está representada como volumen o porcentaje en peso. Cuando las partículas son menores el pulido y la resistencia al desgaste son mejorados en el composite. Los composites se clasifican en base al tipo de relleno: Macrorelleno, microrelleno e híbridos. (Peña, 2014)

CARVALHO, M.; CAMARGO, C.; ANDRIANI, O.; 2003, Dan estabilidad dimensional a la matriz mejorando sus propiedades, su adición a la matriz reduce la contracción de polimerización, la absorción de agua y el coeficiente de expansión térmica, aumenta su resistencia a la tracción, a la compresión, la abrasión y el modulo elástico (rigidez). (Peña, 2014)

Las partículas de cuarzo o vidrio obtenidas por molienda son las más usadas, también son usadas partículas de silica de 0,04 mm (micropartículas) obtenidas e procedimientos pirolíticos y de precipitación (silica coloidal). La actual tendencia es la disminución de las partículas mayores con una distribución lo más estrecha posible (0,5 micrómetros). (Peña, 2014)

Se creía que a mayor carga en la matriz mejores propiedades se obtendrían, una contracción de polimerización menor por ello menor filtración marginal (surgimiento resinas condensables). (Peña, 2014)

Agente de cobertura

CHAIN, M.C.; BARATIERI, L.N.; 2001, Este agente es el material que une a las partículas de carga con la matriz resinosa, mejora las propiedades físicas y mecánicas, ofreciendo una transferencia de tensiones de la matriz a las partículas de carga. (Revolledo, 2013)

Ofrece estabilidad hidrolítica, previniendo que el agua penetre en la interfase resina/carga. Los agentes de cobertura se denominan silanos pues pertenecen al grupo órgano/silanos, hidrolizados tienen grupos silanoles que se unen a los silanos de las partículas de carga por conexiones siloxanas. (Revolledo, 2013)

Los órgano/silanos son moléculas bipolares poseen además grupos metacrilato que forman conexiones covalentes con la resina durante la polimerización posibilitando una interface resina/partícula de carga adecuada. (Revolledo, 2013)

INICIADORES DE POLIMERIZACION

CHAIN, M.C.; BARATIERI, L.N.; 2001, la tasa de conversión polimérica o cantidad de monómero convertido en copolímero repercute en las propiedades físicas y mecánicas de las resinas compuestas. Los sistemas activadores responsables de esta conversión polimérica usados son: El calor (termopolimerización), luz visible (fotopolimerizables) y componentes químicos (autopolimerizables). (Revolledo, 2013)

La termopolimerización ofrece la mayor tasa de conversión, resultando una resina más rígida y resistente a manchas y la fractura y se utiliza en la fabricación de partículas de carga prepolimerizadas, usadas en las resinas compuestas de micropartículas y para restauraciones indirectas tipo facetas, además de inlay, onlay y overlay. (Revolledo, 2013)

El sistema fotopolimerizable se obtiene una polimerización de buena calidad, da una cura uniforme de la matriz resinosa. El sistema de autopolimerización es menos eficiente, en este un compuesto químico es utilizado para iniciar la reacción, los iniciadores se encuentran en dos pastas, que deben mezclarse por un método de mezcla por espátulado que puede incorporar aire a la mezcla debilitando el producto final, además el oxígeno es un inhibidor de la polimerización que hace que baje la tasa de conversión comparado con los otros sistemas. (Revolledo, 2013)

Se observa una inestabilidad de color debido a las aminas terciarias compuestos muy reactivos al ser fuertes donadores de electrones reaccionando con facilidad y formando interacciones químicas complejas que llevan a una decoloración intrínseca. (Revolledo, 2013)

Estas aminas terciarias son utilizadas además en los sistemas fotopolimerizables en menores concentraciones (menos de 0.1%) los sistemas autopolimerizables se encuentran en un porcentaje mayor (más del 2%). Los sistemas fotopolimerizables utilizan aminas alifáticas (no aromáticas), las cuales son menos reactivas.

Las resinas compuestas fotopolimerizables son más estables en el color al tener menos aminas terciarias residuales comparadas con las de autopolimerización. (Revolledo, 2013)

CARVALHO, M.; CAMARGO, C.; ANDRIANI, O.; 2003, Son agentes químicos que excitados o activados inician el proceso de polimerización. En las resinas autopolimerizables el peróxido de benzoilo es el iniciador. Y en las resinas fotopolimerizables las canforoquinonas u otras diquetonas excitadas por luz visible de longitud de onda entre 420 y 450 nm., comienzan el proceso. (Villarroel, 2012)

CRISPIN, B.J.; 1998, Los acrilatos tipo bis-GMA polimerizan por adición. Cada molécula de monómero Bis-GMA tiene un enlace doble de carbono insaturado, al interrumpirse esta unión el electrón libre provoca que la molécula sea muy reactiva, generando un enlace doble con la molécula vecina dejando otro electrón libre en la cadena recién formada, se da una reacción en cadena hasta que polimeriza la mayor parte del monómero. (Villarroel, 2012)

Para comenzar la reacción se emplean iniciadores químicos, estos se convierten en radicales libres al ser activados, así disponen de un electrón altamente reactivo, reaccionando con el doble enlace de carbono del monómero transfiriendo el electrón libre, iniciando la reacción antes descrita. (Villarroel, 2012)

La activación puede producirse por calor, reacción física o reacción fotoquímica al ser los composites de activación directa se usan dos modalidades y por los que pueden ser clasificadas las resinas en: Activados químicamente (autopolimerizables) y fotoactivados (fotopolimerizables), estas últimas pueden ser clasificadas además por la longitud de onda utilizada para la activación: Luz ultravioleta y la luz visible. (Villarroel, 2012)

El aire inhibe la polimerización del composites auto o fotopolimerizables esta capa inhibida por el aire se encuentra en la superficie de la resina es rica en enlaces dobles, lo que permite aplicar los composites en varias capas. Esta resina no polimerizada de la capa final se elimina durante el acabado y pulido de la restauración. (Villarroel, 2012)

Activación química

CRISPIN, B.J.; 1998, fue empleado por Bowen en su primer composite y continua su uso en nuestros días por algunos productos. Se presentan en dos pastas, conocidas como base y catalizador.

La base contiene el iniciador o peróxido de benzoilo y el catalizador posee el activador o amina terciaria aromática. Las dos pastas se mezclan, la amina actúa como donante de electrones reacciona con el peróxido de benzoilo y forman un radical libre.

La resina autopolimerizable remplazo a los silicatos y acrílicos como restaurador estético principal. Para luego ser sustituidos por los sistemas fotopolimerizables. Son usados para construcción de muñones o áreas donde el acceso de luz de polimerización en la preparación es difícil. Se propuso una combinación de composites auto y fotopolimerizables en la clase II para la técnica de polimerización dirigida.

Activación por luz ultravioleta

CRISPIN, B.J.; 1998, Buonocore en 1970 describió el primer composite fotopolimerizable. Contenía un fotoiniciador (benzoinmetileter) que reaccionaba con luz ultravioleta de una longitud de onda de 365 nm. Convirtiendo el benzoinmetileter en radical libre, este sistema fue bien recibido, pues permitía un tiempo de trabajo ilimitado comparados con los autopolimerizables.

Pero surgieron dudas sobre su seguridad, respecto al riesgo de lesión corneal y de tejidos blandos por radiación ultravioleta. Las unidades fotopolimerizadoras debían calentarse previamente varios minutos, disminuían su rendimiento y no se podía controlar su eficiencia de forma visual, el fraguado de una capa de 1,5 mm requería de 60 segundos.

La luz ultravioleta tiene una capacidad limitada de penetración en el esmalte. Ya no son fabricados este tipo de lámparas fotopolimerizadoras, por sus inconvenientes y la aparición de los sistemas de luz visible.

Activación por luz visible

CRISPIN, B.J.; 1998, Solucionaron muchos problemas de los sistemas activados por luz ultravioleta y son en la actualidad los de elección, la profundidad de fraguado es mayor (3mm) y se acorto el tiempo de exposición de 30segundos por capa, aunque el esmalte atenúa la luz visible permite polimerizar la resina en zonas retentivas de la preparación.

Las unidades no requieren un calentamiento previo, y mantienen su eficiencia más constante que las lámparas de luz ultravioleta. Los fotoiniciadores son diquetonas (canforoquinona) que produce radicales libres al ser expuesto a la luz visible de espectro azul (420-450nm.), contienen además en pequeña cantidad aminas terciarias que aceleran la reacción inicial, disminuyendo el tiempo de fraguado.

Muestran mejor estabilidad de color ya que son las aminas y el peróxido de benzoilo culpables de las alteraciones de color. Las unidades están compuestas por una caja que contiene los siguientes elementos: bombilla, ventilador, interruptor, temporizador, y un cable de fibra óptica que sale de la caja y conduce la luz de la unidad a la punta de polimerización, se debe tener cuidado de no doblar el cable para no fracturar la fibras ópticas individuales.

Las unidades de luz visible se consideran menos peligrosas, deben de tomarse precauciones para evitar lesiones de la retina debido a la luz visible directa o refleja, la luz azul intensa puede producir lesión en las fotos receptores del ojo con un efecto acumulativo. Se debe utilizar protectores diseñados para absorber la luz azul.

CLASIFICACIÓN DE LAS RESINAS COMPUESTAS

Resinas compuestas

A lo largo de los años las resinas compuestas se han clasificado de distintas formas con el fin de facilitar al clínico su identificación y posterior uso terapéutico. Una

clasificación aún válida es la propuesta por Lutz y Phillips. Esta clasificación divide las resinas basadas en el tamaño y distribución de las partículas de relleno en: convencionales o macrorelleno (partículas de 0,1 a 100µm), microrelleno (partículas de 0,04 µm) y resinas híbridas (con rellenos de diferentes tamaños).

Resinas de microrelleno

Estas contienen relleno de sílice coloidal con un tamaño de partícula entre 0.01 y 0.05 µm. Clínicamente estas resinas se comportan mejor en la región anterior, donde las ondas y la tensión masticatoria son relativamente pequeñas, proporcionan un alto pulimento y brillo superficial, confiriendo alta estética a la restauración.

Entre tanto, cuando se aplican en la región posterior muestran algunas desventajas, debido a sus inferiores propiedades mecánicas y físicas, ya que, presentan mayor porcentaje de sorción acuosa, alto coeficiente de expansión térmica y menor módulo de elasticidad.

Híbridos Modernos

Este tipo de resinas tienen un alto porcentaje de relleno de partículas sub-micrométricas (más del 60% en volumen). Su tamaño de partícula reducida (desde 0.4µm a 1.0µm), unido al porcentaje de relleno provee una óptima resistencia al desgaste y otras propiedades mecánicas adecuadas. Sin embargo, estas resinas son difíciles de pulir y el brillo superficial se pierde con rapidez.

Resinas de Nanorelleno

Este tipo de resinas son un desarrollo reciente, contienen partículas con tamaños menores a 10 nm (0.01µm), este relleno se dispone de forma individual o agrupados en "nanoclusters" o nanoagregados de aproximadamente 75 nm.

