



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA

TRABAJO DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
ODONTÓLOGO

TEMA:

Diseño de sonrisa con carillas lumineers

AUTOR:

Camacho Torres Gerson Gilson

TUTOR:

Dr. William Córdova Cuon Msc

Guayaquil, Mayo, 2016



### **APROBACIÓN DEL TUTOR**

Por la presente certifico que he revisado y aprobado el trabajo de titulación cuyo tema es: Diseño de sonrisa con carillas Lumineers, presentado por el Sr. Gerson Gilson Camacho Torres del cual he sido su tutor, para su evaluación, como requisito previo para la obtención del título de Odontólogo.

Guayaquil, Mayo del 2016.

.....

Dr. William Cordova C MSc.

CC: 0701184111



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL**  
**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**CERTIFICACIÓN DE APROBACIÓN**

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

.....

Dr. Mario Ortiz San Martín, Esp.

**Decano**

.....

Dr. Miguel Álvarez Avilés, Mg.

**Subdecano**

.....

Dr. Patricio Proaño Yela, Mg

**Gestor de Titulación**



### **DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

Yo, GERSON GILSON CAMACHO TORES, con cédula de identidad N°0926940040, 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, ....., de .....del 2016.

.....  
GERSON GILSON CAMACHO TORRES

CC 0926940040



## **DEDICATORIA.**

Dedico este trabajo a mis padres RITA JULIA TORRES PAZOS y NELSON CRISTOBAL CAMACHO ORELLANA por el esfuerzo diario que hacen porque yo tenga un mejor porvenir, y que hayan hecho posible que yo llegue en donde estoy y lo que pronto seré, Odontólogo con conocimientos que junto a los valores podré ejercer y ayudar a las personas que lo requieran, a mi hermana JAMELL JAELL CAMACHO TORRES porque de una u otra forma me guía en el caminar de lo que se vive día a día



## **AGRADECIMIENTO.**

Agradezco a aquellas personas e instituciones que permitieron que este trabajo sea realizado y llegue a un fin con satisfactorio resultado, como lo es el Dr. William Cordova Msc, tutor de mi investigación. A la Facultad Piloto de Odontología por brindarme los conocimientos en cinco años para llegar a tener habilidades en este campo.



## CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Dr.

Mario Ortiz San Martín, MSc.

DECANO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Presente.

A través de este medio indico a Ud. que procedo a realizar la entrega de la Cesión de Derechos de autor en forma libre y voluntaria del trabajo Diseño de Sonrisa con carillas Lumineers realizado como requisito previo para la obtención del título de Odontólogo, a la Universidad de Guayaquil.

Guayaquil, ..., de ... del 2016.

.....  
GERSON GILSON CAMACHO TORES

CC. 0926940040



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

Yo....., con cédula de identidad N°....., 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.....

## Índice

### Tabla de contenido

<b>UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL .....</b>	<b>i</b>
<b>APROBACIÓN DEL TUTOR.....</b>	<b>ii</b>
<b>CERTIFICACIÓN DE APROBACIÓN.....</b>	<b>iii</b>
<b>DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>iv</b>
<b>DEDICATORIA.....</b>	<b>v</b>
<b>AGRADECIMIENTO.....</b>	<b>vi</b>
<b>CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR .....</b>	<b>vii</b>
<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMAR FOTOS, VIDEOS, FILMACIONES O ENTREVISTA. ....</b>	<b>viii</b>
<b>Índice.....</b>	<b>ix</b>
<b>INDICE DE FOTOS.....</b>	<b>x</b>
<b>Resumen.....</b>	<b>xii</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>xiii</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>15</b>
<b>2.- OBJETIVO .....</b>	<b>31</b>
<b>3. DESARROLLO DEL CASO .....</b>	<b>32</b>
<b>3.1 Historia Clínica del Paciente: .....</b>	<b>33</b>
<b>3.1.1 Identificación del paciente.....</b>	<b>33</b>
<b>3.1.2. Motivo de la consulta .....</b>	<b>34</b>
<b>3.1.3 Anamnesis: .....</b>	<b>34</b>
<b>3.3 Imágenes de Rx, modelos de estudio, fotos intraorales, extraorales. .</b>	<b>35</b>
<b>3.4 Diagnostico.....</b>	<b>44</b>
<b>4. Pronóstico.....</b>	<b>44</b>
<b>5. Planes de Tratamiento.....</b>	<b>44</b>
<b>5.1 Tratamiento: CARILLAS LUMINEERS .....</b>	<b>45</b>
<b>6. DISCUSION.....</b>	<b>52</b>
<b>7. CONCLUSIONES .....</b>	<b>53</b>
<b>Referencias Bibliográficas.....</b>	<b>54</b>

<b>Bibliography.....</b>	<b>54</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>56</b>

#### **INDICE DE FOTOS**

<b>Foto 1: Imagen de Radiografía Panorámica.....</b>	<b>36</b>
<b>Foto 2: Imagen Frontal- sonriendo .....</b>	<b>37</b>

<b>Foto 3: Imagen Frontal.....</b>	<b>37</b>
<b>Foto 4: Imagen Lateral Derecha .....</b>	<b>38</b>
<b>Foto 5: Imagen Lateral Izquierda .....</b>	<b>39</b>
<b>Foto 6: Imagen Oclusal Superior .....</b>	<b>40</b>
<b>Foto 7: Imagen Oclusal Inferior.....</b>	<b>40</b>
<b>Foto 8: Imagen en oclusión de ambas arcadas .....</b>	<b>41</b>
<b>Foto 9: Imagen en oclusión derecha .....</b>	<b>41</b>
<b>Foto 10: Imagen en oclusión lateral izquierda.....</b>	<b>42</b>
<b>Foto 11: Modelos de estudio ( vista frontal) .....</b>	<b>42</b>
<b>Foto 12: Modelos de estudio ( vista lateral izquierda) .....</b>	<b>43</b>
<b>Foto 13: Modelos de estudio ( vista lateral izquierda) .....</b>	<b>43</b>
<b>Foto 14: Foto Inicial .....</b>	<b>45</b>
<b>Foto 15: Encerado de Diagnóstico – Modelo de estudio superior.....</b>	<b>45</b>
<b>Foto 16: Encerado De Diagnóstico- Modelos de estudio vista palatina ....</b>	<b>46</b>
<b>Foto 17: Materiales que se usaran para la impresión definitiva.....</b>	<b>46</b>
<b>Foto : 18 Desgaste selectivo de resina .....</b>	<b>47</b>
<b>Foto 19: Colocación del hilo retractor .....</b>	<b>47</b>
<b>Foto 20: Toma de color .....</b>	<b>48</b>
<b>Foto 21: Impresión Definitiva .....</b>	<b>48</b>
<b>Foto 22: Prueba de Biscocho .....</b>	<b>49</b>
<b>Foto 23: Preparacion de Carilla con Silano.....</b>	<b>49</b>
<b>Foto 24: Colocacion del Acido Fluorhidrico .....</b>	<b>50</b>
<b>Foto 25: Colocacion de Acido grabador – Adhesión .....</b>	<b>50</b>
<b>Foto 26: Colocación de Bondi.....</b>	<b>51</b>
<b>Foto 27: Cementacion y Finalizacion de Carillas .....</b>	<b>51</b>

## **Resumen**

En este caso se presenta una paciente con carillas de resina, de canino a canino la cual manifestaba que tenía problemas de sensibilidad debido a la fractura y desgaste de estas, gingivitis grado II por lo cual se seleccionó como plan de

tratamiento diseño de sonrisa con carillas lumineers de canino a canino y profilaxis. Objetivo: Elaborar el diseño de sonrisa con una técnica de lentes de contacto por medio de carillas lumineers con el fin de evitar el desgaste de tejido dentario. Materiales y métodos: Se realizó modelos de estudio, un encerado de diagnóstico para poder obtener los provisionales los cuales se le pondrá al paciente hasta que tenga el trabajo definitivo, se tomó impresión definitiva en un solo tiempo con silicona de adhesión. Conclusión: En un plazo de quince días se observó que las encías se desinflamaron, observando una mejoría en la estética y sus tejidos blandos.

