



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA**

**TRABAJO DE GRADUACION PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE ODONTÓLOGA**

TEMA:

**CARILLAS DE PORCELANA FELDESPATICAS EN EL SECTOR
ANTEROSUPERIOR EN DIENTES CON ABRASION**

AUTORA

BRANQUE SANCHEZ SARA ANABELL

TUTOR

DR. IVAN RODITI LINO

Guayaquil, mayo del 2016

Ecuador



APROBACIÓN DEL TUTOR

Por la presente certifico que he revisado y aprobado el trabajo de titulación cuyo tema es Carillas de porcelana feldespáticas en el sector anterosuperior en dientes con abrasión, presentado por la Sra. Sara Anabell Branque Sánchez, del cual he sido su tutor, para su evaluación y sustentación, como requisito previo para la obtención del título de Odontóloga

Guayaquil, mayo del 2016.

Dr. Iván Roditi Lino.

CC.0918771874



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA

CERTIFICACION DE APROBACION

Los abajo 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. Mario Ortiz San Martin Esp.

Decano

Dr. Miguel Álvarez Avilés Mg.

Subdecano

Dr. Patricio Proaño Yela Mg.

Director de Unidad de Titulación



DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Yo, Saray Branque Sánchez , con cédula de identidad N°0913774816, 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, mayo del 2016.

Sara Anabell Branque Sánchez.
CC: 0913774816

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a Jehová quien me ha guiado por el buen camino, dándome las fuerzas para seguir adelante y poder afrontar las diversas pruebas que se me han presentado en mi vida estudiantil.

También a mi familia que han sido un soporte fundamental, principalmente mi madre, esposo e hija. Me han dado las ganas para seguir luchando por lograr mis metas, mi madre quien me ha formado en mi carácter, me ha apoyado en los momentos más difíciles, y mi esposo gracias por apoyarme en los recursos necesarios para mis estudios.

Gracias a mis compañeros y amigos, que me permitieron entrar en su vida y conocer más de ellos como personas y aprender de cada uno, lo mejor como estudiantes.

Sara Anabell Branque Sánchez.

AGRADECIMIENTO

Agradezco sinceramente a mi tutor de tesis, Dr. Iván Roditi Lino, por su esfuerzo y dedicación durante este tiempo.

Sus conocimientos, dedicación, persistencia, paciencia y motivación han sido fundamentales para mi formación como odontóloga e investigador.

También debo agradecer a mi facultad y mis profesores quienes me han inculcado la responsabilidad, puntualidad y lo más importante la ética profesional. Así como sus conocimientos en cada uno de los diversos campos estudiados.

Sara Anabell Branque Sánchez.



CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Dr.

Mario Ortiz San Martín, MSC.

DECANO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Presente.

A través de este medio índico a Ud. que procedo a realizar la entrega de la Cesión de Derechos de autor en forma libre y voluntaria del trabajo Carillas de porcelana feldespáticas en el sector anterosuperior en dientes con abrasión, realizado como requisito previo para la obtención del título de Odontóloga, a la Universidad de Guayaquil.

Guayaquil, mayo del 2016.

Sara Anabell Branque Sánchez.

CC: 0913774816

RESUMEN

La restauración y rehabilitación de los incisivos centrales implica conjugar filosofías de odontología mínimamente invasiva, conocimiento de materiales dentales y procedimientos clínicos-laboratoriales, habilidades clínicas precisas (preparación dentaria, manejo de la guía anterior, temporización, selección del color, etc.) y saber conjugar los deseos del paciente de manera que finalmente se logren los mejores beneficios en bien de su salud dental y autoestima personal. La planificación del caso y la adecuada selección de materiales juegan un rol importantísimo en los resultados finales y a largo plazo; el desarrollo de nuevos materiales facilita cada vez más los resultados buscados y en nuestra práctica clínica intentamos manejar estas nuevas posibilidades, sin embargo se despliegan nuevas alternativas clínicas ante situaciones especiales. El presente artículo relata un caso clínico donde se resuelve emplear una cerámica reforzada de alúmina infiltrada por vidrio y emplear un agente cementante resinoso autocondicionante/auto adherente. Se aprecia el procedimiento, los resultados a los seis meses de tratamiento y se discuten los resultados satisfactorios del mismo.

Palabras claves: Carillas feldespáticas, cementación, reducción vestibular, estética dental

SUMMARY

the restoration and rehabilitation of the central incisors involves combining philosophies of dentistry minimally invasive, knowledge of dental materials and clinics-laboratoriales procedures, precise clinical skills (tooth preparation, handling of the previous Guide, timing and selection of color, etc.) and know to combine the wishes of the patient so as to finally achieve the best benefits for the sake of your dental health and personal self-esteem. Case planning and adequate selection of materials play a very important role in the final results and long term; the development of new materials provides increasingly sought-after results and in our clinical practice we try to manage these new possibilities, however new alternative clinics are deployed in special situations. This article describes a clinical case where is resolved using a reinforced by glass infiltrated alumina ceramic and employ an autoacondicionante resinous cementing agent / self-adhesive. The procedure, to six months of treatment results can be seen and discussed the satisfactory results of the same.

Key words: feldspathic veneers, cementation, vestibular reduction, cosmetic dentistry

INDICE GENERAL

Contenido	Pág.
Portada.....	i
Certificado de aprobación del tutor.....	ii
Certificación de aprobación.....	iii
Declaración de autoría de la investigación.....	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento.....	vi
Cesión de derechos de autor.....	vii
Resumen.....	viii
Summary.....	ix
Introducción.....	1
Objetivo.....	18
Desarrollo del caso.....	19
Historia clínica.....	19
Identificación del paciente.....	19
Motivo de la consulta.....	19
Anamnesis.....	19
Examen extra oral.....	20
Examen intraoral.....	23
Odontograma.....	25
Diagnóstico.....	26
Pronóstico.....	26
Planes de tratamiento.....	26
Tratamiento.....	26
Preparación dentaria.....	27
Toma de impresiones.....	28
Provisionales.....	29
Prueba de carillas.....	30
Cementación de carillas.....	31

Discusión.....	32
Conclusiones.....	33
Bibliografía.....	34
Anexos.....	37

1. INTRODUCCION

La Odontología es una ciencia que en los últimos años ha evolucionado de forma vertiginosa, tanto en la aparición de nuevos sistemas adhesivos, así como también de las técnicas de preparación eminentemente conservadoras.

Los pacientes acuden a consulta para mejorar el aspecto de su sonrisa, es por eso que los procedimientos estéticos son cada vez más solicitados y es responsabilidad del odontólogo ofrecer distintas técnicas para que el paciente reciba un tratamiento óptimo (Bradnock, 2001).

La Odontología es una ciencia que en los últimos años ha evolucionado de forma vertiginosa, tanto en la aparición de nuevos sistemas adhesivos, así como también de las técnicas de preparación eminentemente conservadoras.