El uso de la nanotecnología en las resinas compuestas ofrecen alta translucidez, pulido superior, similar a las resinas de microrelleno pero manteniendo propiedades físicas y resistencia al desgaste equivalente a las resinas híbridas. Por estas razones, tienen aplicaciones tanto en el sector anterior como en el posterior.

Resinas compuestas de baja viscosidad o fluidas

Son resinas a las cuales se les ha disminuido el porcentaje de relleno inorgánico y se han agregado a la matriz de resina algunas sustancias o modificadores reológicos (diluyentes) para de esta forma tornarla menos viscosa o fluida.

Entre sus ventajas destacan: Alta capacidad de humectación de la superficie dental (asegura la penetración en todas las irregularidades) tienen el potencial de fluir en pequeños socavados, puede formar espesores de capa mínimos, lo que previene el atrapamiento de burbujas de aire, tiene una alta elasticidad o bajo módulo elástico lo cual se ha demostrado que provee una capa elástica entre la dentina y el material restaurador que puede absorber la contracción de polimerización asegurando la continuidad en la superficie adhesiva y reduce la posibilidad de desalojo en áreas de concentración de estrés.

Aunque este tipo de resinas posee una alta contracción de polimerización (4 a 7 %), su gran elasticidad es un factor que contrarresta el esfuerzo interfacial. Sin embargo, la radiopacidad de la mayoría de estos materiales es insuficiente, por lo que puede producir confusión a la hora de determinar caries recurrente. Algunas de las indicaciones para estos materiales son: restauraciones de clase V, abfracciones, restauraciones oclusales mínimas o bien como materiales de forro cavitario, un aspecto controvertido, ya que las resinas fluidas no satisfacen el principal propósito de los forros cavitarios como es la protección del complejo dentino pulpar.

INDICACIONES DE LAS RESINAS COMPUESTAS.

1. Todas las lesiones en los dientes del sector anterior (incisivos y caninos) y lesiones interproximales de dientes anteriores.
2. Pérdida de ángulos incisales.
3. Fractura de dientes anteriores.
4. Restauraciones de lesiones Clase V.
5. Restauraciones de dientes temporarios y pequeñas restauraciones de dientes posteriores en sectores no afectados por las fuerzas oclusales (cúspides) (Abad, 2014)

CONTRAINDICACIONES DE LAS RESINAS COMPUESTAS

1. Pacientes con antecedentes de alérgicas graves a las resinas.
2. Están contraindicadas en pacientes bruxómanos, debido a la gran fuerza con que éste aprieta la boca, terminando así en la fractura o desgaste rápido de la restauración.
3. En el sector posterior de pacientes con alto índice cariogénico o actividad cariogénica, debido a que las resinas no tienen resistencia a la filtración o efecto anticariogénico.
4. No se emplean en restauración de cúspides, o en grandes cavidades que sobrepasen 1/3 de la anchura bucolingual del diente. (Abad, 2014)

VENTAJA DE LAS RESINAS

1. Bien tolerada por la pulpa.
2. Baja conductividad térmica
3. Color que armoniza con el diente
4. Facilidad de manejo para la conformación de la anatomía dental y control de su endurecimiento con el fotocurado.
5. Ausencia de corrosión y galvanismo bucal.
6. Insolubilidad ante los líquidos bucales. (Barzaes, 2011)

DESVENTAJA DE LAS RESINAS COMPUESTAS

1. Contracción del material por la polimerización.
2. Rápida degradación en las zonas de impacto oclusal, producida por el contacto de cúspides antagonistas, por lo que el tallado debe ser a favor de mantener la mayor cantidad de tejido natural.
3. Requiere de más tiempo y una técnica más cuidadosa.
4. Están expuestas a microfiltración marginal y fractura, por lo que es recurrente la caries secundaria. (Barzaes, 2011)

CARILLAS DENTALES

De la misma forma que un gran número de tratamientos en la odontología restauradora, la restauración por medio de resinas directas es una técnica compleja, por lo que es crucial que cada paso se efectúe correcta y

cuidadosamente para obtener resultados óptimos clínicos que aseguran una fuerte adhesión y función masticatoria en combinación con un excelente resultado estético. (Diaz A. , 2013)

Por esta razón, es importante efectuar para cada paciente un diagnóstico integral, donde se incluyen los aspectos periodontales, pulpares, oclusales, funcionales y estéticos, los cuales contribuyen a desarrollar un correcto plan del tratamiento y lograr una adecuada solución. (Diaz A. , 2013)

Los resultados clínicos exitosos a largo plazo se obtienen cuando se lleva a cabo un manejo clínico correcto, tanto en la adhesión como en la construcción de la restauración. Por medio de los sistemas de adhesión al esmalte y dentina se mantendrá la restauración totalmente adherida y sellada sobre las estructuras dentales. (Diaz A. , 2013)

La restauración estética se efectuara con incrementos de resina; la zona que corresponda a dentina se utilizará resina opaca, y la cubierta externa correspondiente al esmalte se utilizará resina semi translúcida con áreas de resina translúcida.

Ésta aplicación de la resina por estratos le dará a la restauración el efecto de vitalidad natural. Con excelentes resultados estéticos. (Diaz A. , 2013)

La estratificación se puede aplicar en diferentes tratamientos estéticos tanto en el sector anterior como en el posterior de la boca; una de sus aplicaciones es la restauración de dientes anteriores por medio de carillas directas totales o parciales, siendo la alternativa más conservadora en comparación con la preparación de carillas de porcelana y coronas completas, mejorando la estética y funcionalidad del sector anterior. (Diaz A. , 2013)

Las carillas estéticas son procedimientos odontológicos restaurativos encaminados al "enmascaramiento" de la superficie visible (o frente) del diente, con el fin de corregir problemas estéticos o patológicos de los dientes ocasionados por caries dental, restauraciones previas, fracturas, cambios de color o alteraciones de la forma dental. (Diaz A. , 2013)

Las carillas directas de resina compuesta pueden estar indicadas, en general, para corregir alteraciones de color, forma o posición en la superficie vestibular de cualquier diente. Sin embargo, por tratarse de un método restaurador esencialmente vinculado con una indicación estética, suele realizarse en dientes anteriores. (Diaz A. , 2013)

Clasificación de las carillas

Según el material utilizado en su confección las carillas estéticas pueden ser:

- a. De resina compuesta a mano alzada (técnica directa),
- b. De resina sobre modelo (técnica indirecta),
- c. De cerómeros,
- d. De porcelana y otras cerámicas
- e. De porcelana elaboradas a máquina.

Antiguamente se hacían de acrílico, pero en la actualidad este material ha caído en desuso. Las superficies preparadas de forma mínimamente invasiva y sin alteración cromática constituyen la base para el resultado estético de las carillas de cerámica o de resina altamente translúcidas adheridas y evitan, simultáneamente, que se vea afectada la transmisión lumínica.

Este fenómeno se conoce como "efecto lente de contacto". El material ideal de sustitución del esmalte dental acromático debería poseer, por esta razón, un elevado grado de translucidez.

- Las carillas de resina compuesta a mano alzada se confeccionan directamente en la boca y en una sola sesión clínica; la cara labial, examinando si hay necesidad de estar previamente tallada, se reconstruye con resina compuesta mediante técnica adhesiva.
- Las carillas de resina compuesta, cerómero o porcelana sobre modelo se elaboran en dos o más sesiones clínicas: primero se talla el diente, luego se toma una impresión de la boca con materiales elásticos para obtener el modelo de trabajo y sobre éste se confecciona la carilla, que luego se pega en la boca con cementos de resina.

- Las carillas indirectas se fabrican en laboratorios especializados por colado o vaciado.
- Las carillas de porcelana hechas a máquina se construyen mediante el tallado de un bloque de porcelana en tornos de precisión, según instrucciones recibidas de una computadora u otros dispositivos.

Indicaciones de las carillas de composite:

- Fractura de dientes
- Alteración de color, el cual no responde a las técnicas de blanqueamiento.
- Alteración de la forma: laterales conoides, hipoplasias
- Transformaciones de laterales en centrales
- Alineamiento
- Grandes abrasiones, erosiones
- Cierre de diastemas
- Provisionales
- Pacientes jóvenes (Ortega, 2010)

Contraindicaciones de las carillas de composite:

- Dientes muy oscuros
- Hábitos para funcionales
- Dientes excesivamente rotados
- Dientes con poco esmalte (Ortega, 2010)

Ventajas de las carillas de composites

- Tratamientos normalmente rápidos, seguros y eficaces.
- Modificas color, tamaño y posición en una sola cita.
- Tratamiento reversible
- No necesitas del laboratorio, menor costo.
- Técnica más conservadora, preparación mínima o inexistente, no son necesarias impresiones (Ortega, 2010)

Desventajas de las compositas:

- Son vulnerables a la degradación y al cambio de color
- Exige habilidad técnica y capacidad artística para reproducir el contorno, la forma y textura superficial.
- Porosidades e irregularidades.
- Poca capacidad para ocultar la superficie oscura del diente preparado.
- Requieren cada cierto tiempo de un pulido. (Ortega, 2010)

Casos indicados para utilizar Carillas de Composite

Estas carillas suelen utilizarse para corregir diversos tipos de problemas dentales leves. El dentista será quien decida la gravedad del caso y si es aconsejable utilizar carillas de composite o de porcelana. Aun así, sus utilidades son las propias de cualquier carilla dental:

- Cubrir espacios interdientales.
- Corregir formas, fracturas y tamaño de los dientes.
- Corregir alteraciones de color en los dientes.

Al ser un proceso sencillo y totalmente reversible, las carillas de composite suelen recomendarse en niños y pacientes jóvenes que aún no han terminado su desarrollo óseo y por tanto su estructura dental.

Repetimos que estas son sólo algunas indicaciones, pero la valoración de cada caso debe realizarla el dentista personalmente. (Bastida, 2012)

¿Cómo se colocan las Carillas de Composite?