**Palabras Clave: Gingivitis, carillas, estética, diseño de sonrisa.**

### **Abstract**

In this case a patient with resin veneers , from canine to canine which stated that he had problems sensibilidad due to fracture and wear these , gingivitis grade II for which I was selected as treatment plan design smile with veneers preseta

lumineers from canine to canine and prophylaxis . Objective: To develop design smile with a technique of contact lenses via lumineers Veneers in order to prevent wear of tooth tissue . Materials and methods: study models a waxing diagnosis was conducted to obtain interim which will put the patient to have the definitive work , final impression I was taken in one time with silicone adhesion . Conclusion : Within fifteen days it was observed that the gums desinflamaron , noting an improvement in aesthetics and soft tissues.

Keywords: Gingivitis, veneers, esthetic ,smile design

## 1. INTRODUCCIÓN

El diseño de sonrisa es un tema actual en la odontología restauradora, la búsqueda por la belleza es lo que nos motiva a obtener una sonrisa estéticamente agradable. (Santander & David, 2014)

“Actualmente, como todos sabemos, la belleza es un deseo social, sinónimo de poder y éxito. Los tratamientos estéticos se incrementan en tanto en cuanto este status quo toma valor. Los pacientes, conscientes o no, se acercan a la consulta con exigencias y expectativas cada vez mayores y nosotros, los profesionales, nos vemos obligados a comprometernos –¿el término correcto sería oprimidos?– con esta poderosa realidad. Es un contexto difícil de evaluar. Son trabajos cuyos resultados quedan entre el limbo y el paraíso, sobre una línea tenue, casi imperceptible, que ya no es entre lo feo y lo bello, sino entre lo óptimo y lo magnífico, cuyo veredicto, de carácter sentimental, puede dar lugar a cualquier respuesta impredecible. En este apartado, el punto de equilibrio está en diagnosticar y dar una medida a la pretensión estética. En esta difícil tarea, los procedimientos clínicos de los ensayos diagnósticos, tipo mock-up, ayudan a la hora de decidir el diseño, presentando al paciente una perspectiva real del resultado que se puede lograr.” (Kina, 2013)

“Es muy importante comprender que la estética no es una especialidad odontológica, sino un ideal. La estética trabaja bajo el concepto de lo bello o lo feo y se aplica como objetivo en cualquier tratamiento odontológico restaurador: periodoncia, implantología, materiales dentales, prótesis o cirugía dental. Así, una vez que cada uno de nosotros domina su práctica odontológica, bajo mi punto de vista, para manejar el concepto de estética –lo bello o lo feo– deberíamos pasar a otro nivel de aprendizaje. La estética se aplica en todas las áreas sociales: arquitectura, medicina, moda, periodismo, gastronomía, etcétera. Cualquier profesional de cualquier área que desee trabajar con estética debe fijarse en el concepto integral: en la disposición de los objetos, los colores, la luminosidad, la forma y la textura, entre otros elementos. Aunque todo esto suene un poco abstracto, bajo mi punto de vista, este entrenamiento de la mirada, el aprecio y, especialmente, la comprensión de la belleza aplicada a todo

representan justamente lo que refina nuestros trabajos a la hora de componer la estética dental personalizada.” (Kina, 2013)

“El deseo de belleza a todos los niveles y a todo coste se encara como una necesidad social y se propaga con mucha fuerza en determinados medios, despertando un deseo sin peso ni medida. Muchos pacientes buscan la sonrisa perfecta en proporciones, forma y colores, para sentirse en conformidad con este patrón determinado socialmente –autoestima– o para transformarse en el centro de las miradas en cuanto referente del mismo –vanidad–. En este contexto, creo que el papel del profesional es saber discernir entre la realidad y la necesidad del tratamiento estético versus la fantasía y las expectativas proyectadas por el paciente. Hay que saber determinar, junto con el paciente, las posibilidades reales y los límites del tratamiento, de cara a no afectar a la salud y la función y, en particular, al límite del patrón estético aceptable. Debemos proteger al paciente de un sobretratamiento y evitar exponerle al ridículo.” (Kina, 2013)

La Estética, ciencia que trata de la belleza y la armonía. Su significado es sumamente subjetivo y relativo, ya que éste se encuentra condicionado por diversos factores de orden social, psicológico y cultural, además de estar ligado a la edad y a una época concreta; lo cual determina que varíe según el individuo. (Mogrove & Bezama, 2012)

En la Odontología Estética, como en otras áreas se basa en leyes técnicas, utilizando además enfoque intuitivo, principios lógicos en la búsqueda de una sonrisa estéticamente satisfactoria y agradable. En Odontología los Parámetros Estéticos de la Sonrisa establecidos en la literatura son un grupo de características básicas de los componentes de la sonrisa para considerar una Sonrisa Estética, estos incluyen: Línea labial, línea de la sonrisa, curvatura del labio superior, espacio negativo, simetría de la sonrisa, línea oclusal o plano frontal oclusal, componentes dentales (línea media dentaria alineación axial, degradación), morfología dentaria , puntos de contacto, componentes gingivales (contorno gingival, Cenit), componentes físicos (ilusiones) (Mogrove & Bezama, 2012)

“Todos los autores coinciden en muchos Parámetros Estéticos, aunque según la disciplina se incluyen unos nuevos y otros no se mencionan”. (Mogrove & Bezama, 2012)

El paciente con problemas bucales representa un planteamiento objetivo. En él trabajamos para solucionar algún problema específico; por ejemplo, caries, periodontopatías, oclusopatías, etcétera, pero siempre centrados en los tres objetivos básicos de un tratamiento odontológico: salud, función y estética. Los pacientes que no presentan problemas bucales específicos y que, todo lo contrario, cuentan con excelentes condiciones de salud oral, aunque buscan tratamientos cosméticos para cambiar su apariencia bucal, determinan planteamientos guiados por la subjetividad, orientados por opiniones personales que a veces pueden ser sobrestimados –vanidad– o subestimados –autoestima–. En este contexto, puedo decir que efectivamente es más difícil definir el planteamiento y tratar a este tipo de paciente, dentro de lo posible, y en detrimento del resultado imaginado por el mismo. Al final, como escribió el poeta inglés John Keats: “No estoy seguro de nada, a no ser de la santidad de los afectos del corazón y de la verdad de la imaginación. Lo que la imaginación capta como belleza debe ser verdad, haya o no existido antes”. Nuestro gran desafío es, y siempre será, saber evaluar, discutir, entender y, especialmente, repasar con claridad cuáles son las posibles respuestas a la expectativa proyectada. (Kina, 2013)