Las exigencias cada vez mayor en cuanto a una alta estética de las restauraciones que den una idéntica similitud con la naturalidad de forma y color de los dientes demandan una mayor preparación por parte de los profesionales odontólogos.

Dentro de la amplia variedad de técnicas restauradoras existentes, las carillas estéticas han constituido una de las mejores alternativas de tratamiento y han ganado una amplia aceptación. Desde su introducción al inicio de los años ochenta con la utilización de carillas de porcelana, han presentado una evolución satisfactoria en las técnicas y materiales utilizados para su confección. (Baumann; & Kurt. 1999)

En el presente trabajo abordaremos contenidos de gran importancia sobre la técnica de preparación, ventajas, limitaciones, indicaciones y protocolos de preparación de las carillas de porcelana.

Las carillas de porcelana son una alternativa de tratamiento altamente conservadora que reemplaza a las preparaciones totales de los dientes cuando se planifican construir coronas totales de porcelana. (Christensen, 1985)

Las carillas de porcelana son una opción restauradora excepcional, ya que es una técnica predecible para resolver muchos problemas funcionales y estéticos que ocurren en odontología. Están indicadas no sólo para tratar dientes manchados, diastemas, dientes en mal posición, así como también dientes fracturados, dientes desgastados y dientes malformados.(Christensen, 1985)

Uno de los tratamientos más conservadores sin lugar a dudas son carillas de porcelana; desde su presentación por Pincus, en 1930, se han convertido en un procedimiento dental rutinario. (Valderhaugh, 1985)

Las carillas pueden ser utilizadas para restaurar dentición desgastada causada por bruxismo como parte de una rehabilitación bucal completa. (Bernardo, 2002)

En el año de 1938 por Charles Pincus, quien atendía a pacientes que trabajaban en la cinematografía en Hollywood, inició el manejo de las carillas dentales para que los actores la lucieran sólo en su actuación, pues sus propiedades estéticas y su adhesión eran temporales. (Magne, 2006)

En 1975, el Dr. Alain Rochette, en Francia, fue el pionero en proponer el uso de restauraciones de cerámica adherida en el segmento anterior, siempre que no hubiese interferencias funcionales, se acondicionaba la cerámica con silano, el esmalte con grabado ácido y se adhería con una resina a la superficie dental. Si comparamos con las actuales técnicas el enfoque de Rochette estaba acertado (Magne, 2006)

Las primeras aplicaciones de conceptos de adhesión dental, los realizó Buonocore en 1955, desarrollando una técnica que consistía en aplicar ácido orto fosfórico de elevada concentración para lograr una mayor adhesión de los materiales de relleno acrílico a la superficie dental. Este descubrimiento lo continuó Bowen, quien trabajo con resinas compuestas de BIS-GMA; sin embargo hasta ese momento no se lograba adhesión a las cerámicas (Kina, 2008)

En 1975, el Dr. Alain Rochette, en Francia, fue el pionero en proponer el uso de restauraciones de cerámica adherida en la dentición anterior, siempre que no hubiese interferencias funcionales, se acondicionaba la cerámica con silano, el esmalte con grabado ácido y se adhería con una 8 resina a la superficie dental. Si comparamos con las actuales técnicas el enfoque de Rochette estaba acertado (Magne, 2006)

Las carillas de porcelana son una alternativa estética a tener en cuenta por sus resultados clínicos a largo plazo y por la agresión mínima al tejido dentario. No todos los casos se deben tratar con esta técnica, ya que existen otras alternativas como los composites que, bien manejados, pueden suplirlas, obteniendo unos resultados estéticos muy favorables.

Wakiaga, Brunton, Silikas, & Glenny. (2008) Realizaron un estudio sobre: Restauraciones con carillas (veneers) directas versus indirectas para las manchas dentales intrínsecas (Revisión Cochrane traducida) cuyo objetivo fue: Examinar la efectividad de restauraciones con carillas laminadas directas versus indirectas. Se hicieron búsquedas en las bases de datos electrónicas siguientes: El Registro de Ensayos del Grupo Cochrane de Salud Oral (Cochrane Oral Health Group's Trials Register), El Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (Cochrane Central Register of Controlled Trials) (Central), (The Cochrane Library, número 3, 2002), Medline (1980 hasta 19/11/2002) y Embase (1980 hasta 19/11/2002). No hubo restricciones de idioma.

Los criterios de selección fueron: Todos los ensayos controlados aleatorios (ECA) de participantes con dientes anteriores permanentes apropiados para las restauraciones con carillas laminadas, se compararon técnicas directas (diferentes materiales de composite) e indirectas para la fabricación de carillas dentales. Las restauraciones indirectas pueden ser de composite o de porcelana. El resultado primario fue el fracaso de la restauración.

Recopilación y análisis de datos

La evaluación de la relevancia y la validez y la obtención de datos se realizaron por triplicado. Se estableció contacto con los autores de los principales estudios para proporcionar información adicional cuando fue necesario.

Resultados principales

Seis publicaciones completas se revisaron por ser potencialmente pertinentes a la revisión; sólo se encontró un ensayo que cumplió con los criterios de inclusión de la revisión. Aunque el ensayo satisfizo los criterios de inclusión de la revisión con respecto a las características de los participantes, las intervenciones y los resultados evaluados, los problemas con la comunicación de los datos impidieron cualquier análisis estadístico de los resultados.

Conclusiones de los autores

No hay evidencia fiable para demostrar el beneficio de un tipo de restauración con carilla (directa o indirecta) sobre el otro tipo de restauración con respecto a la longevidad de la restauración.

Yáñez, Morón, & Vega. (2006) Realizaron un estudio sobre carillas estéticas como alternativa de tratamiento protésico. Los objetivos planteados fueron realizar estudio comparativo para evaluar el comportamiento clínico de dos carillas estéticas, tomando como patrones de comparación; las ventajas estético-funcionales, costo y grado de satisfacción del paciente. Los materiales y métodos se basaron en la selección a conveniencia 30 pacientes, tomando como unidad de muestreo incisivos y caninos superiores e inferiores. La técnica de preparación del diente, contempla margen cervical tipo chamfer, reducción labial del esmalte de 0.3 a 0.7 mm con cobertura del borde incisal para ambos tipos de carillas. Un solo técnico de laboratorio fabricó las carillas de feldespato, sobre troqueles refractarios. La superficie interna de la carilla se grabó con ácido fluorhídrico al 5% y luego silanizada, se cementaron con cementos resinosos (Vario link I). Las carillas directas de resina tienen la misma preparación dentaria y fueron hechas de resina compuesta

micro híbrida, se hizo grabado con ácido fosfórico al 35%, y se colocó agente de unión. Para la resina, se utilizó la técnica incremental y para el pulido el sistema ultradent. Resultados: Las carillas de resina no presenta diferencias significativas con la de porcelana Conclusión: Las carillas de resina constituyen alternativa de tratamiento protésico, en dientes que requieren recuperar estética y función.