El procedimiento puede realizarse normalmente en un total de dos visitas al dentista:

- 1.- En la primera visita no se hará nada propiamente dicho sobre los dientes del paciente, ya que únicamente es una visita de información. El paciente explica los resultados que busca obtener y el dentista examinará los dientes para saber

lo que debe hacer. Después de esto se acordará una fecha para la segunda visita, en la que se realizará todo el proceso. (Bastida, 2012)

2.- En esta segunda visita al dentista se llevará a cabo todo el proceso de colocación de las carillas de composite. Se trata de un procedimiento poco invasivo e indoloro. (Bastida, 2012)

- Primero se procede a la limpieza del diente y al aislamiento del mismo respecto a los demás mediante una pequeña tira de plástico. (Bastida, 2012)
- Posteriormente se aplica el adhesivo que va a sujetar la carilla. (Bastida, 2012)
- El dentista aplica la resina (composite) en capas muy finas directamente sobre el diente para ir dando forma y cubriendo aquellas zonas que lo necesiten. De esta manera va realizando las correcciones necesarias al momento y así “construye” un nuevo diente o una nueva parte de este, directamente sobre el diente original. (Bastida, 2012)
- En el procedimiento se van aplicando capas de diferentes tipos de resinas según sea necesario cubrir zonas o dar más brillo y color a la carilla. También se utiliza una herramienta que aplica directamente una luz LED que ayuda a secar y endurecer la resina. (Bastida, 2012)
- Finalmente la carilla se pule para dar el acabado perfecto al diente. (ramirez, 2012)

La duración de esta sesión puede variar dependiendo del número de dientes a tratar y de la dificultad de la colocación de la carilla en cada uno. (ramirez, 2012)

Al ser un procedimiento más sencillo en comparación con la porcelana, las carillas de composite se pueden colocar en una sola sesión y no necesitan tallar el diente para ser colocadas. (ramirez, 2012)

Esto hace que sea un proceso reversible puesto que el diente original se mantiene igual, y en un futuro podrían retirarse las carillas para realizar otros tratamientos más novedosos. (ramirez, 2012)

Otra de las ventajas es que no se necesita anestesiarse la zona, ya que el procedimiento de colocación de las carillas de composite no produce ningún dolor. (ramirez, 2012)

¿Cuáles son los materiales utilizados para las carillas estéticas?

Hay varios materiales que se utilizan para crear carillas dentales. Los principales son las resinas compuestas, la cerámica, la procerca alúmina y la vitro cerámica. (Mendieta, 2010)

Todos ellos presentan algunas ventajas e inconvenientes que se tendrán en cuenta según las necesidades de los pacientes y que tienen que ver con el desgaste, la colocación, la resistencia, la capacidad de ajuste y la necesidad de tallar el diente, entre otros. (Mendieta, 2010)

Por lo general, las carillas de porcelana vienen considerándose como las que mejor resultado obtienen pero solían tener un lastre en cuanto a la necesidad de tallar el diente. Algo que se ha solucionado con las carillas Lumineers, las carillas de porcelana sin tallado dental que utilizamos en Propdental. (Mendieta, 2010)

¿Cuáles son los principales sistemas para la confección de carillas estéticas?

Existen dos métodos principales para la elaboración de carillas estéticas:

- **El método directo:** en esta técnica las carillas se confeccionan directamente en la boca del paciente, es decir, sobre los mismos dientes (Vieria, 2014)

Dicho método solo puede realizarse mediante resinas compuestas, ya que los demás materiales no se pueden tratar de forma manual y a temperatura ambiente (Vieria, 2014)

Las propiedades de este material han mejorado mucho en los últimos años, posibilitando restauraciones exitosas a nivel funcional y estético (Vieria, 2014)

- **El método indirecto:** con esta técnica las carillas se confeccionan en el laboratorio con la ayuda del protésico. Para la fabricación nos ayudamos de un modelo de la boca del paciente. A diferencia del método directo, podemos utilizar tanto composite como porcelana (Vieria, 2014)

- **Resinas compuestas para laboratorio:** se trata de carillas realizadas con composite pero que tienen un relleno cerámico que les aporta mejores propiedades que las de método directo (Vieria, 2014)
- **Sistemas cerámicos:** los hay de inyección y de maquinados. Estos últimos son los más utilizados ya que consisten en la **técnica Cad-Cam** (diseño y fabricación guiada por ordenador) (Vieria, 2014)
Gracias a la ayuda de un sistema informático se realiza un diseño de manera virtual que el sistema Cam fabrica con el material deseado de forma exacta (Vieria, 2014)

Si quieres obtener una sonrisa perfecta y te interesan las carillas estéticas, contacta con Propdental para realizar una primera visita gratuita en alguna de nuestras clínicas. (Vieria, 2014)

Técnica de confección de carillas de composite

La técnica de confección de carillas de composite se puede hacer por método directo (en un sola visita en la clínica dental) o por método indirecto (tenemeya, 2014)

Son tratamientos de estética dental que empleamos en clínicas dentales propdental y que consisten en la reconstrucción cosmética de la superficie frontal de los dientes anteriores mediante composites de última generación (tenemeya, 2014)

Las carillas de composite son empleados por los dentistas especialistas en estética dental de nuestras clínicas en Barcelona, para corregir y mejorar la estética de la sonrisa de los pacientes de Propdental (tenemeya, 2014)

Mediante las carillas estéticas de composite realizadas por técnica directa o indirecta es posible:

1. Cambiar la forma, la malposición y la inclinación de los dientes, así como el cierre de diastemas o de los espacios entre los dientes (tenemeya, 2014)
2. Corrección estética de defectos estructurales o imperfecciones en los dientes (tenemeya, 2014)
3. Cambiar el color de los dientes corrigiendo la pérdida de color natural;

4. Obtener una sonrisa atractiva, brillante y joven (tenemeya, 2014)

La carilla de composite es una lámina delgada de resina compuesta que cubre la superficie vestibular del diente y puede realizarse directamente al diente, o mediante el uso de métodos indirectos. (tenemeya, 2014)

2.- OBJETIVO

Definir la manera que beneficiaran las carillas con resinas en dientes desgastados o traumatizados con guia palatina en el sector anterior.

3.- DESARROLLO DEL CASO.

3.1 HISTORIA CLÍNICA

3.1.1 IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombres del Paciente: Gabriela Mercedes

Apellidos del paciente: Bravo Torres

Fecha de nacimiento: 23/01/1980

Historia Clínica #: 68909

Sexo: Femenino

Edad: 37 años

Estado civil: casada

Dirección: Cdla. Abel Gilbert

Numero de teléfono: 0981302367

Ocupación: Comerciante

C.I: 0921739926

3.1.2 Motivo de la consulta

“Realizarme unas carillas”

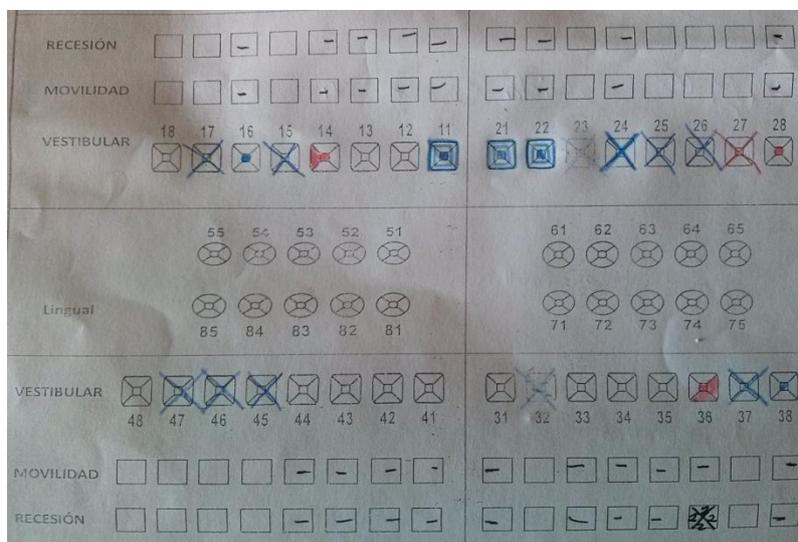
3.1.3 ANAMNESIS

- Antecedentes familiares: No
- Habitos: Ninguno
- Alergia: Ninguna
- Enfermedad Actual: Ninguna

EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMAGTONATICO:

- Labios: Normal
- Mejillas: Normal
- Maxilar Superior: Prognatismo
- Maxilar Inferior: Normal
- Lengua: Normal
- Paladar: Normal
- Ganglios: Normal

3.2 ODONTOGRAMA.



Fuente: Historia Clínica

Autor: Adrián Alejandro Banguera Méndez

Piezas 15- 17- 24- 25- 26- 27- 37- 45- 46- 47: Ausentes.

Pieza 16- 44: Recesión grado 2

Piezas 14- 28- 36: caries oclusales y vestibulares

Piezas 16 : Obturaciones con amalgamas defectuosas

Piezas 11-12-21 : Carillas de Porcelana

3.3 IMÁGENES DE MODELOS DE ESTUDIO, FOTOS INTRAORALES, EXTRAORALES.

3.3.1 FOTO EXTRAORAL:

Foto # 1 Frontal



Foto # 2 Lateral



Fuente: Propia de la Investigación

Autor: Adrián Alejandro Banguera Méndez

Descripción: Paciente presenta biotipo mesofacial con perfil oval

3.3.2 FOTO INTRAORAL:

Foto # 3 Arcada Superior Vista palatina



Fuente: Propia de la Investigación

Autor: Adrián Alejandro Banguera Méndez

Descripción: Arcada superior de forma oval, con coloración normal y restauración con amalgama y coronas de porcelanas y pieza N° 23 tallada.

Foto # 4 Arcada inferior Vista Lingual



Fuente: Propia de la Investigación

Autor: Adrián Alejandro Banguera Méndez

Descripción: Arcada inferior de forma oval, con coloración normal, restauraciones con resinas en la pieza N. 36 y 38

Foto # 5 Arcada en Oclusión Anterior



Fuente: Propia de la Investigación

Autor: Adrián Alejandro Banguera Méndez

Descripción: Arcada en oclusión, presencia de coloración normal, línea media distalizada inferior y mordida profunda

Foto # 6 Arcada en Oclusión Vista Lateral



Fuente: Propia de la Investigación

Autor: Adrián Alejandro Banguera Méndez

Descripción: Arcada en oclusión lateral, presencia de coloración pigmentosa, con oclusión molar clase II.

3.3.3 MODELOS DE ESTUDIO:

Foto # 7 Modelo Frontal



Fuente: Propia de la Investigación

Autor: Adrián Alejandro Banguera Méndez

Descripción: Se observa mordida profunda y línea media distalizada inferior.

Foto # 8 Modelo Lateral

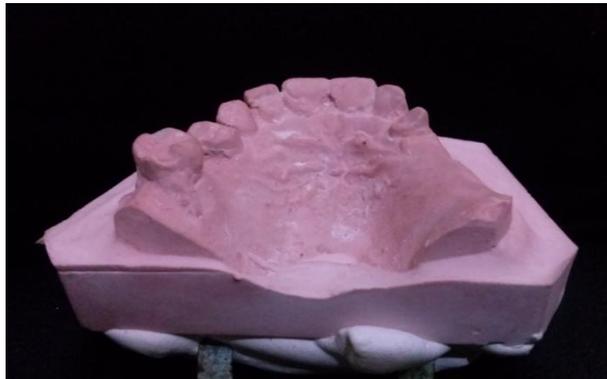


Fuente: Propia de la Investigación

Autor: Adrián Alejandro Banguera Méndez

Descripción: Se observa mordida profunda y oclusión molar clase II.

Foto # 9 Modelo de estudio superior posterior



Fuente: Propia de la Investigación

Autor: Adrián Alejandro Banguera Méndez

Descripción: Arcada de forma Oval.