En la actualidad la Odontología Estética es parte importante en la práctica cotidiana, y las resinas restaurativas continúan jugando un papel importante para el odontólogo de práctica general. Mientras continúa siendo un procedimiento demandante con algunas carencias, en los últimos años se han visto mejoras en propiedades, manejo, dispensación, selección de tonos y translucidez. El tamaño y el volumen de las partículas de relleno son determinantes en las propiedades mecánicas, resistencia al desgaste y características de manejo. El tamaño de partícula de varios productos se ha vuelto más pequeño y se encuentra en el rango sub-micrón. Pero hoy en este tiempo y en estos días hemos entrado a la era de la “Nanotecnología”. La suavidad de superficie y durabilidad de estos productos los hacen adecuados para aplicaciones anteriores y posteriores así como para restauraciones indirectas. (Adler, 2003)

La palabra estética se ha vuelto una nota que escuchamos diariamente en la práctica cotidiana. Y no solo escuchamos este término en los consultorios dentales, basta con encender la televisión en cualquier canal y lo primero que encontramos son anuncios alusivos a estética como son aparatos para ejercitar el abdomen, jabones y pastillas para adelgazar y una gran gama de productos enfocados al mejor aspecto de la gente. (Adler, 2003)

Hoy en día existe un sentir en la gente de búsqueda de un mejor aspecto personal así como de una mejor imagen en el trabajo, así como en su vida personal. (Adler, 2003)

Estos cambios comenzaron en la odontología ya hace algunos años con el advenimiento de los adhesivos dentinarios y los grandes cambios y beneficios que proporcionaron a la práctica dental cotidiana. Siendo cada vez más difícil el poder proponer a un paciente el efectuarle una restauración tan simple como una amalgama dental o una incrustación en oro siendomateriales que se han utilizado en la odontología con éxito por más de un siglo. (Adler, 2003)

Y hoy tenemos una basta selección de materiales estéticos con los que podemos ofrecerle al paciente una restauración. Basta sentarlo en el sillón y darle un menú como en el restaurante más selecto y ofrecerle 5 o más alternativas estéticas para restaurar un diente y si no vean esta lista: Resinas, Ionómeros, de Vidrio, Compómeros, Cerómeros, Cerámica. (Adler, 2003)

Para analizar la sonrisa hay que tener en cuenta lo siguiente: forma de la cara, tamaño de labios, niveles coronarios y gingivales visibles, armonía y proporción de la línea cervical de los bordes incisales de la línea del labio. Color del diente (su valor, matiz, poli cromatismo, translucidez, brillo y textura). (Escudero & Ramiro, 2012)

Estas son cifras impresionantes pero que no podemos comparar estos datos con los costos de los tratamientos en Latinoamérica, pero lo que queda claro es que la cosmética y estética dental es una industria la cual se ha popularizado y cada vez más dentistas y pacientes están familiarizados con estos tratamientos. (Adler, 2003)

Así mismo hay que tener en cuenta sobre que será realizado la restauración : sobre un muñón del diente vital, sobre un perno muñón (tener en cuenta el material de que fue realizado el mismo) o sobre un implante; si es una prótesis unitaria o es una prótesis múltiple; estado de los tejidos gingivales, etc. Diagnóstico clínico también debe incluir el sector de la boca, características del sitio, características ópticas, necesidades mecánicas (hábitos funcionales y para funcionales), forma y tamaño de la pieza, exigencias del paciente. Resultados del diagnóstico radiográfico. Localización de los márgenes de las reconstrucciones diastémicas, cuya elección se basa en una serie de factores biológicos y estructurales. (Zvershkhankovskyy, 2003)

Además la estética dental y la respuesta periodontal y el desarrollo de un proceso inflamatorio que dependen de los siguientes factores: invasión del espacio biológico, distancia del margen de la preparación a la cresta ósea, cantidad de encía adherida, grado de ajuste de la prótesis, microbiología, características del material en contacto con la encía y la localización del punto de contacto. (Zvershkhankovskyy, 2003)

En recientes publicaciones del New York Times se publicó un artículo llamado "What's New In Cosmetic Dentistry" donde reportaban el rápido crecimiento de ésta área de la odontología en los Estados Unidos donde mencionan datos muy impresionantes: (Adler, 2003)

- 130,000 Dentistas estadounidenses hacen trabajos cosméticos. (Adler, 2003)
- 32 Billones de dólares en utilidades son generados por tratamientos cosméticos (Adler, 2003)
- 32 Billones de dólares en utilidades son generados por tratamientos cosméticos (Adler, 2003)

Los dentistas hacen 3 veces más trabajos cosméticos que los que realizaban hace 5 años por la aparición de mejores materiales, así como de carillas de porcelana. (Adler, 2003)

Estas son cifras impresionantes pero que no podemos comparar estos datos con los costos de los tratamientos en Latinoamérica, pero lo que queda claro es que

la cosmética y estética dental es una industria la cual se ha popularizado y cada vez más dentistas y pacientes están familiarizados con estos tratamientos. (Adler, 2003)

Tenemos un subtipo de carillas de porcelana que tienen la peculiaridad de ser ultrafinas (como una lentilla), y eso les otorga una serie de ventajas respecto al método tradicional de colocación de las de porcelana, las lumineers.

El grosor de las Carillas Lumineers es de 0,3 mm lo que hace que no sea necesario realizar ningún tipo de tallado dental para compensar el grosor como así pasa con las carillas de porcelana normales. En todo caso, si hubiese que tallarse algo, el limado del diente sería mínimo y el proceso seguiría siendo totalmente reversible, ya que en cualquier momento podrían retirarse las carillas si así lo deseas. (carillas dentales web, 2015)

Hay 10 tipos de colores entre los que elegir, aunque se puede ir modificando para dar el aspecto deseado exacto. Además, la porcelana utilizada en las Carillas Lumineers es más translúcida que la normal, por lo que da un aspecto más natural. Por último cabe resaltar que ésta porcelana es más resistente que la tradicional, por lo que aunque las Lumineers sean tan delgadas, no por ello son menos duras que las tradicionales. (carillas dentales web, 2015)

### **Carillas dentales**

Las carillas dentales, también llamadas facetas dentales, o carillas estéticas son unas pequeñas láminas que se pegan en la parte más externa de los dientes mediante un cemento o resina especial que las fija firmemente. Es algo así como una bonita “pegatina frontal” que mejora la imagen de la dentadura, y pueden colocarse tanto en dientes superiores como en dientes inferiores. (carillas dentales web, 2015)

Cuando una persona se coloca carillas dentales, éstas revisten sus dientes originales y por tanto dejan a la vista una sonrisa mucho más atractiva, mostrando las típicas dentaduras “perfectas” que tanto nos llaman la atención de las estrellas de cine, modelos, etc. (carillas dentales web, 2015)