En este artículo se evalúa el rendimiento clínico a largo plazo de las carillas o los recubrimientos laminados de porcelana adheridos a dientes preparados utilizando la técnica aditiva de mock-up (maqueta o modelación a tamaño real) y de pre evaluación temporal estética (PTE) durante un período de 12 años. En 66 pacientes, se efectuaron restauraciones con 580 recubrimientos laminados con porcelana. La técnica que se utilizó para el diagnóstico, el diseño estético, la preparación del diente y la fabricación de la restauración provisional se basó en el protocolo PTE. Se ha analizado la influencia de varios factores en la durabilidad de los recubrimientos conforme a los parámetros pre y postoperatorios. (Yáñez, Morón, & Vega.2006)

Con la utilización de restauraciones PTE, se confinó más del 80% de las preparaciones dentales al esmalte dental. A lo largo de los 12 años, fracasaron 42 recubrimientos laminados, pero cuando las preparaciones se limitaron al esmalte, la tasa de fracasos a causa de desprendimientos y micro fugas descendió al 0%. Al final de los 12 años, los recubrimientos laminados de porcelana ofrecían un rendimiento clínico satisfactorio en cuanto a la adaptación marginal, la decoloración, la recesión gingival, las caries secundarias, la sensibilidad postoperatoria y la satisfacción con el color de la restauración. (Yáñez, Morón, & Vega.2006)

La técnica Pte facilita el diagnóstico, la comunicación y la preparación, ofreciendo previsibilidad al tratamiento de restauración. Si se limita la profundidad de la preparación a la superficie del esmalte se incrementa el rendimiento de los recubrimientos laminados de porcelana. (Gurel, 2013)

(Fradeani, Redemagni, & Corrado, 2005)Realizaron una investigación sobre: Carillas de porcelana: Evaluación clínica de 6 a 12 años, estudio retrospectivo. El objetivo de este estudio era evaluar retrospectivamente el comportamiento clínico de las carillas

de porcelana colocadas en los sectores anteriores de las arcadas dentales durante un periodo de 12 años en dos clínicas dentales privadas diferentes. Se restauró a 46 pacientes con 182 carillas de porcelana. Se estudiaron las carillas durante un periodo de observación medio de 5 años. Se examinaron clínicamente la igualdad de color, la superficie de la porcelana y la decoloración e integridad marginales 10 siguiendo los criterios de la CDA/R modificados. Según los criterios utilizados, la mayoría de las carillas recibían la calificación A. El análisis de supervivencia de las 182 carillas era del 94, 4% a los 12 años, con un porcentaje de fracaso clínico bajo (aproximadamente el 5, 6%). Las carillas de porcelana deben cementarse siguiendo una técnica adhesiva correcta para alcanzar este porcentaje elevado de supervivencia.

Las carillas de porcelana son un tratamiento restaurador que ha probado su bondad después de muchos años de uso clínico, especialmente en el sector anterior por sus implicaciones estéticas, con porcentajes de éxito próximos al 95% a los 15 años. En el presente artículo se hace una exposición del tratamiento con carillas de porcelana, incluyendo las indicaciones y contraindicaciones para su empleo, sus ventajas e inconvenientes, el diagnóstico, la comunicación con el paciente, las técnicas de preparación dentaria, el cementado de las mismas y el mantenimiento posterior.(Peña, 2003)

En Inglaterra se cifra en torno a más de 100.000 carillas cerámicas al año, el número de unidades que se instalan en la boca de los pacientes.(Wallset, 2002) Su alta predecibilidad y su elevado porcentaje de éxitos, que se cifra en torno al 99% a los 5 años:(Aristida, & Dimitra, 2002) permiten ofrecer una alternativa terapéutica muy satisfactoria, con un porcentaje de éxito alrededor del 97% a los 15 años, cuando se incluyen los fracasos estéticos en la estadística se elevan algo los porcentajes de fracaso.(Ascheim, 2002)

DESGASTE DENTAL

El desgaste dental es el resultado de la acción concurrente de diversos mecanismos y factores que actúan sobre los dientes en el ambiente bucal, los cuales pueden ocurrir separados o en conjunto en un mismo paciente, presentando, además, una etiología multifactorial.(Wiegand, 2006)

Lo anterior dificulta la identificación de los tipos de desgaste presentes, por ejemplo, la atrición de los bordes incisales en la dentición temporal es extremadamente difícil de distinguir de la erosión en etapas posteriores. Es por esto que se debe conocer los diferentes tipos de desgaste dental, como son la atrición, la abrasión, la abfracción y la erosión. (Ganss, 2006)

Se entiende por atrición el desgaste dental o de restauraciones dentales por el contacto diente a diente, que oclusalmente puede ser identificado como un desgaste plano, brillante y con distintos márgenes, que también es evidente en el diente antagonista(Ganss,2006); la abrasión se relaciona con la pérdida de la estructura del diente, debido a contactos mecánicos repetidos con objetos, por ejemplo, cepillado traumático; la abfracción, por su parte, responde a una lesión en forma de cuña en la región cervical del diente, como resultado de la flexión provocada por la carga oclusal ejercida durante la masticación. (Barlett, & Shah, 2006)

Finalmente, en la literatura se han utilizado diferentes denominaciones para el término erosión, como son los términos corrosión y degradación dental, que para efectos de este artículo serán considerados sinónimos. La erosión dental se define como la pérdida progresiva e irreversible del tejido duro dental, causada por un proceso químico de disolución de ácidos que no involucra bacterias. (Ganss, 2006)

La erosión dental comienza con la desmineralización superficial del esmalte para luego producir disolución de las capas superficiales y la progresiva pérdida de la estructura dentaria subyacente (Ganss, 2008). Este mecanismo se explica porque la saliva contiene iones de calcio y fosfato, los cuales, cuando el pH neutro se mantiene en estado súper saturado con relación a la hidroxiapatita del esmalte, impiden la

pérdida mineral. Al disminuir el flujo salival la acción buffer presenta un deterioro, donde el ion fosfato desempeña un rol importante. Por encima de un pH 6 la saliva está sobresaturada de fosfato con respecto a la hidroxiapatita (HA), cuando el pH disminuye traspasando la línea de saturación conocida como pH crítico (pH 5,5 para el esmalte y pH 6,5 para la dentina) la HA comienza a disolverse y los fosfatos liberados tratan de restablecer el equilibrio perdido, lo que dependerá en último término del contenido de iones de fosfato y calcio del medio circundante. (Fejerskov, 2003)

Esto implica que cualquier sustancia que entre en contacto con la cavidad bucal con valores de pH por debajo de 5,5 puede causar desmineralización de la matriz dental inorgánica, especialmente si el ataque es prolongado y repetitivo en el tiempo. (Fejerskov, 2003)

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es otro factor que puede causar erosión dental. Esta fue descrita por primera vez por Howen en 1971, quien mostró un patrón específico de pérdida de superficie dentaria.