Foto # 10 Modelo de estudio inferior posterior



Fuente: Propia de la Investigación

Autor: Adrián Alejandro Banguera Méndez

Descripción: Arcada de forma Oval

3.3.4 IMÁGENES RADIOGRÁFICAS

Foto # 11 Radiografía Panorámica



Fuente: Propia de la Investigación

Autor: Adrián Alejandro Banguera Méndez

Interpretación radiográfica: Edentulismo parcial, piezas 15- 17- 24- 25- 26- 27- 37- 45- 46- 47, tratadas endodónticamente piezas 21 – 27 – 36 – 38, sombra radiolúcida compatible con obturación en la pieza 17 y extrusión, ligamento periodontal ligeramente engrosado, pérdida ósea leve generalizada.

3.4 DIAGNÓSTICO.

- Retracción Gingival.
- Prognatismo maxilar
- Edentulismo parcial
- Abrasiones dentarias
- Pérdida de la guía molar
- Pérdida del plano oclusal

4. PRONÓSTICO.

Considerando las características clínicas y radiográficas, mi diagnóstico presuntivo es realizar carillas con resinas compuestas. Favorable para el paciente.

5. PLANES DE TRATAMIENTO

- Restauración con carillas de resina compuesta en dientes desgastados con guía palatina.

5.1 TRATAMIENTO

RESTAURACION CON CARILLAS DE RESINA COMPUESTA EN DIENTES DESGASTADOS CON GUIA PALATINA.

Paciente de sexo Femenino de 37 años de edad se presenta a la consulta con desgaste vestibular en las piezas 13 y 22. Clase Molar II de Angle.

Foto # 12 Encerado



Fuente: Propia de la Investigación

Autor: Adrián Alejandro Banguera Méndez

Descripción: elaboración de encerado sobre el modelo de estudio con cera marfil en las piezas 13 y 22

Foto # 13 Guia palatina



Fuente: Propia de la Investigación

Autor: Adrián Alejandro Banguera Méndez

Descripción: Elaboración de la guía de silicona con material de condensación pesado "Zetaplus" en la pieza 13 y 22

Foto # 14 Colocación Del Hilo Retractor



Fuente: Propia de la Investigación

Autor: Adrián Alejandro Banguera Méndez

Descripción: Colocación del Hilo Retractor en las piezas dentarias N. 13 y 22

Foto # 15 Preparación Dentaria



Fuente: Propia de la Investigación

Autor: Adrián Alejandro Banguera Méndez

Descripción: Preparación dentaria con fresa punta de lápiz, desgaste de 1 mm en las piezas dentarias N. 13 y 22

Foto # 16 Colocación del acido



Fuente: Propia de la Investigación

Autor: Adrián Alejandro Banguera Méndez

Descripción: Colocación de acido grabador en la caras vestibulares de las piezas dentarias N. 13 y 22

Foto # 17 Aplicación de sistema adhesivo



Fuente: Propia de la Investigación

Autor: Adrián Alejandro Banguera Méndez

Descripción: Aplicación de bondi en la caras vestibulares de las piezas dentarias N. 13 y 22

Foto # 18 Ayuda con Guia Palatina



Fuente: Propia de la Investigación

Autor: Adrián Alejandro Banguera Méndez

Descripción: Ayuda con guía palatina y en su parte interna colocación de la resina compuesta y previamente fotocurado de las piezas N. 13 y 22.

Foto # 19 Colocación de la Pasta de Pulido



Fuente: Propia de la Investigación

Autor: Adrián Alejandro Banguera Méndez

Descripción: Colocación de pasta de pulimento de composite para el pulido en las piezas N. 13 y 22.

Foto # 20 Pulido de la pasta



Fuente: Propia de la Investigación

Autor: Adrián Alejandro Banguera Méndez

Descripción: Pulido con cepillo profiláctico en las caras vestibulares y bordes incisales de las piezas N. 13 y 22.

Foto # 21 Culminación del Caso



Fuente: Propia de la Investigación

Autor: Adrián Alejandro Banguera Méndez

Descripción: terminado de las carillas en las piezas N.13 y 22

6. DISCUSION

Los dientes permanentes en desarrollo pueden dañarse por traumatismos o infecciones relacionadas con sus predecesores. Los tejidos dentales se forman en dos fases: la de depósito de matriz orgánica y la de mineralización. Cualquiera que se afecte causa anomalías en la estructura dental. Un trastorno en la primera fase origina hipoplasia, que se caracteriza por esmalte de espesor irregular o una estructura deficiente, delgado, presenta fosetas, agujeros o surcos. En el caso de la hipomineralización, está afectada la segunda etapa, el esmalte puede tener espesor normal aunque presente poca mineralización, con superficie uniforme a menos que se desprenda y desgaste. Las áreas de hipomineralización varían en tamaño y distribución, y pueden ser de color blanco opaco, amarillo mate o pardo claro. Por eso es importante, para llegar a un correcto diagnóstico, realizar un adecuado interrogatorio y examen clínico al paciente para poder identificar las características clínicas diferenciales de una afección u otra y realizar el mejor tratamiento, contemplando en todo momento los tratamientos con fines estéticos desde el punto de vista personal y subjetivo del paciente, colaborando con él para cumplir sus expectativas y deseos. (Hernández Núñez, 2015)

Se logra mostrar cuán eficaz resulta la utilización de las carillas directas de composite para tratar distintas alteraciones dentarias porque: sólo se requirió una única consulta, se pudo controlar la forma y el color, en ocasiones sólo fue necesario asperizar la superficie del esmalte, menor costo que los procedimientos indirectos que necesitan de provisionales y pruebas de laboratorio. Se consigue recuperar con excelentes resultados estéticos la anatomía dental, así como morfología y funcionamiento estable. Por medio de esta técnica se mantienen las estructuras dentarias sanas hasta tanto sea necesario realizar otro tipo de restauración. (Navarro Sánchez, 2011)

7. CONCLUSIONES

Es indispensable estar muy actualizado en el conocimiento científico sobre las técnicas correctas de la colocación de las carillas de resina compuesta, solicitados por los pacientes que acuden a la consulta odontológica debido a sus características conservadoras en el procedimiento de preparación y por su acabado estético en la colocación final.

Que para poder realizar con éxito la preparación de las carillas estéticas es muy importante conocer todos los materiales que se necesitan para poder realizar el procedimiento de la colocación de las carillas correctamente.

Finalmente es indispensable distinguir el procedimiento adecuado que se debe utilizar en el tipo de carillas de resinas, y solo así se podrá realizar con éxito la preparación del diente y la colocación final de las carillas estéticas brindando un mejor servicio al paciente que acude a la consulta odontológica.

8. RECOMENDACIONES

El Odontólogo debe informar siempre al paciente de las opciones de tratamiento estético que existe.

Es importante que el odontólogo realice la técnica de preparación del diente lo más conservadora posible.

Es indispensable realizar una buena toma radiográfica pero sobre todo una buena técnica de revelado lo cual ayudará en el diagnóstico final.

Una vez ya hecho el tratamiento estético dar las recomendaciones necesarias para que el paciente tenga los cuidados adecuados en su higiene bucal.

Tratar de realizar el trabajo con mucha ética y responsabilidad para que los resultados sean éxito total.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- (Mount, 2. (2010). *Sellado coronal*. pág. 70.
- (2011). Obtenido de <http://www.gacetadental.com/2011/06/definiendo-la-caries-dental-para-2010-y-en-adelante-2-26268/>
- (Mayo de 2012). Obtenido de <http://caries-uchile2012.blogspot.com/2012/0/caries-residual.html>
- A. van der Bilt et al. (2011). *Protesis parcial removible*.
- Abad, G. (2014). Un nuevo concepto en la técnica de estratificación con resinas compuestas en dientes anteriores superiores.
- Agurto V., P., DIAZ M., R., & CADIZ D., O. y. (1999). *Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago*. *Rev. chil. pediatr.* [online].
- al., M. S. (2012). *Masticación en prótesis parcial removible*.
- Alava, D. P. (2012). Endocarditis bacteriana. *Onmeda*.
- Aleman Martinez, F. (2012). *Restauraciones provisionales*.
- Aliaga., G. (2011). La educación de la madre con el estado de salud de los 6. *Española de estomatología*, 26-40.
- ALIAGA., G. (2011). *La educación de la madre con el estado de salud de los 6*.
- Alonso, D. M. (2012). *Manejo clínico de las caries profunda*.
- Alvarado, D. F. (2010). *Terapia pulpar en niños*. San Marcos: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Álvarez, L. D. (2012.). *Endodoncia*. Madrid.
- Alvarez, T. O. (2011). *Factores etiológicos de los diastemas*.
- Amate, D. J. (2011). Cirugía mayor ambulatoria maxilofacial. *Revista cubana estomatol*.
- Anderson RW, P. B. (2011). Microleakage of IRM® used to restore endodontic access. *Endodontics and Dental Traumatology*, 6: 137- 141.
- Andrés Eloy Sánchez. (2010). *Protesis parcial removible*.
- (2012). *Anestésicos locales en odontología*.
- Angeles, D. E. (2010). MANIFESTACIONES ESTOMATOLOGICAS. 29(4):189-99.
- Arantxasu I, y. c. (2012). *Tratamiento de las infecciones odontológicas*.

- Araya, D. A. (2012). *Microfiltracion Apical in vitro de tres cementos utilizados en la obturacion de conductos radiculares.*
- ARIAS ARCE, C. N. (2010). *prevencion en niños.*
- Arias Arce, C. N. (2011). *prevencion en niños. Revista ADM, 124-168.*
- Arieta, K. (2013). *Manejo del paciente cardiologico previo a los procedimientos. Cardiomil, 1-18.*
- Armaiz, D. A. (2012). *Elaboracion de ceromeros.* Venezuela: medimed.
- Armendariz, D. J. (2010). *Protesis dentales; complicaciones .* Univeridad de San Marcos.
- ASSIS C., O. (2011). *Pericia odontolegal. Revista Brasileira de, 68:72-75.*
- Association, A. A. (2012). *Periodontal Disease Linked to Cardiovascular Disease.* Chicago .
- Aubertin MA. (2011). *Clasificacion de la hipertension.*
- Ayazo, D. H. (2011). *Hipertension arterial .* Mexico.
- Bae K, C. J. (2010). *Occurrence of Prevotella nigrescens and Prevotella intermedia in infections of endodontic origin. . En J Endod (págs. 620-3.).*
- Bakland, L. I. (2011). *Endodoncia.* MEXico: Editorial McGraw-Hill Iteramericana:316-323 4º Edición.
- Balaciart, D. (2011). *Complicaciones en las cirugias bucales ambulatorias.*
- Balaunde, D. G. (2011). *Odontología Ejercicio Profesional. Marketing dental y Gerencia en Odontología.* Peru.
- Baldo BA, Z. Z. (2011). *Antibiotic Allergy: Immunochemical and Clinical Considerations. Curr Allergy and Asthma Rep .*
- Bances, D. V. (2013). *Hipertension y odontologia.*
- Baratieri, D. L. (2011). *Odontologia Retauradora .*
- Barbosa*, J. A. (2011). *Indicacion quirurgica de los frenillos bucales: a proposito de un caso. Revista odontologica de especialidades.*
- Barthel et al., B. (2011). *Comparacion de los cementos de obturacion provisional.*
- Barzaes. (2011). *Carillas directas con resinas compuestas: una alternativa en Operatoria Dental.*
- Basavaraj, D. (2011). *Odontologia Estetica.*
- Bastida. (2012). *Procedimientos para el empleo de carillas directas con resinas compuestas.*
- Bastidas, D. E. (2011). *Periodontitis.*
- Bastidas, D. J. (2012). *Bioseguridad en odontologia.* www.monografias.com.
- Bautista, F. P.-B. (2013). *Intervencion quirurgica del frenillo labial superiro.* Guayaquil .