Las carillas dentales son por tanto un tratamiento principalmente estético que consigue que las personas puedan literalmente construirse la dentadura que

deseen ya sea por necesidad (dientes amarillos, roturas por golpes, desviaciones antiestéticas...) o por el simple hecho de querer lucir una sonrisa más bonita. (carillas dentales web, 2015)

Resaltamos el hecho de que las carillas son un tratamiento de estética dental, por lo tanto NO pueden utilizarse en caso de que existan problemas de salud bucodental que requieran ser tratados, ya que las carillas estéticas sólo los enmascaran, pero no los solucionan. Por esto, los problemas de salud deben ser tratados antes de colocar las carillas para evitar riesgos. (carillas dentales web, 2015)

Sirven al ser unas coberturas dentales, las carillas van a sustituir visualmente a los dientes en los que se coloquen, por lo que cuando sonrías, lo que los demás verán son tus carillas y no tus dientes originales. (carillas dentales web, 2015)

Por eso, las carillas dentales pueden utilizarse para modificar aspectos visuales de los dientes delanteros como la forma, color, posición. . En los dientes posteriores (molares y premolares) suelen utilizarse las coronas o fundas dentales por su mayor robustez. (carillas dentales web, 2015)

Para ser algo más detallistas en la explicación podemos definir algunos de los ejemplos más habituales:

Cubrir fracturas de los dientes: Si una persona se da un golpe en un diente y se le parte un trozo, o si tiene algún diente dañado por el uso, se puede poner una carilla dental y así cubrir el diente para verlo como nuevo. (carillas dentales web, 2015)

Cubrir espacios interdientales: Cuando dos dientes están muy separados entre sí (lo que se conoce como diastema), pueden colocarse carillas estéticas para cubrir ese espacio. (carillas dentales web, 2015)

Corregir formas de los dientes: Si un diente es demasiado corto, o tiene un saliente extraño por un lado, o está desalineado con el resto, es posible construir carillas para cubrir los dientes en cuestión y que así se ajusten a la forma deseada. (carillas dentales web, 2015)

Agrandar los dientes: En ocasiones nos encontramos con dientes demasiado pequeños en comparación con los demás, o una dentadura en general formada por piezas dentales pequeñas que al sonreír hacen que se vea más encía que

diente. Las carillas dentales podrían corregir el problema de los dientes pequeños. (carillas dentales web, 2015)

Blanquear los dientes: Es uno de los tratamientos más efectivos para el blanqueamiento dental, pues realmente no hay que trabajar sobre el diente, sino cubrirlo con una carilla dental más blanca. (carillas dentales web, 2015)

En general, las carillas estéticas podrían ser una solución para dientes con giro versión, separados, apiñados o montados, siempre pensando en casos muy leves, ya que estos problemas podrían requerir una ortodoncia en muchas ocasiones. (carillas dentales web, 2015)

Es necesario decir que se necesitan varios parámetros a seguir para llevar a cabo el diseño de sonrisa en paciente, sea este de sexo masculino o sexo femenino.

### **Correcciones morfológicas y compensaciones estéticas en dientes anterosuperiores.**

Debido a la interrelación entre los distintos factores, para reconstruir armónicamente una sonrisa es necesario realizar preliminarmente un análisis facial, dentolabial, funcional, dentario y gingival. (Montagna & Barbesi, 2008)

El resultado estético puede estar prefigurado con una simulación en la que se agrega resina compuesta sobre los dientes o con plantillas en acrílico, permitiendo la discusión con el paciente y con el técnico dental. (Montagna & Barbesi, 2008)

Obviamente, para alcanzar el resultado estipulado serán necesarias diferentes acciones combinadas con sus debidas modificaciones. Por ejemplo, las peticiones al laboratorio, en las rehabilitaciones protésicas de los dientes anteriores en personas ancianas, a menudo se repite: elongación de los dientes, restablecimiento de la inclinación axial adecuada, modificación del contorno cervical para cerrar los espacios interdentarios, restablecimiento de la dominación de los centrales. (Montagna & Barbesi, 2008)

En algunos casos estas prescripciones se cumplen con evidentes modificaciones morfológicas tales como la elongación o el acortamiento de dientes; en otros, con variaciones imperceptibles, que modificando la amplitud de las áreas de reflexión de la luz inducen en el observador una sensación de variación

dimensional, percepción ilusoria lograda sin haber retocado realmente el perímetro dental. (Montagna & Barbesi, 2008)

### **Modificaciones de la longitud de los dientes frontales**

La protézización de los dientes anterosuperiores plantea con frecuencia problemas de elongación para compensar el desgaste por abrasión o la escasa visibilidad o de acortamiento para balancear retracciones gingivales y la excesiva visibilidad. (Montagna & Barbesi, 2008)

Se debe siempre considerar la posibilidad de rejuvenecer el aspecto con la elongación de los dientes anterosuperiores, de modo de sostener los labios y hacer más visibles a los dientes. (Montagna & Barbesi, 2008)

La decisión con respecto al tipo de intervención a ser adoptado para modificar la longitud de los márgenes incisales depende del análisis labiodental. (Montagna & Barbesi, 2008)

En presencia de piezas dentales cortas se aplican los siguientes criterios:

- Si no existe exposición dental en reposo se enlongan los bordes incisivos. (Montagna & Barbesi, 2008)
- Si los márgenes son suficientemente visibles se recurre a intervenciones periodontales de elongación de coronas clínicas. (Montagna & Barbesi, 2008)
- En algunos casos se indican ambos procedimientos. (Montagna & Barbesi, 2008)

En presencia de incisivos largos se recurre a las siguientes:

- Si los dientes son visibles debido a la presencia de labios superiores cortos se acortan los márgenes incisales. (Montagna & Barbesi, 2008)
- En los casos de labios superiores cortos, en el que el acortamiento incisal determina desproporciones entre longitud y amplitud de las coronas, se considera contextualmente una elongación de corona clínica mediante cirugía periodontal, para descubrir el margen cervical. (Montagna & Barbesi, 2008)

- Si los dientes son normalmente visibles y el labio superior largo, se prefiere actuar sobre el desplazamiento coronal de la convexidad cervical, creando un efecto de raíz descubierta; en algunas situaciones se indica intervenciones de cubrimiento de la raíz. (Montagna & Barbesi, 2008)

### **Armonizar las relaciones mesiodistales entre centrales y laterales**

Idealmente, las dimensiones de los laterales son consecuencia de las dimensiones de los incisivos centrales para dominar a la sonrisa, de acuerdo con relaciones áureas; aunque en la naturaleza las variaciones de dimensiones mesiodistales de los incisivos laterales son muy frecuentes. (Montagna & Barbesi, 2008)

Los errores frecuentes en prótesis están determinados por la falta de proporciones, con incisivos laterales sobredimensionados a expensas de los centrales. (Montagna & Barbesi, 2008)

### **Armonizar la longitud en las asimetrías gingivales de los incisivos centrales**

La asimetría gingival de los incisivos centrales superiores requiere un cuidado especial; pero aquella entre incisivos laterales y caninos representa con menos frecuencia un problema estético. (Montagna & Barbesi, 2008)