En cuanto a los factores de origen extrínseco, estos corresponden a sustancias ácidas externas, como por ejemplo la desmineralización por bebidas carbonatadas (bebidas saborizadas con dióxido de carbono que le otorga la efervescencia) y bebidas no carbonatadas, como jugos de frutas ácidas. (Peña, 2003)

Hunter. (2009) en un estudio in vitro del potencial erosivo de bebidas para bebés, comparó estas bebidas con jugos de naranja disponibles comercialmente, determinando que algunas de ellas fueron tan erosivas como los jugos de naranja. (Peña, 2003)

DEFINICIÓN DE CARILLA CERÁMICA

La carilla cerámica es un tratamiento protésico el cual consiste en la sustitución o reposición del esmalte dental por una fina lámina de porcelana que será íntimamente adherida a la superficie dental. (Kina, 2008)

La carilla de cerámica consiste en una lámina de porcelana que recubre parcialmente un diente, a modo de veneer, al que se une por medio micro mecánicos adhesivos, tras el grabado del esmalte. La adhesión de las carillas de porcelana al diente se consigue mediante el concurso de cuatro elementos principales, a saber: (Crispín 2002)

- La carilla de porcelana propiamente dicha, grabada en su cara interna, aquélla que se enfrentará a la superficie dentaria.

- El diente al que irá destinada la carilla, que estará acondicionado en su superficie adamantina.

- Un elemento químico silánico como elemento de acondicionamiento y unión entre la carilla de porcelana y el cemento de composite.

- Un cemento de composite, que servirá de interface entre el diente dentario preparado y la veneer cerámica.

En la actualidad ha evolucionado mucho la técnica de preparación dental así como la del cementado, y esto se debe a los avances de los materiales odontológicos, hoy se está apuntalando la técnica de micro abrasión con la finalidad de ser los menos invasivo sobre el esmalte.

Farronato y sus colaboradores determinan que las restauraciones estéticas con carillas de porcelana son predecibles, por ello proponen un tratamiento en el sector anterior donde se utilicen estos materiales. (Orozco, 2015)

INDICACIONES

Al principio estaban indicados en casos en donde la preparación dentaria no sea muy extensa y se confine exclusivamente en el esmalte, en la actualidad con el avances de los criterios de adhesión dental la extensión del preparado puede ir más allá como en los casos de pérdida de esmalte por abrasión o erosión dental,

fracturas, alteraciones en la forma del diente, pigmentaciones entre otras. (Kina, 2008)

Restauraciones Múltiples

En los casos de dientes que requieren restauraciones múltiples sean que estos estén afectados por caries o tengan la necesidad de cambiar restauraciones viejas en mal estado, está indicado la elaboración de carillas de porcelana. En los casos de pigmentaciones dentales muchas veces es difícil ocultar o enmascarar estas decoloraciones, por lo que las preparaciones suelen extenderse un poco más. Lo mismo sucede con restauraciones de la III y IV, se debe analizar el criterio de involucrarlas o no, hay que manifestar que si se involucran estas restauraciones en la preparación el pronóstico de éxito va a ser grande. (Cortes, 2006)

Cambios de coloración

En los casos en que el paciente manifieste cambios de coloración en sus dientes, está indicado la elaboración de carillas de porcelana, sin embargo es importante indicar que previamente debe solucionar el problema de las pigmentaciones a través de un blanqueamiento dental, ya que el color final dependerá de la en mucho de la estructura dental subyacente y de la luz transmitida por el cemento de resina compuesta (Miara, 1993)

Según manifiesta (Conceicao, 2008). Respecto de las i9ndicaciones para dientes con alteración de color, estos ocasionan un efecto desagradable en la sonrisa del paciente, especialmente cuando la coloración es muy marcada, la posibilidad de obtener resultados estéticos es muy alta comparado con la confección de carillas de resina compuesta.

Los dientes que presentan alteraciones en su forma sean de tipo congénitos o adquiridos, pueden ser tratadas con carillas estéticas de porcelana. Una “carilla tipo” perfectamente soluciona los problemas de las alteraciones superficiales, aunque se presenten en dentina, ya que los avances adhesivos ya no son tan “esmalte

dependiente” y de requerirse las preparaciones pueden terminar en dentina sin perder sus características conservadoras y estéticas. (Henostroza, 2010)

Los problemas congénitos o adquiridos pueden modificar la forma de los dientes, presentándose en forma de clavija, conoides, diastemas, cambiarla forma de un diente en otro, son casos que se pueden solucionar con estos procedimientos restaurativos. (Henostroza, 2010)

De igual manera los dientes que están con pequeñas giro versión o discreta inclinación hacia lingual se pueden solucionar, el efecto positivo de estas restauraciones es que mejoran el alineamiento dental, asociado con el corto tiempo de tratamiento, genera una aceptación significativa por parte de los pacientes.(Conceicao, 2008)

CONTRAINDICACIONES

Las contra indicaciones se basan en principio en las características oclusales del paciente, las que resultan inadecuadas como la mordida borde a borde, que no exista una guía de des oclusión anterior, sobre mordida profunda, apiñamiento severo, escaso remanente de esmalte que dificulta lograr una mayor adhesión a la estructura dentaria, a pesar de la evolución de los sistemas adhesivos que han mejorado el grado de adhesividad a la dentina, la presencia de hábitos para funcionales tipo bruxismo hace que el tratamiento restaurador con carillas de cerámica no estén indicados. (Conceicao, 2008)

VENTAJAS

Las carillas presentan una dificultad media su elaboración, ya que demanda cierta habilidad en el tallado y preparación con una dificultad mayor que la preparación de carillas de resina, la preparación dentaria es muy conservadora, la cantidad de estructura dentaria a eliminar para conformar un diente para carilla es escasa en relación a la preparación para una corona (Peña, 2003)

Desde el punto de vista estético, esta es muy elevada, la ausencia de metal y el grosor de la cerámica permiten una transmisión óptima de la luz, que se va a reflejar en la dentina subyacente de manera natural y estable a largo plazo. De igual manera la resistencia elevada a las fuerzas de tracción, tensión y cizalla son importantes, pues la adhesión a esmalte es elevada. (Peña, 2003)

Otras ventajas son: la biocompatibilidad local y general de los materiales de recubrimiento ya que la cerámica junto con el oro son los que menores reacciones biológicas producen y la resistencia al desgaste, las fuerzas oclusales y de la masticación no la desgastan, ni la fracturan; la resistencia a la tinción, el glaseado no permite los cambios de coloración en las carillas. (Peña, 2003)

DESVENTAJAS

Las carillas de porcelana así como tienen ventajas también presenta algunas desventajas, tales como: Las reparaciones que se pueden realizar en ellas no son duraderas por cuanto se pigmentan en el margen dental Una vez cementada la carilla, no se puede corregir el color. Nivel de dificultad en la preparación y cementado, tiempo de trabajo y costos elevados Dificultades técnicas en la preparación para evitar sobre contorneados, y/o durante la fase de laboratorio para obtener márgenes sellados entre esmalte y porcelana. (Hidalgo, 2009)

Actualmente existen diversos sistemas cerámicos que permiten la confección de carillas, a su vez también existen sistemas libres de metal indicados para la confección de coronas de dientes anteriores y posteriores. Básicamente la indicación de estos materiales se fundamenta en sus características estéticas (translucidez, cromaticidad, opalescencia y fluorescencia) y físico-mecánicas (variación Solución estética atípica con corona y carilla de cerámicas reforzadas con alúmina. (Hidalgo, 2009)

Por lo tanto, las carillas de porcelana son una solución óptima para el paciente. Los beneficios incluirán la modificación de formas y dimensiones de los dientes que dan lugar a la mejora de las proporciones para una estética agradable, coincidiendo con Turkarlan (2009).