- Bazurto, D. (2012). Ceromeros. *Revista odontologica española*, 28-35.
- Belisario, M. K. (2011). *Microbiología en endodoncia*.
- Blanco, D. O. (2010). *Microfiltracion_coronaria_streptococcus_mutans.asp*. Caracas: www.actaodontologica.com.
- Bolaños, D. J. (2012). *Riesgos profesionales en odontología*.
- Bonilla, D. J. (2011). *Cuidados dentales en adultos mayores hipertensos*.
- Borrego, A. P. (2012). *Manifestaciones bucales con leucemias agudas*. Mexico.
- Boveda Carlos. (2010). *Sellado coronal endodontico: materiales intermedio*.
- Brau, D. E. (2013). *Caso clinico de pulpitis aguda serosa*.
- Brenna, D. F. (2012). *Odontologia Restauradora*.
- Brown, K. (2010). *Penicillin Man: Alexander Fleming and the Antibiotic Revolution*.
- Bud, R. (2011). *Penicilina*.
- Buendia, C. D. (2013). *Manual de Ajuste oclusal*. Mexico.
- Bush y cols. (2013). *Alergia a los anestésicos locales*.
- C., B. (2010). *Sellado coronal endodontico: materiales intermedio*.
- C.D. Stéphane Henry Polanco. (2011). especialista en endodoncia. *Revista Mexicana de Odontología Clínica* , 84-87.
- C.D. Stéphane Henry Polanco, e. e. (2012). Fracasos en casos endodonticos. *Revista Mexicana de Odontología Clínica* , 21-25.
- C.D. Stéphane Henry Polanco, e. e. (2012). Fracasos en tratamientos endodonticos. *Revista Mexicana de odontologia clinica* , 21-25.
- Caballero-García C, G.-R. C.-B. (2012). *Microfiltración coronal in vitro con 3 cementos provisionales*.
- Cadena, M. d. (2011). *Prevalencia de manifestaciones bucales en pacientes sistemicamente*.
- Camacho, L. A. (2011). *retenedores usados en protesisparcial removible con extremo libre*. Quito.
- Campoverde, D. J. (2013). *Agentes citostáticos. Protocolos de vigilancia sanitaria específica*. España: Salud, Comisión de Salud Pública de Consejo Interterritorial del Sistema.
- Carlson, D. (2005). *"Theories of Craniofacial Growth in the Postgenomic Era"*.
- Carmenatel, D. N., ReyesII, D. O., GutiérrezIII, D. Y., & Díaz, D. Y. (2011). LAser como tratamiento de la pulpitis. *Revista medica* .

- Carmenatel, D. N., ReyesII, D. O., GutiérrezIII, D. Y., & Díaz, D. Y. (2011). Que es la necrosis pulpar. *Revista medica.*
- Carranza, J. A. (2012). *Alergia a los antibioticos.*
- Carreño, J. G. (2014). *Atencion a pacientes diabeticos en protesis parcial removible.*
- Cavalier-Smith, T. (2010). Rooting the tree of life by transition analyses, . En *Biol Direct.* (págs. 10.1186/1745-6150-1-19.).
- Cepeda, D. J. (2013). *las-ventajas-de-una-protesis-removible.* <http://www.tunuevasonrisa.com>.
- Chang, D. M. (2012). *Sellado coronal endodontico.*
- Chou R, C. A. (2013). Preventing dental caries in children <5 years. En *Pediatrics, systematic review updating USPSTF recommendation* (págs. 132(2); 332-50.). California: Publicaciones Adventure.
- Chow AW. (2011). Infections of the oral cavity, neck, and head. En B. J. Mandell GL, *Principles and Practice of Infectious Diseases* (pág. chap 60). Philadelphia: 7th ed.
- Chow, C. y. (2012). *Protesis removible.*
- Clark, L. y. (2011). *Recubrimientos pulpares.*
- Cleveland JL, G. B. (2010). Risk and prevention of hepatitis C virus infection. Implications for dentistry. American Dental Association.
- Cohen, B. e. (2001). Refeniendo la endodoncia: Lograr la obturacion la obturacion total de los conductos radiculares con un sistema simplificado. *J. de clinica en odontologia*, 19-31.
- Conceico, D. N. (2010). *Odontologia Restauradora.* 297.
- Coral, D. L. (2010). *Tratado de odontología tomo 1 .*
- Cote, G. (2011). *Carbohydrate Research at the USDA Laboratory in Peoria, . Illinois* (en inglés). : Agricultural Research Service.
- Cruz, M. (2012). Blanqueamiento Dental en Dientes Tratados Endodonticamente.
- Cuesta, S. A. (2011). *Complicaciones en cirugias bucales ambulatorias.*
- Cuniglio, M. G. (2012). *Educación para la Salud.*
- D'Brot, D. A. (2012). *Complicaciones en cirugia oral menor en pacientes coagulantes.*
- David Schwab, d. (2013). *Clientela en el consultorio odontologico.*
- D'Brot, D. A. (2011). *complicaciones en oral ambulatoria menor.*
- De Swarte R, P. R. (2011). Allergic Diseases. En C. G. Patterson R, *Drug Allergy.* (págs. 317-412). Philadelphia: Ed. Lippincott Raven Publishers.

dental, s. c. (2010). *servidental*. Obtenido de http://servidental.com/website/index.php?option=com_content&task=view&id=118&Itemid=48

DENTISTA, U. N. (2012). *muerte pulpar*. Mexico.

Detsch, B. y. (2010). Niveles de caries en niños. *Revista Española de Odontología*, 63-72.

DH, E. (1984). *Crecimiento Maxilofacial*.

DIAZ RRM. (2011). *Estrategias educativas para la salud bucal*.

Diaz, A. (2013). *Procedimientos clínicos de carillas dentales de resinas en el sector anterior*.

Diaz, D. J. (2011). marco histórico de la periodoncia. En Carranza, *Periodontología clínica*. 9na. Edición “.

Díaz, E. E. (2011). Caries dental. *dentistaenlared.com*.

Diaz, R. (2011). Evaluacion de higiene bucal en niños. *Revista Medica y osontologica*, 87-92.

DiccionarioMedico.net. (2016). *Diccionario médico*. .

Dinatale, E. (2010). *Microbiología de las infecciones odontogénicas*.

Disease, P. D. (2012). *Pulpitis*. Chicago.

Dorronsoro et al. (2010). *Salud bucal en niños*. Cordoba.

Dr. Daniel Pino I. (2012). *Bioseguridad dental*.

Dr. Eduardo Lanata. (2010). *Resinas compuestas*.

Dr. Edward Alonzo. (2011). *Cirugía de trauma facial*. California: Doctors.

Dr. Jorge Ramirez. (2012). *Diastemas*.

Dr. Juan Flores F. (2010). Succion digital. *Revista de especialidades medica*, 73-80.

Dr. Juan Jose Bermeo. (2011). restauraciones indirectas de resina o ceromeros. En J. J. Bermeo, *Estetica dental* (págs. 273-302). Buenos Aires: Public.

Dr. Juan Mereno. (Mayo de 2012). Obtenido de <http://caries-uchile2012.blogspot.com/2012/0/caries-residual.html>

Dr. Julio Barracos, M. P. (2011). *Odontología Dental: integracion Clinica*. 865.

Dr. Luis Bueno. (2012). *efectos lesivos del control mecanico de la placa microbiana*.

Dr. Luis Gonzales P. (2012). *Ceromeros*.

Dr. Luis Rodriguez. (2011). Ventajas de los ceromeros. *Acta odontologica Venezolana*, 63-86.

Dr. Pablo Quiroz. (2013). *Prostodoncia total*.

- Dr. Pedro Castro. (2012). Eficacia de cuatro cepillos dentales en la remoción de placa bacteriana. *Rev. Estomat.* 2008;, 16(2):15-24.
- Dra. Jéssica Gazel Bonilla. (2010). *Manejo estomatológico de pacientes con enfermedades sistémicas.*
- Dra. Johany Duque, d. E. (2010). *Técnicas actualizadas para el tratamiento de las caries.*
- Duarte CA, D. L. (2012). Influencia de los frenillos labiales en el tratamiento ortodóntico: indicación quirúrgica. *Gaceta dental*, 70 - 81.
- EcuRed. (2012). *Frenillo bucales.*
- Eduardo, R. (2012). *Indicaciones y contraindicaciones.* Madrid.
- Eduaruentes, & Carrasco, E. E. (2010). *Recubrimiento pulpar y pulpotomía, como alternativas de la endodoncia preventiva.* México.
- Egea, D. J. (2011). *protección pulpar.* Sevilla.
- Endodoncia avanzada. (2010). *Endodoncia* , 190.
- Enrique Medina, F. y. (2011). *Prótesis Bucal Removible.*
- Ericka Olivera, d. A. (2011). *Protesis dental en pacientes anciano.*
- Ernest Mallat Desplats, T. P. (2010). Prótesis parcial removible colada: Clínica y laboratorio. Madrid. : Editorial Mosby/Doyma. 1ª. Edición.
- Ernest Mallat, D. T. (2010). *Prótesis Parcial Removible.*
- Ernst, C. B. (2011). Efecto de los agentes blanqueadores con peróxido de hidrógeno sobre la morfología del esmalte humano. *Publicación Internacional Odontológica*, 315-318.
- Estrela, C. (2012). *Ciencias endodónticas* . Sao Paulo: Artes médicas.
- F.J., R. (2012). *fracturas de Lefort atendidas en el Hospital Central de la Cruz roja mexicana.* México: Hospital Central.
- Fabricius et al. (2011).
- Fagan EA, P. M. (2010). Review of the herpesviruses and hepatitis A: the potential hazards in dental care. En *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* (págs. 64(6):693-7).
- Feiruz Chidiak, J. D. (2013). *Salud bucal según el conocimiento y aplicación de técnicas de higiene bucal.*
- Ferrer Luque, C. M. (2000). Estudio de filtración apical con los sistemas Thermafil y Alpha Seal. *Odonto-Estomat*, 25-30.
- Figueroa, P. R. (2012). *Odontología restauradora.*
- Fonseca et, M. e. (2011). *Odontograma.*