En presencia de líneas labiales bajas, que no descubren al margen gingival, no es necesaria ninguna corrección; mientras que con líneas de la sonrisa medias o altas, la desarmonía cervical se vuelve evidente y se deben tomar en cuenta procedimientos de corrección, de tal manera que la línea gingival sea razonablemente asimétrica. (Montagna & Barbesi, 2008)

Para la corrección de la asimetría entre incisivos centrales es posible considerar distintas opciones para valorar según las preferencias del paciente. (Montagna & Barbesi, 2008)

- Modelar los incisivos centrales al mismo nivel incisal (procedimiento indicado en presencia de líneas de la sonrisa bajas). (Montagna & Barbesi, 2008)
- Modelar los incisivos centrales al mismo nivel incisal, creando un efecto radicular, para así alinear las convexidades cervicales (procedimiento indicado en presencia de líneas de la sonrisa bajas). (Montagna & Barbesi, 2008)
- Modelar los incisivos centrales con una igual longitud coronaria, de modo de detectar la discrepancia gingival a nivel incisal. (Montagna & Barbesi, 2008)
- Modelar el incisivo más corto con una angulación mesial acentuada (tip) para elongarlo ligeramente. (Montagna & Barbesi, 2008)
- Modelar el incisivo más largo rotado mesialmente y acortando el lado distal de manera que se acorte ligeramente. (Montagna & Barbesi, 2008)
- Desgastar el margen incisal distal de la corona más larga, de manera que sea significativamente más corta que la parte mesial. (Montagna & Barbesi, 2008)
- Corregir la discrepancia gingival quirúrgica u ortodónticamente, para llevar a la misma longitud a las dos coronas antes de la prototización. (Montagna & Barbesi, 2008)

En cuanto a las correcciones ópticas en amplitud y longitud la utilización de conceptos ópticos, para crear la percepción ilusoria de dimensiones diferentes a las reales, aprovecha los fenómenos ópticos de contraste de los colores y reflexión de la luz. Se trata de ilusiones ópticas que deben ser utilizadas dentro de los límites de tolerancia visual, es decir, hasta el punto en donde las mismas no sean reconocibles. (Montagna & Barbesi, 2008)

Los principios utilizados para alterar ilusoriamente la longitud o la amplitud de la corona pueden ser. (Montagna & Barbesi, 2008)

- El contraste de claroscuro (creada por zonas de sombra o pigmentaciones) aumenta la profundidad y reduce las dimensiones percibidas. (Montagna & Barbesi, 2008)

- Crear un área de reflejo especular de la luz aumenta visibilidad y dimensiones. (Montagna & Barbesi, 2008)
- Un área mayor de deflexión de la luz disminuye visibilidad y dimensiones. (Montagna & Barbesi, 2008)
- Las líneas verticales aumentan la longitud. (Montagna & Barbesi, 2008)
- Las líneas horizontales acentúan la amplitud. (Montagna & Barbesi, 2008)

### **Índices estéticos y compensaciones protésicas.**

Una prótesis es definida optima cuando está en armonía con el ambiente oral y el rostro en el que es incluida, si bien existen leyes estéticas que se deberían respetar aproximadamente; las mismas no deberían jamás ser aplicadas sin tomar en cuenta el sexo, el perfil gingival y labial, la posición de las piezas dentarias e, igualmente, el rostro y la edad. (Montagna & Barbesi, 2008)

El objetivo es lograr un efecto global agradable, más que buscar una perfección ideal de simetrías, tomando en cuenta muchos factores subjetivos, puesto que una sonrisa natural y atractiva no puede ser expresada por una ecuación y que la estética no es sinónimo de juventud o de rejuvenecimiento. (Montagna & Barbesi, 2008)

### **Análisis Facial**

Las proporciones del rostro y las desarmonías deben ser estudiadas en una imagen frontal y lateral. (Montagna & Barbesi, 2008)

La evaluación de la simetría, en imagen frontal, es percibida en relación con el paralelismo entre las distintas líneas horizontales, en un rostro armónico entre si, paralelas y perpendiculares a la media facial: (Montagna & Barbesi, 2008)

- Línea bipupilar. (Montagna & Barbesi, 2008)
- Línea del ofrion, que une a las cejas. (Montagna & Barbesi, 2008)
- Línea comisural, que une a los ángulos de la boca. (Montagna & Barbesi, 2008)

- Línea interalar, trazada a la base de la nariz. (Montagna & Barbesi, 2008)
- Línea mandibular, trazada tangencialmente al borde inferior del mentón. (Montagna & Barbesi, 2008)

Las proporciones transversales, en imagen frontal, son evaluadas en base a las diferencias entre segmentos derechos e izquierdos, con respecto a la media facial, que se miden sobre: (Montagna & Barbesi, 2008)

- Línea biangular, que une los ángulos mandibulares. (Montagna & Barbesi, 2008)
- Línea bicigomática. (Montagna & Barbesi, 2008)
- Línea biparietal. (Montagna & Barbesi, 2008)

### **Líneas estéticas**

El perfil del rostro en su conjunto es, por lo general, descrito como rectilíneo, cóncavo, convexo; con respecto a los planos cefalométricos del cráneo, la posición de los maxilares puede ser clasificada, además, en rectilínea (ortofrontal), convexo (transfrontal) y cóncavo (cisfrontal). (Montagna & Barbesi, 2008)

Los planos de referencia utilizados en la imagen lateral son:

- El plano de Frankfurt que une punto suborbitario (punto más bajo de la órbita) con el porción óseo (punto superior posterior del meato acústico óseo). (Montagna & Barbesi, 2008)
- El plano horizontal (o plano estético) que coincide con la posición de la cabeza mientras el paciente se dirige hacia adelante; forma un ángulo de 8° hacia abajo con el plano de Frankfurt. (Montagna & Barbesi, 2008)
- El plano de Camper que une el borde superior del tragus con el borde inferior del ala de la nariz; es idealmente paralelo al plano oclusal, forma un ángulo de 10° hacia abajo con el plano de Frankfurt. (Montagna & Barbesi, 2008)

### **Forma y perfil incisal**

La localización de la posición de los márgenes incisales superiores (o cresta incisal) representa un aspecto fundamental del diagnóstico estético, tanto en sentido apical-coronal (forma incisal) como anteroposterior (perfil incisal).

El perfil incisal representa la posición de la cresta en sentido anteroposterior y está contenido por norma en el interior del borde húmedo del labio inferior, para así permitir a los labios cerrarse sin impedimentos ni deformaciones. (Montagna & Barbesi, 2008)

### **Línea de la sonrisa**

La relación entre labios y dientes, así como la integración armónica son objeto de numerosos estudios, que delinean los componentes de una «sonrisa ideal» (Montagna & Barbesi, 2008)

- **Lip line** o línea labial determinada por el grado de elevación del labio, que expone solo parcialmente la encía marginal. (Montagna & Barbesi, 2008)
- **Smile arc** o arco de la sonrisa que corre a lo largo de la curvatura orientada hacia la parte baja del labio inferior (arco de cupido o forma incisal). (Montagna & Barbesi, 2008)
- **Upper lip curvature**, curvatura hacia arriba del labio superior; en muchas personas es recta o inclinada hacia abajo, por la presencia de una eminencia labial media (filtrum) acentuada, en detrimento del grado de atracción de la sonrisa. (Montagna & Barbesi, 2008)
- **Smile symmetry** o ángulos de la boca simétricos a lo largo de la línea de la comisura y alineados con la línea incisal, gingival y bipupilar (amplitud de la sonrisa). (Montagna & Barbesi, 2008)
- **Lateral negative space** o espacio bilateral negativo, simétrico y proporcionado (corredor labial). (Montagna & Barbesi, 2008)

Arbitrariamente, se clasifican tres tipos de líneas labiales en la sonrisa:

- Alta, que descubre una banda variable de encía (*gummy smile*) y hace que la rehabilitación de los sectores anteriores sea compleja; se presenta

en aproximadamente el 10% de los pacientes, preferentemente mujeres. (Montagna & Barbesi, 2008)

- Media, que descubre los dientes en el 75%-100%, así como las papilas interdentarias y porciones reducidas de encía (> 3 mm); se considera optima y afecta aproximadamente al 70% de los pacientes. (Montagna & Barbesi, 2008)
- Baja que descubre una sección limitada de la anatomía dentaria y tiene la ventaja de enmascarar una dentadura mediocre; se presenta en aproximadamente el 20% de los pacientes. (Montagna & Barbesi, 2008)

Las causas de la sonrisa gingival dependen de diversos factores:

- Labio superior corto. (Montagna & Barbesi, 2008)
- Hipermotilidad labial. (Montagna & Barbesi, 2008)
- Erupción pasiva de los dientes. (Montagna & Barbesi, 2008)
- Extrusión dentoalveolar anterior. (Montagna & Barbesi, 2008)
- Excesivo desarrollo vertical del maxilar superior. (Montagna & Barbesi, 2008)
- Una línea de la sonrisa baja puede ser corregida alongando los dientes anteriores, salvedad hecha para las dimensiones medias ideales. (Montagna & Barbesi, 2008)

### **Amplitud de la sonrisa, visibilidad de la composición dentaria y corredores labiales**

En el estudio de las relaciones horizontales entre labios y dientes se debe tomar en cuenta que la diferencia existente entre la amplitud de las arcadas y de la sonrisa determina la posibilidad de apreciar los corredores labiales. (Montagna & Barbesi, 2008)

La amplitud de la sonrisa determina la visibilidad de la composición dentaria: aproximadamente el 60% de los pacientes presenta una amplitud de la sonrisa que se extiende hasta los segundos premolares; el 20% descubren también el primer molar; en el resto los caninos resultan visibles. (Montagna & Barbesi, 2008)

El análisis de la amplitud puede condicionar la selección del tipo de preparación, excluyendo los bordes metálicos vestibulares. (Montagna & Barbesi, 2008)

Los corredores labiales oscuros son los espacios negativos que aparecen entre la superficie vestibular de los dientes superiores y los ángulos de la boca

Su presencia simétrica y equilibrada le otorga profundidad a la sonrisa; la disminución se traduce en la desagradable sensación de una arcada muy amplia y una boca llena (efecto barrera o excesiva simetría radial); el aumento en la misma, de una arcada estrecha y de una boca vacía. (Montagna & Barbesi, 2008)

Las formas de la arcada influyen sobre el número de los dientes visibles:

- En las arcadas cuadradas, los dientes anteriores están alineados, el segmento anterior de la arcada luce amplio y luminoso; (Montagna & Barbesi, 2008)
- En las arcadas ovaladas, los dientes están alineados sobre un arco, dando mayor profundidad a la sonrisa y mayor visibilidad a los dientes posteriores; (Montagna & Barbesi, 2008)
- Las arcadas cónicas, existen frecuentes rotaciones y superposiciones dentarias, acentuando los corredores laterales. (Montagna & Barbesi, 2008)

## **2.- OBJETIVO**

Elaborar el diseño de sonrisa con una técnica de lentes de contacto por medio de carillas lumineers con el fin de evitar el desgaste de tejido dentario.

### 3. DESARROLLO DEL CASO

Se requiere varios aspectos a tomar en cuenta antes de proceder a realizar un diseño de sonrisa:

Verificamos que exista simetría en el borde gingival, que tenga encías sanas caso contrario se recomienda al paciente terapia gingival desde técnicas de cepillado y antiinflamatorios.

Realizamos diagnóstico clínico, intra oral y extra oral para verificar que no hay anomalías o trastornos que nos puedan afectar en el trabajo protésico, diseño de sonrisa.

En el momento que sabemos que todos los parámetros están dentro de lo normal y el paciente está apto para recibir el tratamiento procedemos a tomar las fotos intra y extra orales, tomamos impresión con alginato para obtener los modelos de estudio (con yeso piedra) luego con yeso extra duro ( otro vaseado) en los cuales realizamos el encerado.

Realizamos profilaxis a la paciente para tener un campo de trabajo libre de bacterias, se cura caries dentinaria.

Hacemos un ligero desgaste de los dientes por ligera giroversión, resaltando los defectos de la antigua resina, con fresas punta de lápiz y fresa troncócnica de punta redonda.

Tomamos el color y procedemos a tomar impresión definitiva en un solo tiempo con material de adhesión pesado y liviano.

Previo a esto colocamos hilo retractor con astringente #000 y #00 para una mejor visibilidad del margen gingival.

Preparamos el material liviano en una loseta de vidrio sin mezclar, luego unimos las masas de material liviano para ponerlo en la cubeta mientras vamos mezclando el material liviano que está en la loseta para llevarlo a la boca del paciente y luego llevamos la cubeta que tiene el material pesado a la boca para tomar la impresión definitiva, realizamos los provisionales y citamos al paciente para una segunda ocasión.

Recibimos los lentes de contacto y los probamos en boca ( prueba de biscocho) verificando que queden bien sin alterar tejidos blandos y enviamos al técnico por segunda vez, en la última cita cementamos las carillas con cemento dual.

### **3.1 Historia Clínica del Paciente:**

**Nombres:** Pamela Stephany

**Apellidos:** Bravo Moran

**Edad:** 29 años

**Motivo de la consulta:**

“ Quiero arreglarme la sonrisa”

**Enfermedad o Problema Actual:**

No presenta

**Antecedentes Personales:**

No refiere

**Examen del sistema Estomatológico:**

Sin patología Aparente

#### **3.1.1 Identificación del paciente**

**Nombres:** Pamela Stephany

**Apellidos:** Bravo Moran

**Edad:** 27 años

Estado civil: casada.

**Dirección Domiciliaria:** Alborada 11 ava etapa mz 17 villa 13

**C.I.:** 0926940040

### **3.1.2. Motivo de la consulta**

“Quiero cambiarme la sonrisa”

### **3.1.3 Anamnesis:**

Enfermedad o problema actual: no presenta.

Antecedentes personales y familiares: paciente asintomático.

Examen del sistema estomatológico: sin patología aparente.

Signos vitales:

Presión arterial: 120/80 mm hg.

Frecuencia cardiaca: 76 ppm.

Frecuencia respiratoria: 21 rpm.

Temperatura: 37°.

Fecha de último tratamiento: hace unos 3 años.

Tipo de último tratamiento que se realizó: tratamiento restaurador.

Examen extraora:

Asimetría facial: no presenta.

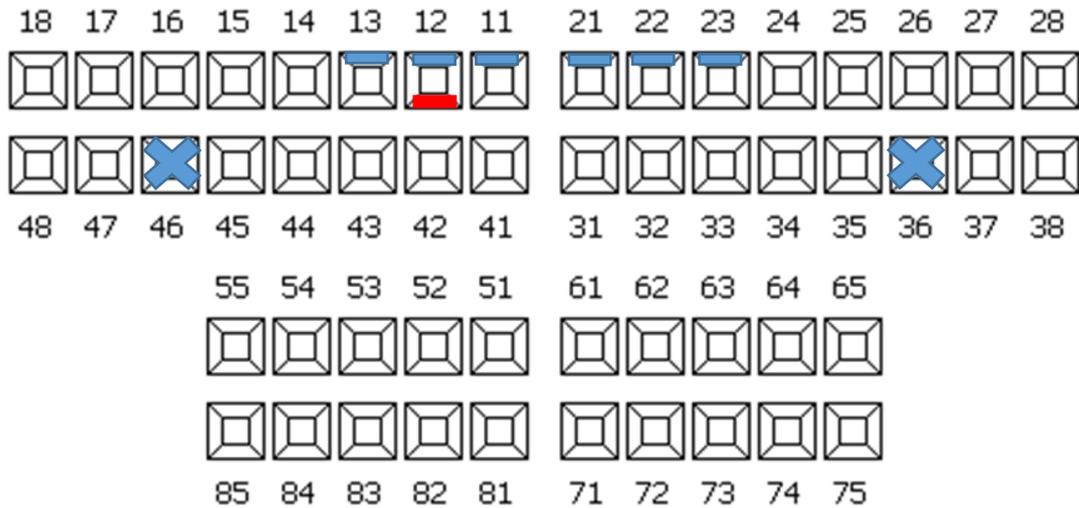
Lesiones: no presenta.

## **3.2 Odontograma**

Carillas de resina en dientes: #11;#12; #13,#14;#15;#16.

Caries en palatino en pieza #12

Ausencia de los primeros molares inferiores.



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

Foto 1: Imagen de Radiografía Panorámica



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Gerson Camacho Torres

Imagen radiográfica con sombra radiopaca compatible con material intraconducto en pieza #12, sombra radiolucida compatible con caries en distal en piezas #13, #14, #15, #22, #23, #24.

FOTOS FRONTAL Y LATERAL

*Foto 2: Imagen Frontal- sonriendo*



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Gerson Gilson Camacho Torres

Paciente femenino, presenta tipo de cara braquifacial.

*Foto 3: Imagen Frontal*



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Gerson Gilson Camacho Torres

Paciente femenino, con ganglios linfaticos en estado normal

*Foto 4: Imagen Lateral Derecha*



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Gerson Gilson Camacho Torres

Presenta perfil recto del lado derecho

*Foto 5: Imagen Lateral Izquierda*



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Gerson Gilson Camacho Torres

Presenta perfil recto de lado izquierdo

## Fotos Intraorales: Oclusales

### Arcada Superior:

*Foto 6: Imagen Oclusal Superior*



Fuente: Propia

de la investigación

Autor: Gerson Camacho Torres

El maxilar superior presenta 14 piezas dentarias. Paladar con forma cuadrangular. Discromia en diente lateral. Denticion Definitiva.

### Arcada Inferior:

*Foto 7: Imagen Oclusal Inferior*



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Gerson Gilson Camacho Torres

El maxilar inferior presenta 12 piezas dentarias, ausencia de piezas #36,#46  
Paladra presenta forma ojival.

### IMAGEN FRONTAL AMBAS ARCADAS EN OCLUSION

*Foto 8: Imagen en oclusión de ambas arcadas*



Fuente: Propia

investigación

de la

Autor: Gerson Gilson Camacho Torres

Presenta carillas de resina de canino a canino con fractura en una de ellas de la pieza #12.

*Foto 9: Imagen en oclusión derecha*



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Gerson Gilson Camacho Torres

El paciente presenta relacion molar tipo II, guia canina tipo I. Presenta giroversion de la pieza #21

Foto 10: Imagen en oclusión lateral izquierda



Fuente:

investigación

Propia de la

Autor: Gerson Gilson Camacho Torres

El paciente presenta relacion molar tipo II, guia canina tipo I. Presenta giroversion de la pieza #21

## MODELOS

Foto 11: Modelos de estudio ( vista frontal)



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Gerson Gilson Camacho Torres

*Foto 12: Modelos de estudio ( vista lateral izquierda)*



Fuente: Propia

investigación

de la

Autor: Gerson Gilson Camacho Torres

*Foto 13: Modelos de estudio ( vista lateral izquierda)*



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Gerson Gilson Camacho Torres

### **3.4 Diagnostico**

Paciente de 29 años presenta restauraciones defectuosas, gingivitis grado I, caries recidivante.

## **4. Pronóstico**

Favorable estéticamente hablando, se logra armonía morfológica junto a los tejidos blandos, una sonrisa acorde a la simetría de la cara y altura de los labios, encías sanas y salud preventiva para la salud bucal del paciente en lo largo de su vida.

## **5. Planes de Tratamiento**

- Corona libre de metal: la resistencia de la cerámica depende de la preparación, se pretende conseguir que la restauración se apoye en la zona marginal e incisal repartiendo uniformemente la carga. (Rios, Porto, & García, 2012)
- Puente Fijo de Porcelana: Una prótesis dental fija o un puente fijo, es una manera excelente de sustituir los dientes que faltan. Actualmente existen varios tipos de puentes fijos que se pueden utilizar con excelentes resultados tanto en el aspecto funcional como en el estético. (Vega & Rodríguez, 2005)
- Carillas Lumineers: Las carillas sin tallado dental son unas finas láminas de cerámica (0,2, 0,3 mm) que se fijan a tus dientes sin necesidad de rebajarlos, sin dolor, sin anestesia y con las que puedes conseguir la sonrisa de tus sueños sin necesidad de sacrificar tu esmalte. (Saiz, 2013)

## 5.1 Tratamiento: CARILLAS LUMINEERS

### FOTO INICIAL

Paciente sexo femenino preseta carillas de resina de canino a canino

*Foto 14: Foto Inicial*



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Gerson Gilson Camacho Torres

*Foto 15: Encerado de Diagnóstico – Modelo de estudio superior*

Se realizo el encerado de diagnostico de las piezas 11,12,13,21,22,23 por medio de la tecnica de goteo.



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Gerson Gilson Camacho Torres

Se realizo el *Foto 16: Encerado De Diagnóstico- Modelos de estudio vista palatina* encerado de diagnostico de las piezas 11,12,13,21,22,23 por palatino, por medio de la tecnica de goteo.



Fuente: Propia de la investigación  
Autor: Gerson Gilson Camacho Torres

*Foto 17: Materiales que se usaran para la impresión definitiva*

Mesa, materiales, instrumentales de trabajo.



Fuente: Propia de la investigación  
Autor: Gerson Gilson Camacho Torres

*Foto : 18 Desgaste selectivo de resina*

Desgaste selectivo de la resina anterior para preparar los dientes en que pondremos las carillas



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Gerson Gilson Camacho Torres

*Foto 19: Colocación del hilo retractor*

Uso de hilos retractores, para una mejor preparación.



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Gerson Gilson Camacho Torres

*Foto 20: Toma de color*

### Toma de color A1

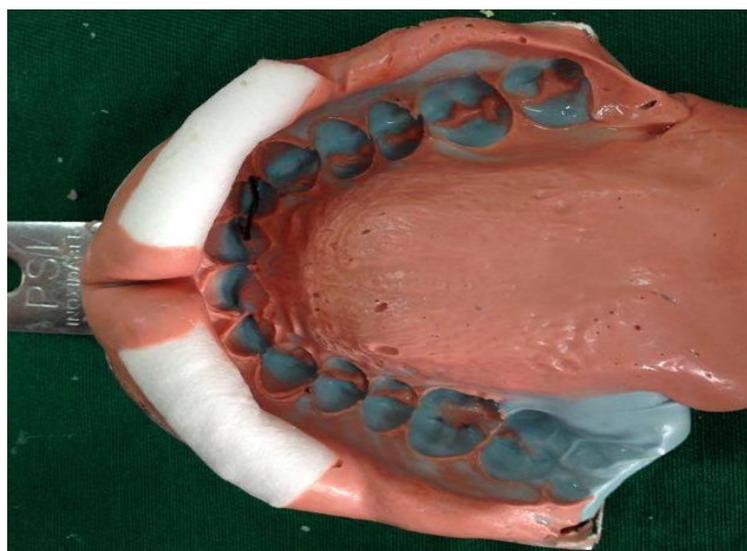


Fuente: Propia de la investigación

Autor: Gerson Gilson Camacho Torres

*Foto 21: Impresión Definitiva*

Toma de impresión definitiva en un solo tiempo con silicona de Adhesión



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Gerson Gilson Camacho Torres

*Foto 22: Prueba de Biscocho*

Se realizo la prueba de Biscocho, analizando puntos de contacto



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Gerson Gilson Camacho Torres

*Foto 23: Preparacion de Carilla con Silano*

Se coloco el silano por un minuto para obtener una buena adhesión



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Gerson Gilson Camacho Torres

*Foto 24: Colocacion del Acido Fluorhidrico*

Se coloco acido fluorhidrico por 1 minuto.



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Gerson Gilson Camacho Torres

*Foto 25: Colocacion de Acido grabador – Adhesión*

Colocación de Acido Grabador, para abrir las fibras colagenas y obtener mayor adhesión.



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Gerson Gilson Camacho Torres

*Foto 26: Colocación de Bondi*

Se coloco bondi por 10 segundos



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Gerson Gilson Camacho Torres

*Foto 27: Cementacion y Finalizacion de Carillas*

Se cementó las carillas, se desgasto los excesos y puntos de contacto.



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Gerson Gilson Camacho Torres

## 6. DISCUSION

El diseño de sonrisa mediante carillas lumineers fue satisfactorio en este caso debido a que se logró un nivel de estética alta y la salud de tejidos blandos.

En la actualidad existe un gran número de tratamientos destinados a la corrección de la estética entre estos tenemos las carillas de resina, que cumplen la función estética y conservadora. (Salas, 2003)

Las cuales tienen como ventaja que se pueden realizar en una sola cita brindándole mayor comodidad al paciente, pero presentan como desventaja que son menos resistentes y menos estéticas.

Otras de las opciones de tratamiento para el diseño de sonrisa son las carillas de porcelana que son consideradas como una de las técnicas reconstructivas adhesivas que proporcionan una excelente estética dental con una mínima invasión del tejido dentario. (Vega & Rodríguez, 2005)

El plan de tratamiento que se eligió para el caso realizado fue diseño de sonrisa mediante carillas lumineers ya que en comparación con otras técnicas esta es menos invasiva, es más resistente y tiene mayor tiempo de duración. Por lo cual es una opción de tratamiento muy efectiva en el diseño de sonrisa.

## **7. CONCLUSIONES**

En este trabajo de titulación demuestro que el tratamiento restaurativo que realice en el sector anterior con la técnica mínimamente invasiva de carillas de lente de contacto evito el desgaste del tejido remanente de la pieza temporal, mejorando la estética del sector anterior y a confianza del paciente.

Espero con este trabajo pueda contribuir a la comunidad odontológica una nueva técnica al presentar este tipo de anomalías dentaria

## Referencias Bibliográficas

### Bibliography

- (2015). Obtenido de carillas dentales web:  
<http://carillasdentalesweb.com/carillas-lumineers-porcelana-sin-tallado/>
- Adler, D. (2003). LA ESTÉTICA Y LA ODONTOLOGÍA MODERNA. *REVISTA DE LA ASOCIACION DE ODONTOLOGIA RESTAURADORA Y BIOMATERIALES - NUCLEO GUAYAS*.
- Escudero, B., & Ramiro, J. (Junio de 2012). Obtenido de Repositorio Institucional de la Universidad de Guayaquil - See more at:  
<http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/2686?mode=full#sthash.6UETAmlB.dpuf>: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/2686?mode=full>
- Kina, S. (Julio de 2013). Obtenido de Maxillaris:  
<https://www.maxillaris.com/entrevista-20130701-EI-doctor-Jaime-Jimenez-entrevista-al-doctor-Sidney-Kina.aspx>
- Mograve, C., & Bezama, P. (2012). Parámetros Estéticos de la sonrisa más frecuentes elegidos por mujeres entre 26 y 52 años según nivel socioeconómico, Concepción, 2009. *Revista Dental de Chile*, 12, 13.
- Montagna, F., & Barbesi, M. (2008). En *De la Cera a la Ceramica* (págs. 29, 31, 32, 34, 36, 73, 75, 77, 85, 86, 88, 90). Amolca.
- Rios, M., Porto, E., & García, L. M. (Febrero de 2012). Obtenido de SlideShare: <http://es.slideshare.net/LaboratorioDentalStaMaria/coronas-libres-de-metal-inceram>
- Saiz, C. (Diciembre de 2013). Obtenido de Dr. Carlos Saiz:  
<http://www.drcarlossaiz.com/microcarillas-sin-tallado-dental>
- Salas, J. L. (2003). Carillas directas con resinas compuestas: una alternativa en Operatoria Dental. *RCOE v.8 n.4 Madrid*.
- Santander, U., & David, L. (2014). Diseño de sonrisa digital (DSD): Armonización de la sonrisa con carillas de porcelana. 135.

- Vega, J. d., & Rodríguez, T. (2005). carillas de porcelana como solucion estetica en dientes anteriores: informes de doce casos. *RCOE*, 273-282.
- Zvershkhankovskyy, F. (2003). Obtenido de Preparaciones dentarias del sector anterior para las prótesis de porcelana libre de metal:  
<http://www.monografias.com/trabajos16/preparaciones-dentarias/preparaciones-dentarias.shtml>

Anexos