COMPOSICION QUIMICA DE LA PORCELANAS

La calidad que vaya a poseer la porcelana dental dependerá de sus componentes, como son el:

- Feldespato.

Es la materia principal de las porcelanas (proporción del 75 al 85%), el cual se caracteriza por ser cristalino, de color que varía entre rosa y gris, y que químicamente pertenece al grupo de los silicatos (silicato de aluminio y potasio). Este componente se funde a unos 1.160 a 1.500 °C y pasa a un estado vítreo, que es denominado leucita, que tiene como función el refuerzo de la porcelana.(Janda, 2007)

- Cuarzo o Sílice

El SiO₂, en una proporción de 15% posee una estructura cristalina con cuatro formas diferentes: cuarzo, tridimita, cristobalita, y sílice fundida. Su función es la de estabilizar a la masa de porcelana formada durante el calentamiento, además de contribuir con la resistencia del material. (Janda, 2007)

Caolín o arcilla. Se forma a partir de la descomposición de rocas sólidas como el granito o el pórfido de cuarzo. Gracias a este componente, con una proporción del 3 al 5%, se logra la plasticidad de la masa, que facilita la manipulación y moldeado de la porcelana, a la que le aporta opacidad. (Janda, 2007)

Como componentes secundarios, pero también importantes por otorgar propiedades especiales, están la cal, pigmentos metálicos en base a óxido (las llamadas fritas, que dan una tonalidad diferente a la porcelana para cada caso), fundentes (que disminuyen el punto de fusión de la porcelana) y o pacificadores (como el zirconio)

CLASIFICACION DE LAS PORCELANAS DENTALES

Las porcelanas dentales se clasifican de acuerdo a distintas características:

- Según su temperatura de fusión.

a. Porcelanas de alta fusión :(1300-1370 °C) que contiene feldespato como fundente y se utilizan en la elaboración de dientes artificiales.

b. Porcelanas de media fusión: (1100-1300 °C) a las que se agregan bórax y carbonato, siendo empleadas en la fabricación de cofias.

c. Porcelanas de baja fusión, que debido a la presencia de bórax y carbonato se funde a una baja temperatura (850-1100 °C). Son usados como porcelana de recubrimiento de cofias.

d. Las porcelanas de ultra baja fusión: que se funden a temperaturas menores a 850 °C.

e. Las porcelanas de fusión a temperatura ambiente: que son procesadas en la clínica.

- Según la composición química.

Pueden ser:

a) Porcelanas feldespáticas. Que constan de una masa de feldespato con cuarzo y caolín dispersos. El feldespato se encarga de proporcionar translucidez a la porcelana. El cuarzo formará la fase cristalina. El caolín o arcillas, confieren plasticidad y facilitan el manejo de la cerámica cuando todavía no está cocida. A esta mezcla se añaden fundentes, o pacificadores, pigmentos, etc

b) Las porcelanas tipo feldespáticas no fueron superadas, hasta el día de hoy, en estética por ello son bastante usadas.

c) Porcelanas aluminosas. Son una variación de las porcelanas tipo feldespática, porque en vez de utilizar el cuarzo se utiliza óxido de aluminio, pero no debe superar el 50%, ya que opaca el material de restauración y se convierte en una desventaja, que es resuelta utilizándola como base que luego se recubre con una cerámica con menos del 50% de alúmina u óxido de aluminio.

- Según la resistencia.

Las porcelanas se pueden clasificar en aquellas que tienen:

- Baja resistencia.

Como las porcelanas feldespáticas, con una resistencia de 100-300 MPa

- Resistencia moderada.

Representado a este grupo las porcelanas aluminosas con 300 a 700 MPa de resistencia.

- Alta resistencia

A este grupo pertenecen las cerámicas circonizas con más de 700 MPa de resistencia¹¹.

Según la técnica de procesado.

Entre las que se pueden mencionar, son:

- Porcelana con soporte metálico.

Este soporte metálico refuerza mecánicamente la prótesis, y sirve de base para la porcelana en el proceso de cocción.

- Porcelana sin soporte metálico

Al no poseer soporte pueden hallarse sobre revestimiento, pueden ser fabricadas; ser inyectadas o prensadas (tras un patrón de cera); ser torneadas (por sistemas

CAD-CAM); o ser coladas (tiene la misma técnica del colado de metales, con el método de cera perdida. (Garber, 1988)

La armonía y el equilibrio de una sonrisa dependen en gran medida de la posición y alineamiento de los dientes, Se debe considerar la posibilidad de tratar ortodoncicamente estos dientes, especialmente si existen problemas de oclusión, caso contrario está indicado tratar los defectos menores de posición mediante la adición de composite o restauraciones cerámicas (Garber, 1988)

Los dientes que presentan alteraciones en su forma sean de tipo congénitos o adquiridos, pueden ser tratadas con carillas estéticas de porcelana. Una “carilla tipo” perfectamente soluciona los problemas de las alteraciones superficiales, aunque se presenten en dentina, ya que los avances adhesivos ya no son tan “esmalte dependiente” y de requerirse las preparaciones pueden terminar en dentina sin perder sus características conservadoras y estéticas. (Henostroza, 2010)

PREPARACIÓN DENTARIA: CARACTERÍSTICAS

Para lograr el éxito en las rehabilitaciones odontológicas debe haber un enfoque organizado y sistemático. (Zaiden, 2005) Es necesario realizar en la primera cita un diagnóstico de tipo exhaustivo en donde se analizarán el examen extra oral e intraoral.

Tallado:

Se realizara el tallado de la cara vestibular con el fin de reducir de forma conservadora la superficie dentaria, los ángulos deben ser redondeados, reducción uniforme conservando la anatomía del diente, conservación de la relación de contacto, líneas de terminación en chafan y pulido de la preparación.

Reducción vestibular

Aproximadamente entre 0.5 a 0.6 mm en tercio cervical y de 0.7 mm en el tercio medio. (Balda 1999)

Reducción proximal

Se produce durante el tallado de la cara vestibular, debe extenderse hacia palatino hasta las zonas no visibles del diente. (Peña 2003)

Selección de color

Se efectuará un mapa o dibujo del diente donde se colocaran los diversos matices del diente. (Peña, 2003)

Impresión

Se realizara una técnica de doble impresión y se realiza el modelo maestro en el laboratorio. La prueba de carillas se analizará el color, tamaño y ajuste de las carillas en el diente.