- Franco, D. L. (2012). *Higiene bucal en niños*. Buenos Aires:
http://www.guiainfantil.com/salud/dientes/buenos_habitos.htm.
- Frank R. (2012.). Percances endodónticos: su detección, corrección y prevención. p. 856-76.
- Fuentes, E. E. (2010). *Recubrimiento pulpar y pulpotomía, como alternativas de la endodoncia preventiva*.
- Garattini G, C. P. (1990). *Role of prolonged sucking in the development of dento skeletal changes in the face. Review od the literature*.
- Garces, D. J. (2012). *Consenso sobre enfermedades sistemicas y periodontal*. www.guiadent.com.
- Garcia, D. P. (2011). *Odontologis forense*.
- Garcia, D. P. (2011). Odontologis forense. En D. Martinez, *ODONTOLOGIA FORENSE* (págs. 153-162). VALENCIA: Publicaciones medicas.
- García, G. *. (2012). *Recromia dental en dientes no vitales*.
- Garcia, L. T. (2011). *Equipamiento odontologico y calidad de atencion* .
- Gladwin, M., & Trattler, B. (2011). Clinical Microbiology made ridiculously simple. . En *FL: MedMaster, Inc.* (págs. pp. 4–5). Miami,.
- Göbel Welker y Hinz. (2010). Resinas acrilicas. *Revista estomatologica*, 28-53.
- Goldberg F, S. I. (2010). *Endodoncia tecnica y fundamentos*. Buenos Aires: Medica Panamericana.
- Goldberg F. Soares I. (2012). *Endodoncia técnica y fundamentos*. Argentina.: Editorial Médica Panamericana. 181-192.
- Goldberg, F. (2002). Materiales y tecnicas de obturacion endodontica. *Mundi SAIC y F*, 194.
- Goldberg, F. (2012). *Endodoncia Técnicas y Fundamentos 2da Edición*. Buenos Aires : Panamericana.
- Goldemberg, D. P. (2012). *Caries profunda*.
- Gómez-Lus, M. y. (2011). Las claves de una época: Wright y Flemin; Quimioterap. *Revista de medicina Española*, 26.
- Gonçalves J, R. M., & FJ, S. (2012). Rendimiento de la masticacion en protesis parcial removable. *Revista Herediana*.
- Goncalves, D. D. (2010). Prevalencia de caries en niños escolares. *Revista Latinoamericana de ortodoncia y odontopediatria*, 35-40.
- GOUDREAU, J. .. (2012). *Resistencia al hipoclorito en limas*.
- Goyena, M. I. (2010). *Técnica para lograr las referencias dental y alveolar protética, la relación maxilo-facial e intermaxilar en posición céntrica oclusiva*.

- Gregoret. (2013). *Ortodoncia y cirugía ortognatica diagnostico y planificacaión*. Barcelona, España,: Espaxs, S.A.
- Gregoret, j. (2013). *Ortodoncia y cirugia ortognatica diagnostico y planificacaión*. Bsrcelona, España,: Espaxs, S.A.
- Gregoret, j. (2013). *Ortodoncia y cirugia ortognatica diagnostico y planificacaión*. Barcelona, España,: Espaxs, S.A.
- Guarda, D. E. (2012). *Efermedad periodontal* .
- Guerra, D., & V., D. M. (2011). *Estrategia de control en las infecciones odontologicas*. Venezuela.
- Guerrero S, V. A. (1997). *Prevalencia de anomalías dentomaxilares, caries y florosis en niños del área sur de la Región Metropolitana*. *Revista Dental de Chile* .
- Guzmán M, J. S. (2011). *Alergia a los betalactamicos*.
- Guzman, D. A. (2011). *Seleccion de anestesicos en pacientes hipertensos*.
- Guzman, D. L. (2010). *Seleccion de los anestesicos locales*.
- Habana, A. M. (1990). *Mi familia es así*. La Habana: Editorial Ciencias Sociales.
- Habana., R. D. (2014). *Fracasos del tratamiento endodóntico en pacientes atendidos en el servicio de urgencias estomatológicas*. *Revista De Ciencias Médicas. La Habana.*, 20(2) .
- Hanpel, D. C., & Villanueva, D. J. (2011). *Manejo odontologico del paciente hipertenso*. Santiago de Chile.
- Hare G, W. A. (2010). *The bacteriologic status of the pulp chambers in intact teeth found to be nonvital following trauma*. En *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* (págs. 10(3):318-22.).
- Hargreaves, K. M. (2010). *Seltzer and Bender's Dental Pulp*. . Chicago.: Quintessence Publishing Co. .
- Hernandez, D. M. (2012). *Habitos de higiene bucal y su influencia sobre la frecuencia de caries dental*.
- Herrera LM, C. F., & M.C., S. (2013). *Human Identification by means of conventional and digital chelloscopy: a study of the lirectature*. *Revista Gaucha de odontologia*, 61:113-120.
- Higienistas Vitis. (2011). *Bioseguridad y control de las infecciones cruzadas*.
- Hille, D. F. (2011). *Uso de la queilosopia como alternativa de identificacion de cadaveres*.
- Hirata. (2011). *Restauraciones indirectas*. Lima: Ediciones Leon.
- HOLDINGS LLC. (2010). *presencia de habitos inadecuados en niños*.
- IJ, S., & Goldberg, F. (2011). *Endodoncia tecnica y fundamentos*. Buenos Aires: EndodonciaTécnicay.

- Indriago, O. A. (2010). *Manejo odontológico de pacientes hipertensos*.
- Indriago, O. A. (2011). *Manejo de pacientes hipertensos en odontología*. Venezuela.
- Ingle J. y Bakland L. (2011). *Endodoncia*. . México. : Editorial McGraw-Hill Interamericana:316-323
4^o Edición. .
- Inostroza, R. (2012). Estudio comparativo del grado de sellado marginal de restauraciones.
- Irureta Goyena, O. M. (2011). *Antibióticos utilizados en odontología*.
- Iruretagoyena, M. A. (2011). *Ubicación de apoyos para evitar la rotación de la prótesis parcial removible”*.
- J. SAMYN, J. N. (2012). *Esterilización quirúrgica*.
- J., V. (2006). *Masticatory Function and Malocclusion: A Clinical*.
- Jackson y Maslach. (2011). *Agotamiento en la profesión*.
- Jennifer Diaz Campos. (2011). *Instalación del consultorio dental*.
- JF., L. M. (2011). *Aetiology, Classification and Pathogenesis of Pulp and*.
- Jimenez, A. d., Milian, M., Gavalda, C., & Gallud, D. (2011). *Lesiones erosivas y ulceradas de la mucosa oral*.
- JL., E. (2011). Systemic humoral immune responses in periodontal diseases. . *Crit Rev Oral Biol Med*, 283-331.
- Johnson. (1993).
- Jourbet, R. (2010). *Odontología adhesiva y estética*. Ripano.
- JW., L. (2010). The impact on dentistry of recent advances in the management of hypertension. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*.
- JW., L. (2010). The impact on dentistry of recent advances in the management of hypertension. . *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. .
- Kaiser. Frank. (2012). *Prótesis Parcial Removible*. Brasil: Editorial MAIO 2da Edición. .
- Kakehashi S, S. H. (2010). The effects of surgical exposures of dental pulps in germ-free and conventional laboratory rats. . En *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* (págs. 20(3)340-49).
- Kanashiro Inakawa, C. (2012). *Cambios en la presión arterial en la aplicación de los anestésicos locales*.
- Kiliaridis. (2006). *“The importance of masticatory Muscle Function in dentofacial Growth”*.
- Kirkevang, R. y. (2012). *restauración coronal*.

- Klein RS, P. J. (2011). *Low occupational risk of human immunodeficiency virus infection among dental professionals.*
- Kobayashi T, H. A. (2010). The microbial flora from canals and periodontal pockets of non-vital teeth associated with advanced periodontitis. *Int Endod J.*
- Kornman KS, P. J. (2012). Interleukin-1 genotypes and the association between periodontitis and cardiovascular disease. *34:353-7.*
- Lana et al. (2011). Conductos radiculares infectados.
- Landa Reyes y cols. (2013). *Alergia a la penicilina.*
- Landazuri, D. J. (2014). «Logran curar el cáncer de sangre a una mujer en EE. UU.». Madrid: Diario ABC.
- Lara, J. A.-D. (2011). Higiene bucal. En J. A.-D. Lara, *Biología e Higiene* (págs. 27-52). Troquel: Medic.
- Laura Díaz Guzmán, D. J. (2010). *Selección de anestésicos en pacientes hipertensos.* Mexico.
- Leon, M. E. (2012). *Anestésicos locales en odontología.*
- Leonard., H. (2010). presencia de hábitos inadecuados en niños. *Revista de medicina y odontología, 68-74.*
- Leonardo Mario Roberto, L. R. (2011). *Endodoncia.* Editorial Artes Médicas Latinoamérica 1.ª ed.
- Leonardo, M. R. (2010). SISTEMAS ROTATORIOS EN ENDODONCIA. . Sao Paulo. : Artes Médicas Latinoamérica. .
- Lilia Bartolotti. (2010). Prótesis Parciales Clásica E Innovaciones. *Amolca, 198 - 213.*
- Lorenzana, C. F. (2012). *Partes de la prótesis removible.*
- Lozano, D. J. (2012). *Esterilización.* Madrid.
- Luis Fernández, R. F. (2010). Técnicas de cepillado.
- M. S. P. Ecuador, M. d. (2010). *Normalización en salud bucal.* Quito - Ecuador.
- M., I., A., Z., & Leonor., S. (2010). *Prevalencia de caries dental.* Mexico: Carhel C. A.
- M.C. Gómez González, J. E. (2011). *Cirugía oral ambulatoria.*
- M.L., S. (1988.). *Interrelaciones entre la Odontoestomatología y la Fonoaudiología. La Deglución Atípica.* Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Maestre JR. (2013). *Combinación antibiótica en el tratamiento de las infecciones en odontología.*
- Malbrán, A. (2012). *Alergia a la penicilina ¿verdad o consecuencia?*
- Mamani Almerco, F. (2011). *Bioseguridad en odontología.*

- MAMANI ALMERCOS, F. (2011). *Bioseguridad en odontología*. Mexico: Medipublic.
- Marco Juanata. (2011). *Fisiopatología de los diastemas*.
- Marcos, D. J. (2011). *Patología pulpar y periapical*. Salamanca.
- Marcus AJ, H. D. (2010). Vascular transcellular signalling. . *J Lipid Re*, 34:2017-31.
- María Delgado Capel, R. I. (2012). Revista española de quimioterapia. *Revista Española Quimioterapia*.
- Maríalaura Aguilar, J. L. (2012). *Blanqueamiento en dientes no vitales*.
- Mario, R. F. (2011). Diastema. Una solución con una restauración provisora de ceromero. *Revista dental de Chile*, 20 - 25 .
- Maritza Vega Alpizar. (2012). *Mercadeo odontológico*.
- Marquez, D. S. (2011). *Estética con resina compuesta en dientes anteriores*.
- Marquez, M. (2011). Prevalencia de caries. 123- 125.
- Marta Yochum G. (2010). *Manual de servicio de esterilización*. Los Andes: Hospital Los Andes.
- Martín, D. J. (2011). *Hipertensión arterial*.
- Martinez, D. L. (2011). *PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO E IDENTIFICACIÓN*.
- Martinez, N. L. (2011). *Consultorio dental*.
- Mateus, D. F. (2011). *Cierre de diastemas* .
- Mavec et al. (2012). *Sellado aceptable intraconducto*.
- McGivney y Castleberry. (2010). *Retenedores directos*.
- Medicine, T. U. (2012). endocarditis bacteriana.
- Medina, C. E. (2011). Factores socioeconomicos de prevalencia de caries.
- MEDRANDA ALAVA, K. V. (2011). *Bacterias que causan necrosis pulpar en niños y niñas*. Loja.
- Melgar, D. J. (2011). [www.bibliodar.mppeu.gob.ve/?q=doc_categoria/Paciente geriátrico](http://www.bibliodar.mppeu.gob.ve/?q=doc_categoria/Paciente_geriátrico).
- Mendieta. (2010). Carillas directas.
- Mendieta, D. (2011). <http://www.medicalcanada.es/producto/coltosol-cemento-provisional-jer-029-0002/index.aspx>. Obtenido de <http://www.medicalcanada.es/producto/coltosol-cemento-provisional-jer-029-0002/index.aspx>
- Mendieta, D. A. (2011). *5 cepillos bucales para niños*.
<http://www.cepillosdedientes.com.es/cepillado-de-dientes-en-ninos>.
- Mendieta, D. J. (2012). *Mepivacaina*. www.wikipedia.com.