Colocación de las carillas

Deben ser primero acondicionadas con ácido fluorhídrico al 4,9% durante un minuto, luego se lava, se seca y se aplica silano por 60 segundos, este silano actuara como agente de acoplamiento para aumentar la fuerza adhesiva. Luego se grabara el diente con ácido orto fosfórico al 37% durante 15 segundos y se lava por el mismo tiempo, se seca y aplica el adhesivo según indicaciones del fabricante. (Peña 2003)

Cementado

Una vez preparada la carilla se coloca el agente cementante dual en la carilla y se adapta en el diente, se sacan los exceso y se foto cura.

2. OBJETIVO

Determinar a través de un caso clínico la eficacia de las carillas de porcelana en dientes con abrasión.

3. DESARROLLO DEL CASO

3.1 HISTORIA CLÍNICA

3.1.1 IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Historia clínica de operatoria n° 084992

Nombre del alumno: Sara Anabel Branque Sánchez

Nombre del paciente: Ricardo branque campaña

Edad: 24 años

Estado civil: casado

Sexo: masculino

Fecha de examen general: Marzo 11 del 2016

Domicilio: 31 y francisco segura

Número de teléfono: 2840457

3.1.2 MOTIVO DE LA CONSULTA

Paciente con abrasión en el sector antero posterior y diastema por lo que se procedió a colocar carillas de porcelana feldespáticas para dar estética a la parte anterior de la boca.

Paciente llega a la consulta porque refiere que no le gustan sus dientes porque son pequeños y tiene espacios

3.1.3 ANAMNESIS

Paciente de 24 años, sexo masculino, ecuatoriano, estado civil casado, con antecedentes de hipertensión familiar (abuela).

No presenta historial con referencia al consumo alcohol, tabaco o drogas y forma parte del mundo laboral.

SIGNOS VITALES: El paciente durante el estudio su presión Cardíaca 120/70 pulso cardíaco 70' y frecuencia respiratoria 20'

3.2 EXAMEN EXTRA ORAL

FOTO 1

FOTO FRONTAL



Fuente: propia de la investigación
Autor: Sara Anabell Branque Sánchez

FOTO 2

FOTO LATERAL LADO IZQUIERDA



Fuente: propia de la investigación
Autor: Sara Anabell Branque Sánchez

FOTO 3

FOTO LATERAL LADO DERECHA



Fuente: propia de la investigación
Autor: Sara Anabell Branque Sánchez

El examen extra oral no revela ninguna anomalía en la exploración facial, el contorno, la simetría y la armonía del rostro.

Simetría y color de labios normal, ausencia de ulceración y sequedad; la glabella, pirámide nasal, eminencias malares y mentón normales. Sin presencia de tumefacciones.

No presenta anomalía en los músculos masticadores externos maseteros y temporal.

Los movimientos mandibulares sagital, horizontal y frontal, así como la trayectoria mandibular son normales.

No hay presencia de ruidos ni dolor en las articulaciones temporo mandibulares.

FOTO 4

FOTO FRONTAL EN OCLUSION



Fuente: propia de la investigación
Autor: Sara Anabell Branque Sánchez

FOTO 5

FOTO LATERAL DERECHA



Fuente: Propia de la investigación
Autor: Sara Anabell Branque Sánchez

Presencia de diastema interincisal y entre central y lateral derecho, contorneado.
Gingival normal.

FOTO 6

FOTO LATERAL IZQUIERDA



Fuente: propia de la investigación
Autor: Sara Anabell Branque Sánchez

EXAMEN INTRAORAL

FOTO 7

ARCADA SUPERIOR



Fuente: propia de la investigación
Autor: Sara Anabell Branque Sánchez

FOTO 8

ARCADA INFERIOR



Fuente: propia de la investigación
Autor: Sara Anabell Branque Sánchez

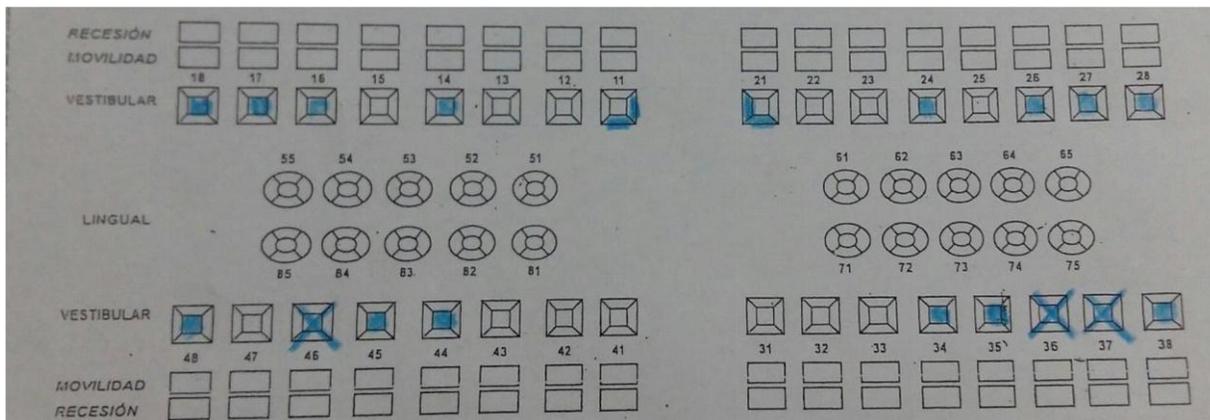
El examen intraoral refleja normalidad en el paladar duro, paladar blando, úvula y niveles de salivación.

Presencia de placa bacteriana.

Lengua no presenta ninguna diferenciación predominante en el color y textura. No existen ulceraciones en la mucosa bucal. Tampoco presenta anormalidades en las papilas gustativas.

Presencia de obturaciones por oclusal realizadas en las piezas N° 11,14,16,17,18,21,24,26,27,28,34,35,38,44,45,48 con resinas y edentulismo parcial en dientes N° 36,37,46.

3.3 ODONTOGRAMA



Realizado el odontograma se observa que las piezas dentarias presentan obturaciones realizadas en las piezas N°11,14,16,17,18,21,24,26,27,28,34,35,38,44,45,48 con resinas por oclusal y Edentulismo parcial en dientes n° 36,37,46.

FOTO 9

RADIOGRAFIA PERIAPICAL



Fuente: propia de la investigación
Autor: Sara Anabell Branque Sánchez

3.4 DIAGNÓSTICO

Abrasión dental

Presencia de placa bacteriana

Restauraciones en el arco dentario superior e inferior

Retracciones gingivales

Edentulismo parcial inferior

4.- PRONÓSTICO

Favorable para el diente y paciente.

5.- PLANES DE TRATAMIENTO

- Carillas de resina compuesta
- Carillas de porcelana.
- Restauración directa con resinas compuesta

5.1.- TRATAMIENTO

- Preparación cavitaria
- Toma de impresiones
- Provisionales
- Prueba de carillas en boca

- Cementación de las carillas

FOTO 10

PREPARACION DENTARIA



Fuente: propia de la investigación
Autor: Sara Anabell Branque Sánchez

Preparación dentaria a efectuarse en la cara vestibular. El límite gingival debe estar situado más o menos a 0,5mm supra gingivalmente.

FOTO 11

TOMA DE IMPRESIONES



Fuente: propia de la investigación
Autor: Sara Anabell Branque Sánchez

Una vez que la preparación queda definitivamente delimitada, procedemos a colocar el hilo retractor y tomamos la impresión con silicona de condensación material liviano y pesado de la marca speedex de la casa vivadent, la que nos ayudara a realizar una copia exacta de la preparación sin sufrir cambios de dimensión que nos puedan perjudicar a futuro.

FOTO 12

FOTO DE PROVISIONALES



Fuente: propia de la investigación
Autor: Sara Anabell Branque Sánchez

Se las puede realizar con resina foto curable, a mano alzada, adhiriendo un poco de bondi en la superficie dental sin aplicar ácido, con la finalidad de que sean fáciles de retirar para la próxima cita. La confección de las carillas provisionales es importante para mantener la gingiva en la posición deseada, para que cuando se cemen las carillas definitivas no existan problemas de recesión o de obstáculo.

FOTO 13

PRUEBA DE CARILLAS



Fuente propia de la investigación
Autor: Sara Anabell Branque Sánchez

Las carillas de porcelana deben ser colocadas individualmente para verificar la exactitud y posteriormente, deben ser asentadas una junto a las otras para verificar punto de contacto y contorno.

FOTO 14

CEMENTACION DE LAS CARILLAS DE PORCELANA



Fuente: propia de la investigación
Autor: Sara Anabell Branque Sánchez

Se selecciona el agente cementante resinoso con la cual vamos a adherir las carillas de porcelana feldespática. Se graba el diente con ácido fosfórico al 37% por 15 segundos al igual que la superficie interna de la carilla con ácido fluorhídrico al 10 %. Se lava y seca, para luego impregnar con el sistema adhesivo dual, al igual que la superficie interna de la carilla con silano. Se emplea cemento resinoso vario link, Recuérdese pre-polimerizar por 5 o 10 segundos, para facilitar la remoción de los excesos, sobre todo los proximales. Previo a la foto polimerización final.

6. DISCUSIÓN

Las carillas de porcelana son un tratamiento restaurador con grandes bondades con una gran longevidad, con buen alcance estético y alto porcentaje de éxito, esto coincide con lo manifestado por (Peña, 2003)

Una carilla perfectamente soluciona los problemas de las alteraciones superficiales, aunque se presenten en dentina, ya que los avances adhesivos ya no son tan “esmalte dependiente” y de requerirse las preparaciones pueden terminar en dentina sin perder sus características conservadoras y estéticas. (Henostroza, 2010)

Las carillas de porcelana son un tratamiento restaurador que ha probado su bondad después de muchos años de uso clínico, especialmente en el sector anterior por sus implicaciones estéticas, con porcentajes de éxito próximos al 95% a los 15 años, esto coincide con el estudio realizado por (Peña, 2003)

Por lo tanto, las carillas de porcelana son una solución óptima para el paciente. Los beneficios incluirán la modificación de formas y dimensiones de los dientes que dan lugar a la mejora de las proporciones para una estética agradable, coincidiendo con Turkarlan (2009).

7. CONCLUSIONES

Una de las alternativas de tratamiento de los defectos estéticos, con características mínimas de preparación dentaria la constituyen las carillas de porcelana.

El éxito en cuanto al resultado de las carillas de porcelana en cuanto a su vida útil y estética es muy elevado.

Son restauraciones que no cambian de color, muy resistente y compatible con los tejidos dentarios.

BIBLIOGRAFIA

Aristidis GA, Dimitra B. Five-year clinical performance of porcelain laminated veneers. Quintessence Int 2002; 33:185-9. [[Links](#)] Estudio prospectivo a 5 años del comportamiento clínico de las carillas de porcelana

Ascheim KW, Dale B. Odontología estética. Segunda ed. Madrid: Ed. Harcourt, 2002. Los autores muestran ayudas clínicas de gran interés para el profesional dental. [[Links](#)]

Barlett, P. Shah. A critical review of a non-carious cervical (wear) lesions and the role of abfraction, erosion, and abrasion. J Dent Res, 85 (2006), pp. 306–312

Bernardo JK, Maia EA, Cardoso AC. Diagnosis and management of maxillary incisors affected by incisal wear: an interdisciplinary report. J Esthetic Restor Dent. 2002; 14 (6): 331-339.

Crispin BJ. Indirect composite restoration: alternative or replacement for ceramic? Compend Contin Educ Dent 2002; 23: 611-4. [[Links](#)]

Christensen GJ. Veneering of teeth. State of the art. Dent Clin North Am. 1985; 29 (2): 373-391

Conceicao, E. N. (2008). Laminado Cerámico. En N. Conceicao, Odontología Restauradora. Salud y Estética (2 ed., págs. 442-446). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

C.Ganss. How valid are current diagnostic criteria for dental erosion? Clin Oral Invest, 12 (2008), pp. S41–S49

Ganss Definition of erosion and links to tooth wear Monogr Oral Sci, 20 (2006), pp. 9–16

Fejerskov, E. Kidd (Eds.), Dental caries. The disease and its clinical management, Blackwell Munksgard, Oxford (2003), pp. 7–29

Fradeani, M., Redemagni, M., & Corrado, M. (2005). Carillas de porcelana: Evaluación clínica de 6 a 12 años, estudio retrospectivo. *Revista Internacional de Odontología Restauradora & Periodoncia.*, 11- 19.

Galip Gurel, Susana Morimoto, Marcelo Calamita, Christian Coachman, Newton Sesma Quintessence: Publicación internacional de odontología, ISSN 0214-0985, Vol. 1, Nº. 2, 2013, págs. 92-100

Garber D, G. R. (1988). Porcelaine Lamine veneers. *Quintessence Publishing*.

Henostroza, G. (2010). *Adhesión en Odontología Restauradora*. Lima: Ripano.368-371

Hidalgo-Lostaunau RC. Solución estética atípica con corona y carilla de cerámicas reforzadas con alúmina: Reporte de Caso. *Rev Estomatol Herediana*. 2009; 19(1):39-49.

JandaR. Vidrios, cerámicas vítreas y cerámicas Quintessence técnica (ed. esp.). 2007; 18 (8): 421-430. Accedido en fecha 7 de agosto de 2012. URL disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/33/33v18n08a13151893pdf001.pdf> [[Links](#)]

Kina S, Bruguera A, Do Carmo VH. Laminados cerámicos. En: Kina S, Bruguera A. *Restauraciones estéticas cerámicas*. Sao Paulo: Artes médicas; 2008. p. 321-407.