- Mendieta, D. J. (2012). *Ventajas de las protesis removibles*.
- Mina, D. L. (2014). *Incrustaciones de ceromeros en dientes posteriores*.
- MIREDA SERVICES. (2013). Obtenido de <http://img.webme.com/pic/m/miredservice/dibujof.bmp>
- Mondelli, J. (2010). "Fundamentos de Odontología estauradora". En J. Mondelli, *Odontología Restauradora* (págs. 73-94). Lima: Santos Editora.
- Mooney, B. (1995). Operatoria dental. En B. Mooney, "*Operatoria Dental*" (pág. Capitulo 32). Valencia: 3ra Edición.
- Morales Alva, G. V. (2010). *Tratamiento endodontico en una solo sesion*.
- Moses, G.-C. (2011). *Metodos de identificacion de cadaveres en odontologia*. Venezuela.
- Mount. (2012). *Ionomeros de vidrio*. pág. 70.
- Muñoz, D. R. (2013). *Clasificacion anatomica de estados pulpares*.
- Muñoz, M. d. (2011). *NUEVAS APORTACIONES AL PROCESADO DE HUELLAS LABIALES: LOS LISOCROMOS EN QUEILOSCOPIA*. Valencia.
- Muñoz, M. d. (2011). *NUEVAS APORTACIONES AL PROCESADO DE HUELLAS LABIALES: LOS LISOCROMOS EN QUEILOSCOPIA*. Valencia: Mdical.
- N, D. A., & Candido P.L. (2011). *Anatomia da Face. Bases anatomo-funcionais para practica odontologica*. Sao Paulo.
- Negre. (2011). *Queilosopia*.
- Negre E Muñoz, M. (2010). *Nuevas aportaciones al procesado de huellas labiales: los lisocromos en queilosopia*. Valencia.
- Niwa et al. (2011). *anestesico local con epinefrina*.
- Núñez-Morillo Sara, B.-A. L.-E. (2010). *manejo de pacientes hipertensos en odontologia*.
- Obando, A. R. (2012). *Propuesta de estrategia de mercadeo para un consultorio dental*.
- Ocampos, D. (2010). *Odontologia forense*. Panama: RECIDED.
- Od. Alven Jesús A., A. I. (2011). *Manejo de pacientes hipertensos en odontologia*. Venezuela.
- Od. Jorge Nuñez. (2011). *consideraciones esteticas en el diseño en protesis removable*.
- Od. Jorge Vieira N. (2012). *Consideraciones practicas para la eleccion de las protesis parcial removibles*.
- Odontologia ASSIS C. (2011). Perícia odontolegal. *Revista Brasileira de*, 68:72-75.
- odontologico, M. (2010). *Necrosis pulpar*.
- odontologosecuador. (2010). *Pulpitis aguda serosa*.

- Olveira, J. D. (2013). *Conducta odontologica en pacientes con leucemia*.
- Organizacion Panoramica de salud, O. (2010). *Manual de bioseguridad en la practica odontoestomatologica*. Lima: Copia de la biblioteca de la OPS.
- Ortega. (2010). Indicaciones y contraindicaciones de las carillas.
- Oscar, Q. A. (2003). . Características de la oclusión de los niños del jardín de infancia Beatriz de Roche del Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas IVIC . *Acta odontológica*. N° 41 - 1 - 2003.
- Otero, J. (2012). *MArketiing en odontologia* . Peru.
- Palladares, C. (2011). *Microfiltración coronal de dos cementos provisionales en endodoncia*.
- Pané, G. P. (2013). *Enfermedades de riesgo en odontologia*. Barcelona.
- Papa, D. L. (2012). *Control de infecciones en odontologia* .
- Papa, E. D. (2012). *Infeccion odontogena*.
- Paredes, D. J. (2012). *Odontologia forense*. Mexico:
http://www.semefo.gob.mx/es/INCIFO/Odontologia_Forense.
- Parrales, D. J. (2010). PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES.
- Parrales, D. J. (2012). *Alergia a la penciilina*.
- Parrales, D. L. (2011). *Caries dental*. Buenos Aires: Larrea S. A. Obtenido de definiendo-la-caries-dental: <http://www.gacetadental.coml-para-2010-y-en-adelante-2-26268/>
- Pedro Ariño Rubiato. (2010). Restauraciones estetica sector posterior. En P. A. Rubiato, *Estetica dental* (págs. 283-320). Valencia: Publicaciones graficas.
- Pedro, D. M. (2011). *Alergia a los antibioticos*.
- Peña. (2014). Alteraciones del color en 5 resinas compuestas para el sector posterior pulidas.
- Peñaherrera, D. E. (2014.). *Fracasos en endodoncias*, . Obtenido de <http://scielo.sld.cu>.
- Pereira. (2010). EVOLUCIÓN Y TENDENCIAS ACTUALES EN RESINAS COMPUESTAS.
- Pérez., P. M. (2012). *Endodoncia en dientes primarios*.
- Pineda, J. R. (2012). Incrustaciones indirectas en ceromeros. En J. R. Pineda, *Restauraciones esteticas* (págs. 62-90). pereira: Publicaciones Colombina.
- Pizzo, A. P., & Poplack, D. G. (2012). Principles and practice of Pediatric Oncology. . *Lippincott Williams & Wilkins*. , Pág. 545.
- Prescott, L. (2010). *Microbiología*. McGraw-Hill Interamericana de España.
- Proffit. (2007). *“Contemporary Orthodontics”*.

- Propdental. (2012). *Frenillo labial superior*.
- Propdental, C. (2013). *Retratamiento endodontico*. Barcelona.
- Propdental, C. (2013). *Retratamiento endodontico*. Barcelona: Registrada en España CIF B65185472.
- Quiroga. (2013). *“Two-phase orthodontic treatment of complex malocclusion: Ginning up efficiency in favor of effectiveness, quality of life, and functional rehabilitation?”*
- Quirós A. Oscar. (2013). Características de la oclusión de los niños del jardín de infancia Beatriz de Roch. *Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas IVIC Acta odontológica.*, 74-77. Obtenido de http://www.actaodontologica.com/oscar_quiros/13.asp
- RA, V. N. (1997). *Digit sucking: a review of the literature, clinical observations and treatment recommendations*. *Int J Orofacial Myology*.
- RACCIATTI, O. G. (2011). *Bioseguridad en odontología*.
- Ralph, D. R. (2013). *ganchos de mayor uso en odontología*.
- ramirez, t. (2012). *Técnica y sistemática clínica de la preparación y construcción de carillas*.
- Ramos Vigo. (2013). *Sistema estomatognatico*.
- Rao. (2011). *Filtracion coronal*.
- Raposo, A. (2012). Epidemiología de las fracturas maxilofaciales. *Revista Española de cirugía oral y maxilofacial*, 28--35.
- Recio, D. O. (2012). *Laser en las pulpitis aguda*.
- Reid DA, P. A. (1984). *Digital deformities and dental malocclusion due to finger sucking*.
- Rendón Roberto. (2011). Prótesis Parcial Removible. Conceptos Actuales. . *Pamericana*, Cap V - VI.
- Revista Colombiana de Cardiología. (2011). *Diagnostico de la hipertension*.
- Revista De Ciencias Médicas. La Habana. (2014). Fracasos del tratamiento endodóntico en pacientes atendidos en el servicio de urgencias estomatológicas. *Revista De Ciencias Médicas. La Habana.*, 20(2).
- Revolledo. (2013). *Estudio comparativo in vitro de la resistencia comprensiva de resinas compuestas microhíbridas y nanohíbridas*.
- Ricketts, R. M. (1989). *Provocations and Perceptions in Cráneo-Facial Orthopedics*.
- Rico, A. I. (2012). *Como incide un consultorio en la odontología*.
- Ríos, D., & Armoa, N. (2013). *Proyecto para instalar un consultorio dental*.
- Rivas Muñoz, D. R. (2012). *Microbiología en endodoncia*. Azteca.

- Roberts, R. (2010). *Bone Development and Function: environmental*.
- Robinson JL, H. T. (2012). Practical Aspects of Choosing an Antibiotic for Patients with a Reported Allergy to an Antibiotic. . En *Clint Infect Disses* (págs. 35: 26-31.).
- Rodolfo, R. (2011). visión odontológica de la estética dental. *Revista estomatologica*, 62-84.
- Rodrigo Albornoz, G. (2011). Microfiltracion en inlays con ceromeros. *Acta odontologica Venezolana*, 64-85.
- Rodriguez. (2010). EVOLUCIÓN Y TENDENCIAS ACTUALES EN RESINAS COMPUESTAS.
- Rodríguez Yañez E., C. A. (2007). *1001 tips en Ortodoncia y sus secretos*.
- Rodriguez, D. A. (2012). *Leucemia*.
- Rodriguez, D. J. (2011). El ajuste oclusal. *Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica*.
- ROJAS, A. E. (2010). *ODONTOLOGIA PEDIATRICA*. colombia cara bobo: Editorial Odontologica.
- Romano y cols. (2013). *Reactividad cruzada* .
- Rosario, A. A. (2010). *Prevalencia de caries dental en niños*. Lima.
- Rosaura, D. (2012). *Estrategias educativas para la salud bucal*. Mexico: Velagh.
- Rubiato, P. A. (2010). *Restauraciones estetica sector posterior*.
- Rubio, D. E. (2011). *protesis removibles*.
- S . MORRISON, C. .. (2011). Esterilizacion de limas.
- S. E. Gelman. (2010). *Rendimiento masticatorio en protesis parcial* .
- S. Okiyama, K. I. (2011). *Eficencia masticatoria*.
- Sachdeva, D. R. (2012). *Desventajas de las protesis removibles*.
- Salazar, D. C. (2013). *Diastemas, operatoria dental*.
- Salazar, Y. S. (2012). Blanqueamiento interno en piezas no vitales.
- Salton MJR, K. K. (2011). Structure. in: Baron's Medical Microbiology. En *Univ of Texas Medical Branch*. (4th ed. edición).
- Sanitas, F. (2010). *Necrosis-pulpar-por-traumatismo*.
- SANTANA, B. (2012). Materiales dentales. En F. HUMBERTO, *Estetica dental* (págs. 84-128). Valencia: Española Ediciones.
- Santiago, F. d. (2012). Odontologia en pacientes especiales.
- Sarango Calva, A. M. (2012). *Influencia de los anestésicos locales odontológicos en la presión arterial en pacientes que acuden a realizarse tratamientos odontológicos*. Loja.

- Schott Börger, O. T.-Q. (2012). Eficiencia masticatoria en el uso de prótesis removibles. *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral*.
- Segovia. (1988). *Interrelaciones entre la Odontología y la Fonoaudiología. La Deglución Atípica*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Selene, O. H. (2010). *restauraciones estéticas*. Bogotá: Medicas Ediciones.
- Senger, G. S. (2011). *Prótesis parcial removible*.
- SEPA, o. S. (2012). *vinculación entre la enfermedad periodontal y la hipertensión*.
- Severi M., S. T. (2013). "Relationship among oral habits, orofacial function and oral health related quality of life in children".
- Shapira L, S. W. (2011). TNF-alfa by monocytes from early onset periodontitis patients. *J Periodontol* . En *The secretion of PG E2, IL-1, IL-6*, (págs. 65:139-46.).
- Sierra, D. J. (2013). *Prótesis parcial removible*.
- Silverstone, U. . (2011). Cariología. En S. y. L.M, *Nuevas estrategias en odontología* (págs. 76-82). Menoza: Publicaciones gráficas.
- Skinthöj, J. H. (2011). *Eficiencia masticatoria*.
- Soager, D. (2010). *signs of leukemia in children*.
- Soares. (2010). *Vías de la pulpa*.
- Soares Ilson Jose y Goldberg, F. (2002). Endodoncia. Técnica y Fundamentos. *Medica Panamericana*, 141 - 166.
- Sogn D, E. R. (2010). *Results of the National Institute of Allergy and Infectious Disease Collaborative Clinical Trial to test the predictive value of skin testing with major and minor penicillin d*.
- Soriano, Y. J., Milian, M., Gavalda, C., & Gallud, D. (2011). *Lesiones erosivas y ulceradas de la mucosa oral*.
- Stewart y col. (2010). *Prótesis parcial removible*.
- Suarez, X. A. (2012). *Comparación del sellado marginal de tres cementos provisionales, cavit, coltosol e ionomero de vidrio*.
- T. ZETTLEMOYER, A. .. (2011). *Esterilización de fresas*.
- Téllez, C. P. (2011). *Prótesis parcial removible*.
- Téllez, C. P. (2011). *Prótesis parcial removible*.
- tenemeya, s. (2014). Técnica de confección de carillas de composite.
- Terapeutica, R. (2010). *Tratamiento de las infecciones odontogénicas*.

- Todescan R. (2011). *Atlas de Prótesis Parcial Removible*,.
- Untiveros Bermúdez, G., García Rupaya, C. R., & Caballero García, C. S. (2011). Microfiltración coronal in vitro con tres materiales de obturación temporal utilizados en endodoncia. . *Revista Estomatológica Herediana*, 27-30.
- Utsuno H y col. (2011). Huellas labiales. *Odontología y medicina*, Florida.
- Vallejo, A. P. (2012). *Anestésicos locales en odontoestomatología*.
- Varrela. (2006). *Masticatory Function and Malocclusion: A Clinical*.
- Vega J, B. M. (2010). Tolerance to aztreonam in patients allergic to betalactams. . En *Allergy* (págs. 46: 196-202.).
- VegaL, A. H. (2013). Microfiltración marginal de materiales de obturación provisional. *Paraguay Oral Research*.
- Venkatasubramanian R, J. D. (2010;). Comparison of the effectiveness of sterilizing endodontic files by 4 different methods: an in vitro study. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*.
- Vieria, d. d. (2014). *materiales y sistema de confección de carillas estéticas*. barcelona.
- Villada y cols. (2012). *crisis anafiláctica causada por penicilina*.
- Villalobo, D. V. (2013). *es.slideshare.net*. Obtenido de <http://es.slideshare.net/vanessavillalob/evaluacion-del-xito-y-fracaso>.
- Villarroel. (2012). Estudio comparativo in vitro de microfiltración marginal en restauraciones indirectas cementadas con cemento dual con y sin fotopolimerización.
- Wallace, C. y. (2011). *Comparación de microfiltración de materiales colados*.
- WALTON, M. .. (2012). *Resistencia entre limas de acero y de níquel titanio*.
- Weine, F. (2012). *Endodontic Therapy*.
- Wendy Aguilar Rojas, M. B. (2010). *Retratamiento endodóntico*. Barcelona.
- Wikipedia. (2010). *Peroxido de hidrógeno*.
- Wikipedia. (2012). *Pulpitis*.
- Wikipedia. (2013).
- Wong, G. (2010). *Penicilina*.
- ww.wikipedia.com. (2012). *Leucemia*.
- www.librosdeanestesia.com. (2012). *Mepivacaina*.
- www.monografias.com. (2012). *Bioseguridad en odontología*.
- www.propdental.es. (2013). *Necrosis pulpar*.

www.sanitas.es. (2013). *Causas y tratamiento de la pulpitis*.

Zaia et al. (2010). *microfiltracion coronal*.

Zanata, D. A. (2012). *Protesis removible metalica*.

Zaragoza, M. (2012). *Ceromeros*. Mendoza: Graficas.

Zazueta, D. M. (2011). *Historia de las protesis dentales*.

Zhu et al. (2010). *Riesgo de caries en adolescentes*.

Zinner. (2011). *Retenedores en protesis removibles*.

Zlataric DK, C. A. (2010). *Protesis parcial removible*.

Zuolo, M. (2012). *Reintervención en endodoncia*. pág. 254).

ANEXOS

ANEXO # 1

HISTORIA CLÍNICA

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombres del Paciente: Gabriela Mercedes

Apellidos del paciente: Bravo Torres

Fecha de nacimiento: 23/01/1980

Historia Clínica #: 68909

Sexo: Femenino

Edad: 37 años

Estado civil: casada

Dirección: Cdla. Abel Gilbert

Numero de teléfono: 0981302367

Ocupación: Comerciante

C.I: 0921739926

3.1.2 Motivo de la consulta

“Realizarme unas carillas”

3.1.3 ANAMNESIS

- Antecedentes familiares: No
- Habitos: Ninguno
- Alergia: Ninguna
- Enfermedad Actual: Ninguna



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA

DEPARTAMENTO DE ADMISIÓN Y DIAGNÓSTICO

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Yo, Georgette Mercedes Brindón S con C.I N: 0921739926 he sido informado (a) del procedimiento de diagnóstico y comprendo la naturaleza del mismo.

Se me han explicado todos los procedimientos recomendados para un tratamiento integral con la finalidad de restituir mi salud bucal.

Comprendo que de ninguna manera el posible tratamiento propuesto constituye promesa o garantía de resultados y se me ha aclarado que puede ser necesario la práctica de otros procedimientos a causa de eventos inesperados.

Comprendo también que de no seguir las indicaciones de cuidado e higiene bucal que se me han sugerido, o el incumplimiento a las citas, minimizaran las posibilidades de un buen resultado.

En virtud de lo anterior, expongo que conozco y acepto lo informado en relación a los tratamientos que me han sido explicados y otorgo autorización para la atención recomendada, bajo los términos establecidos, así como la autorización para la realización de procedimientos adicionales o alternativos en la medida en que sea necesarios a criterio del estudiante tratante bajo la supervisión y autorización del tutor académico del área.

Firma responsable.

Georgette Mercedes Brindón S CI. N: 0921739926 Fecha:.....

Durán



Universidad de Guayaquil
Facultad Piloto de Odontología
Departamento de Diagnóstico



03 FEB 2017

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO M-F	EDAD AÑOS	N. HISTORIA CLINICA		
H.P. O	Cabala	Bravo	F	37 años			
MEJOR DE 1 AÑO	1-4 AÑOS	5-9 AÑOS PROGRAM	5-14 AÑOS PROGRAM	10-14 AÑOS PROGRAM	15-19 AÑOS	MAYOR DE 20 AÑOS	EMBARAZA DA

1. MOTIVO DE CONSULTA

ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE

omas carillas.

2. ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

REGISTRAR SINTOMAS: CRONOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SÍNTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL

Asintomático

3. ANTECEDENTES PERSONALES

1. ALERGIA ANTIBIOTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMORRAGIAS	4. VIH/ SIDA	5. TUBERCULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPERTENSION	9. ENF. CARDIACA	10. OTROS
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

no refiere antecedentes personales.

4. SIGNOS VITALES

PRESIÓN ARTERIAL	107/68	FRECUENCIA CARDIACA /minuto	68	TEMPERATURA °C	36°	FRECUENCIA RESPIRATORIA/ minu	17'
------------------	--------	-----------------------------	----	----------------	-----	-------------------------------	-----

5. EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGIA DE LA REGIÓN AFECTADA ANTONADO EL NUMERO

1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. PISO	8. CARRILLOS	9. GLANDAS SALIVALES	10. ORO FARINGEA	11. A.T.M.	12. Ganglios
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Sin Patología aparente

Erick Artoles 8a/1
Azele Pintado 8/2

03 FEB 2017

03 FEB 2017

8 PLANES DE DIAGNOSTICO, TERAPEUTICO Y EDUCACIONAL

BIOMETRIA	QUIMICA SANGUINEA	RAYOS X	OTROS
	Parodontologia Operativa Cirujia Prostodancia	D0220 #27	
		D0330	

9 DIAGNOSTICO

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	DIAGNOSTICO					
												PRE-PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO				
	Caries																
	Parodontancia	K02	X														
	Odontologia facial	K08	X														
	Inf. Periapical	K05	X														

FECHA DE APERTURA	FECHA DE CONTROL	PROFESIONAL	FIRMA	ESTUDIANTE	FIRMA	NÚMERO DE HOJA
-------------------	------------------	-------------	-------	------------	-------	----------------

10 TRATAMIENTO

SESIÓN Y FECHA	DIAGNOSTICO Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CODIGO Y FIRMA	
SESIÓN 1 FECHA 3 Feb 2018	Paragost Vest Carillas - 13-22	Carillas de Resina		CODIGO	FIRMA
SESIÓN 2 FECHA				CODIGO	FIRMA
SESIÓN 3 FECHA				CODIGO	FIRMA
SESIÓN 4 FECHA				CODIGO	FIRMA
SESIÓN 5 FECHA				CODIGO	FIRMA
SESIÓN 6 FECHA				CODIGO	FIRMA
SESIÓN 7 FECHA				CODIGO	FIRMA
SESIÓN 8 FECHA				CODIGO	FIRMA

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

Yo Gabriela Mercedes Bravo Torres, con cédula de identidad N°0921739926, 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.....