Macchi R. *Materiales dentales*. 3a ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2000

Magne P, Belser U. *Restauraciones de porcelana adherida en el sector anterior*.

Peña López JM, Fernández Vázquez JP, Álvarez Fernández MA, González Lafita P. Técnica y sistemática clínica de la preparación y construcción de carillas de porcelana. *RCOE* 2003; 8(6):647-668 *RCOE* v.8 n.6 Madrid nov.-dic. 2003

Romeral Bautista P, López Soto E, MalumbresViscarret F, Gil Villaqra L. Porcelanas dentales de altaresistencia para restauraciones de recubrimiento total: Una revisión bibliográfica. Parte I. Accedido en fecha 6 de agosto de 2012. URL disponible en: <http://www.prodontoweb.com.ar/trabajos-de-investigacion/porcelanas-dentales.pdf> [[Links](#)]

Touati B, Miara P, Nathanson D. Carillas de porcelana. En: Odontología estética y restauraciones cerámicas. Cap 9, pp 161-213. Barcelona: Ed. Masson, 1998. [[Links](#)]

Türkaslan S, Ulusoy KU. (2009) Esthetic rehabilitation of crowded maxillary anterior teeth utilizing ceramic veneers: a case report. Cases J.; 29:8329.

Valderhaugh J, Jokstad A, Ambjornsen E. Assesment of the periapical and clinical status of crowned teeth over 25 years. J Dent. 1995; 25 (2): 97-105.

Walls AW, Steele JG, Wassell RW. Crowns and other extra-coronal restorations: porcelain laminate veneers. Br Dent J 2002; 193:79-82. [[Links](#)]

Wiegand, et al. Prevalence of erosive toothwear and associated risk factors in 2-7 year old German kindergarten children. Oral Dis, 12 (2006), pp. 117–124

Zalden, S (2005). Restauraciones parciales de inserción rígida (Carillas estéticas) Revista de la Facultad de O9, 10odontología, 20 (45) 6, 7,8,

ANEXOS



ESTABLECIMIENTO		NOMBRE		APELLIDO		SEXO (M-F)	EDAD	Nº DE HISTORIA CLÍNICA
-----------------	--	--------	--	----------	--	------------	------	------------------------

MENOR DE 1 AÑO	1 - 4 AÑOS	5 - 9 AÑOS PROGRAMADO	5 - 14 AÑOS NO PROGRAMADO	15 - 14 AÑOS PROGRAMADO	15 - 19 AÑOS	MAYOR DE 20 AÑOS	EMBARAZADA
----------------	------------	-----------------------	---------------------------	-------------------------	--------------	------------------	------------

1 MOTIVO DE CONSULTA ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL REGISTRAR SINTOMAS, CRONOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SINTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIA ANTIBIÓTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMORRAGIAS	4. VIH / SIDA	5. TUBERCULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPERTENSIÓN	9. ENF. CARDIACA	10. OTRO
------------------------	----------------------	----------------	---------------	-----------------	---------	-------------	-----------------	------------------	----------

4 SIGNOS VITALES

PRESIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA A min.	TEMPERAT. °C	F. TEMPERAT. min.
------------------	----------------------------	--------------	-------------------

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA ANOTANDO EL NÚMERO

1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. PISO	8. CARRILLOS
9. GLÁNDULAS SALIVALES	10. ORO FARINGE	11. A. T. M.	12. GANGLIOS				

6 ODONTOGRAMA PINTA CON AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGÍA ACTUAL. MOVILIDAD Y RECESIÓN: MARCAR 'X' (1, 2, 3). SI APLICA

RECESIÓN	<input type="checkbox"/>														
MOVILIDAD	18	17	16	15	14	13	12	21	22	23	24	25	26	27	28
VESTIBULAR	<input type="checkbox"/>														
LINGUAL															
VESTIBULAR															
MOVILIDAD	48	47	46	45	44	43	42	31	32	33	34	35	36	37	38
RECESIÓN	<input type="checkbox"/>														

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD	MAL OCLUSIÓN	FLUOROSIS
PIEZAS DENTALES	PLACA 0-1-2-3	CALCULO 0-1-2-3	GINGIVITIS 0-1	LEVE	ANGLE I	LEVE
16	17	56		MODERADA	ANGLE II	MODERADA
15	25	65		SEVERA	ANGLE III	SEVERA
26	27	66				
36	37	76				
46	47	86				
TOTALES						

8 INDICES CPO-ceo

D	C	P	O	TOTAL
d	c	e	o	TOTAL

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

X AZUL SELLANTE NECESARIO	⊗ PÉRDIDA (OTRA CAUSA)	— PRÓTESIS TOTAL
X AZUL SELLANTE REALIZADO	△ ENDODONCIA	⊠ CORONA
X ROJO EXTRACCIÓN INDICADA	□ PRÓTESIS FIJA	○ AZUL OBTURADO
X AZUL PÉRDIDA POR CARIES	() PRÓTESIS REMOVIBLE	○ ROJO CARIES

10 PLANES DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL

ESOMETRÍA	CLÍNICA SANGUÍNEA	RAYOS	OTROS

11 DIAGNÓSTICO		PRE-PRESUNTIVO	CE	PRE	DEF	CE	PRE	DEF
1								
2								

FECHA DE APERTURA	FECHA DE CONTROL	PROFESIONAL	FIRMA	SEÑAL DE VERBA

12 TRATAMIENTO

SESIÓN Y FECHA		DIAGNÓSTICOS Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CÓDIGO Y FIRMA
SESIÓN	1				CÓDIGO
FECHA					FIRMA
SESIÓN	2				CÓDIGO
FECHA					FIRMA
SESIÓN	3				CÓDIGO
FECHA					FIRMA
SESIÓN	4				CÓDIGO
FECHA					FIRMA
SESIÓN	5				CÓDIGO
FECHA					FIRMA
SESIÓN	6				CÓDIGO
FECHA					FIRMA
SESIÓN	7				CÓDIGO
FECHA					FIRMA
SESIÓN	8				CÓDIGO
FECHA					FIRMA
SESIÓN	9				CÓDIGO
FECHA					FIRMA

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

Yo Ricardo Luis Branque Campaña, con cédula de identidad N° 0923018642, 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: Guayaquil, 11 de marzo del 2016

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES /TUTORES DE MENORES DE EDAD

Yo Ricardo Luis Branque Campaña, con cédula de identidad N° 0923018642, certifico que soy el esposo de Sara Anabell Branque Sánchez y en nombre de él doy mi consentimiento a que se lleve a cabo los procedimientos que me han sido dados a conocer.

Firma.....

Fecha: Guayaquil, 11 de marzo del 2016

Dra. Marisela Saltos Solís, Mg.
DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO DE TITULACIÓN
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA