



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA

TRABAJO DE GRADO PREVIO A LA OBTENCION DEL TITULO DE  
ODONTOLOGO/A

TEMA:

CARILLAS DIRECTAS CON RESINAS COMPUESTAS

AUTOR/A:

SOFIA PAOLA VERA BOLAÑOS

TUTOR:

OD. JUAN CARLOS SUAREZ PALACIOS, ESP.

GUAYAQUIL, SEPTIEMBRE, 2017



## **CERTIFICACION DE APROBACION**

Los abajo firmantes certifican que el trabajo de grado previo para 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. Miguel Álvarez Avilés, Msc.

DECANO

.....  
Dr. Julio Rosero Mendoza Esp. Msc

GESTOR DE TITULACION



## APROBACION DEL TUTOR/A

Por la presente certifico que eh revisado y aprobado el trabajo de titulación cuyo tema es: **CARILLAS DIRECTAS CON RESINAS COMPUESTAS**, presentado por el Sr/Srta. **SOFIA PAOLA VERA BOLAÑOS**, del cual eh sido su tutor/a para su evaluación y sustentación, como requisito previo para la obtención del título de odontólogo/a.

Guayaquil, septiembre del 2017

.....

OD. JUAN CARLOS SUAREZ. ESP.

CC: 0921074340



## DECLARACION DE AUTORIA DE LA INVESTIGACION

YO, SOFIA PAOLA VERA BOLAÑOS, con cedula de identidad N\* 1719723973, 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, septiembre del 2017

.....  
SOFIA PAOLA VERA BOLAÑOS

1719723973

## DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mi madre Marlene Amparito Bolaños Hernández que ha sido el pilar fundamental de toda mi carrera, quien deposito su confianza y esfuerzo para que yo pueda culminar la carrera, brindándome el apoyo económico, moral para desenvolverme en mis estudios.

Sin duda alguna mi madre es quien llena de alegría mi vida quien me aconseja para que todo me vaya excelente.

A mis hermanos Daniel, Amalia, Nathalia, Doménica, Sebastián, Camila que con su granito de arena se hacen partícipes de mi logro, la meta anhelada por todos ellos.

## AGRADECIMIENTO

Un agradecimiento enorme a mi tutor por su gran ayuda en la realización en este trabajo previo a la obtención de mi título con sus conocimientos y consejos durante el desarrollo del mismo. A los docentes que me han brindado conocimientos durante toda la carrera y sembraron el amor por esta profesión. A mis compañeros de la facultad que me ayudaron en lo que estuvo en sus manos para que pueda completar mis casos.

A mis hermanos mayores que me han ayudado y aconsejado en el transcurso de mi carrera y de esta investigación. A mi padre por apoyarme en lo que estuvo en sus manos para que yo culmine este sueño. A mi paciente que me ayudo a realizar este trabajo de investigación, prestándose para la elaboración de este tema.

## CESION DE DERECHOS DE AUTOR

Dr.

Miguel Álvarez Avilés, Msc

DECANO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Presente.

A través de este medio indico a usted que procedo a realizar la entrega de la cesión de derechos de autor en forma libre y voluntaria del trabajo CARILLAS DIRECTAS DE RESINA COMPUESTA, realizado como requisito previo para la obtención del título de odontólogo/a, a la Universidad de Guayaquil.

Guayaquil, septiembre, 2017

.....  
SOFIA PAOLA VERA BOLAÑOS

1719723973

## INDICE

DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO .....	vi
CESION DE DERECHOS DE AUTOR.....	vii
INDICE DE FIGURAS O FOTOS .....	xi
RESUMEN .....	xii
ABSTRACT.....	xii
INTRODUCCION .....	1
NORMAS BASICAS DE ESTETICA DENTAL.....	2
Tamaño del diente .....	3
Forma del diente .....	3
Proporción .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Textura de superficie .....	3
Posición y alineamiento.....	3
Color.....	3
Forma y tamaño de los espacios interproximales incisales .....	4
RESINAS COMPUESTAS .....	4
Composición de las resinas compuestas .....	4
CLASIFICACION DE LAS RESINAS COMPUESTAS .....	5
Resinas de macro relleno o convencionales .....	5
Resinas de microrelleno .....	5
Resinas híbridas.....	5
Híbridos modernos .....	6
Resinas con nanotecnología.....	6
PROPIEDADES DE LAS RESINAS COMPUESTAS.....	6
Capacidad de resistencia al desgaste .....	6

Estabilidad del color.....	7
Coefficiente de expansión térmica .....	7
Sorción Acuosa .....	7
Contracción de Polimerización.....	7
CARILLAS DIRECTAS DE RESINA .....	7
INDICACIONES DE LAS CARILLAS DIRECTAS.....	8
CONTRAINDICACIONES DE LAS CARILLAS DIRECTAS .....	8
CLASIFICACION DE LAS CARILLAS DIRECTAS DE RESINA COMPUESTA .....	9
Extensión de la carilla .....	9
Color del diente que será restaurado.....	9
Profundidad de la preparación .....	9
VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LAS CARILLAS DIRECTAS.....	9
PREPARACION (NORMAS GENERALES).....	10
TIPOS DE PREPARACIONES PARA CARILLAS DENTALES .....	10
Preparación tipo I.....	10
Preparación tipo II.....	11
Preparación tipo III.....	11
SISTEMA ADHESIVO .....	11
TECNICA RESTAURADORA .....	11
Sin matriz .....	11
Con matriz .....	12
APLICACIÓN DE LA RESINA COMPUESTA.....	12
TERMINACION DE LA RESTAURACION .....	12
OBJETIVO.....	13
DISCUSION .....	30
CONCLUSIONES.....	29
RECOMENDACIONES .....	29

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	30
Bibliografía .....	30
ANEXOS .....	
HISTORIA CLINICA.....	33

## INDICE DE FIGURAS O FOTOS

Ilustración 1 .....	14
Ilustración 2 .....	15
Ilustración 3 .....	16
Ilustración 4 .....	17
Ilustración 5 .....	17
Ilustración 6 .....	18
Ilustración 7 .....	18
Ilustración 8 .....	19
Ilustración 9 .....	19
Ilustración 10 .....	20
Ilustración 11 .....	20
Ilustración 12 .....	21
Ilustración 13 .....	22
Ilustración 14 .....	22
Ilustración 15 .....	24
Ilustración 16 .....	24
Ilustración 17 .....	25
Ilustración 18 .....	26
Ilustración 19 .....	26
Ilustración 20 .....	27
Ilustración 21 .....	27
Ilustración 22 .....	28

## RESUMEN

El presente caso clínico se realizó en una paciente de sexo femenino de 24 años de edad dentro del periodo de diciembre 2016 y enero 2017, con el objetivo de devolver la armonía funcional y estética mediante la restauración con materiales estéticos. Las piezas dentarias a ser restauradas se las confecciono mediante la técnica a mano alzada por medio de la estratificación con resinas compuestas, a través de la utilización de aislamiento relativo para evaluar la estética individual del diente adyacente y plasmar las características de forma, textura, color y brillo. El tratamiento da como resultado carillas estéticas con el fin de enmendar problemas estéticos o patológicos del paciente, mejorando así su autoestima con el propósito de obtener una sonrisa perfecta y sobre todo orientándonos a una odontología preventiva. Conclusión: Las carillas dentales directas de resina solucionan las alteraciones que presentan las caras vestibulares de las piezas dentarias anteriores, cumpliendo la estética y conservación de las estructuras anatómicas naturales.

Palabras claves: resinas compuestas, estética, carillas dentales directas, mano alzada, estratificación.

## ABSTRACT

The present clinical case was performed in a female patient of 24 years old within the period of December 2016 and January 2017, with the objective of restoring functional and aesthetic harmony through restoration with aesthetic materials. The dental pieces to be restored were made using the freehand technique by stratification with composite resins, through the use of relative insulation to evaluate the individual aesthetics of the adjacent tooth and to capture the characteristics of shape, texture, color and brightness. The treatment gave as a result aesthetic veneers in order to amend aesthetic or pathological problems of the patient, thus improving their self-esteem with the purpose of obtaining a perfect smile and above all orienting us to a preventive dentistry. In conclusion, the direct dental veneers of resin solve the alterations presented by the vestibular faces of the anterior teeth, fulfilling the aesthetics and preservation of the natural anatomical structures.

Key words: composite resins, aesthetics, direct dental veneers, hand raised, stratification

## INTRODUCCION

Una opción para corregir inconvenientes estéticos en el sector anterior son las carillas directas de resinas compuestas que evitan el desgaste excesivo de tejido dentario. "Las resinas compuestas directas se han constituido en una alternativa muy conservadora y económica, no solo para restaurar las estructuras dentarias deterioradas o perdidas, sino también para enaltecer el aspecto de la dentición., al mismo tiempo de conservar la estructura dental" (Henostroza H, 2006)

Estas carillas estéticas de resina compuesta son procesos odontológicos restaurativos orientados al enmascaramiento de la superficie visible del diente, con el fin de enmendar problemas estéticos o patológicos de los dientes ocasionados por caries dental, restauraciones previas con filtraciones, fracturas, cambios de color o alteraciones de la forma dental. (Vega del Barrio J, 1996)

De la misma manera que un gran número de procedimientos en la odontología restauradora, la restauración por medio de resinas directas es una técnica compleja, por lo que es decisivo que cada paso se efectúe de manera correcta y cuidadosamente para obtener resultados clínicos impecables que aseveren una fuerte adhesión y función masticatoria en acoplamiento con un excelente resultado estético. Por esta razón, es primordial ejecutar para cada paciente un diagnóstico integral, donde se incorporen los aspectos periodontales, pulpares, oclusales, funcionales y estéticos, los cuales aporten a desarrollar un correcto plan de tratamiento y lograr una apropiada solución. (Espinosa R, Valencia R, Marc, Uribe M., 2008)

Un tratamiento estético que requiere un desgaste marcado de la estructura dental, muchas veces saludable y con eminente costo financiero, crean cierto inconveniente al paciente, cada vez más crítico y exigente. Por lo tanto, es cada vez más difundida la solución de estos problemas con el apareamiento de técnicas restauradoras sencillas y seguras, como la preparación de carillas directas, restituyendo la armonía de la sonrisa, la autoestima y alegría de los pacientes. (Medeiros C, Bernal C, Braz Da Silva R., 2009)

En la reparación superficial buscamos la forma, el color, tamaño y la textura exterior más adecuada para la paciente. Si el primer fin ya lo tenemos logrado con la reconstrucción estructural superficial, como es el caso, nos concentraremos en obtener, con unas carillas

directas de resina compuesta, la perfección de la tonalidad, de la saturación del color, y de lograr con las masas incisales, la translucidez, luminosidad y la opalescencia de los dientes naturales. (Cueto M, 2009)

Para poder confeccionar las carillas de resina se debe hacer primero una higienización, barrido de los dientes a tratar y después la elección de color, la cual se la efectua una vez que se haya finalizado con el blanqueamiento en caso de que este haya sido requerido. (Henostroza H, 2006)

La resina que se puede emplear cuando hablamos de restauraciones del sector anterior, es la nanoparticulada p la microhibrida. Es decir, si hay la obligación de realizar una carilla, estos dos tipos de resina pueden ser fvorables para una carilla directa de composite. (Lanata E, Operatoria Dental 2a Edicion, 2011)

La estratificación de capas de resina sin apoyo palatino mediante la técnica a mano alzada con resinas compuestas de alta opacidad realizando la estructura dentaria de acuerdo a los tercios dentales comprometidos. (Hidalgo R, 2008)

## **NORMATIVA BASICA DE ESTETICA DENTAL**

Factores relacionados de los dientes a ser restaurados	Factores relacionados a los dientes vecinos	Factores genéricos
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tamaño y dimensión</li> <li>○ Forma y disposición</li> <li>○ Coloración</li> <li>○ Estructura de superficie</li> <li>○ Área plana ( dimensión y localización)</li> <li>○ Surcos y crestas de desarrollo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Proporcionalidad</li> <li>○ Relación y Equilibrio</li> <li>○ Alineamiento</li> <li>○ Relación de contacto (forma, tamaño y localización)</li> <li>○ Forma y dimensión de los espacios interproximales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Forma y volumen de los labios</li> <li>○ Línea de la sonrisa</li> <li>○ Relación de la línea media de los dientes con la línea media de la cara y de los labios.</li> </ul>

(Baratieri L, 2011)

## **TAMAÑO Y DIMENSION DEL DIENTE**

El tamaño y dimensión de un diente es notable no solo para la estética dental, sino también para la armonía facial. Aunque los dientes deban estar en simetría unos con los otros, ellos deben estar también en conformidad con el rostro, porque una gran alteración en el tamaño del diente para con el rostro podrá estropear, adversamente, la obtención de una impecable estética. (Baratieri L, 2011)

## **FORMA Y DISPOSICION DEL DIENTE**

La forma del rostro, algunas particularidades psicológicas, el sexo y la edad del paciente, también pueden y deben coadyuvar en la elaboración de la forma dental. Existen algunas formas de dientes naturales, por lo que ellas pueden ser encasilladas básicamente en tres categorías; cuadrada, triangular y ovalada. (Baratieri L, 2011)

## **RELACION Y EQUILIBRIO**

La relación de ancho y longitud de cada diente con los adyacentes puede tener un efecto significativo en la apariencia visual del conjunto. La proporción entre los dientes puede ser fácilmente modificada por la ejecución de restauraciones adhesivas unitarias o múltiples. (Baratieri L, 2011)

## **ESTRUCTURA DE SUPERFICIE**

La estructura superficial de los dientes anteriores, que es modificada con el paso de los años por la erosión fisiológica del esmalte, es uno de las causas más importantes en la adquisición de restauraciones estéticas complacientes. (Baratieri L, 2011)

## **POSTURA Y ALINEAMIENTO**

La posición y la alineación de los dientes en el arco dentario pueden influenciar de una manera representativa en el aspecto general de una sonrisa, rompiendo la armonía y el equilibrio de esta. Una sonrisa, por lo general, es estéticamente más atractivo cuando los dientes están adecuadamente alineados. (Baratieri L, 2011)

## **COLORACION**

El color no existe como tal, sino que se refiere a la posición de un cuerpo ante la luz, es decir es una percepción óptica de la luz en función de la longitud de onda de los fotones que alcanzan el nervio óptico, sin luz no existen los colores por tanto la luz es el origen de todos los colores. (Baratieri L, 2011)

El diente natural es policromático, compuesto por estructuras y tejidos como la dentina, el esmalte y la pulpa). Desarrollar estas características ópticas en un material restaurador monocromático y con características diferentes de aquellas del diente es un desafío muchas veces imposible. (Baratieri L, 2011)

La característica policromática de los dientes se encuentra principalmente vinculada con el color de la dentina y con el volumen del esmalte en las diferentes regiones de la corona., aunque el volumen de la dentina y el grado de translucidez del esmalte también interfiere en la tonalidad de los dientes. (Baratieri L, 2011)

### **FORMA Y DIMENSION DE LOS ESPACIOS INTERPROXIMALES INCISALES**

La forma y la dimensión de los espacios interproximales incisales cambian con el paso de los años e intervienen en la apariencia de los dientes. Modificando la forma del espacio interproximal incisal, se puede alterar la apariencia visual del ancho. (Baratieri L, 2011)

## **RESINAS COMPUESTAS**

Las resinas compuestas son materiales importantes para la restauración de los dientes anteriores, permitiendo tanto la perpetuación de los tejidos duros dentales como la adquisición de un excelente resultado estético. (Garcia M, Martinez J, Celemin A, 2011)

### **COMPONENTES DE LAS RESINAS COMPUESTAS**

Las resinas están constituidas principalmente por cuatro elementos: una parte orgánica, una parte inorgánica, agentes de acoplamiento y agentes iniciadores. (Lanata E, Atlas de operatoria dental, 2008)

La matriz o parte orgánica, está conformada por monómeros, y es la porción reactiva del sistema, es decir la fracción que una vez que se realiza la fotopolimerización, endurece e induce a la contracción de la resina en su volumen (Lanata E, Atlas de operatoria dental, 2008)

La matriz o parte inorgánica de las resinas, son moléculas de distintos tamaños cuya fuente puede ser el cuarzo, vidrio, silicio o sílice. Estas moléculas mejoran las características físicas y mecánicas, incrementan la elasticidad y resistencia al desgaste, además que favorecen a disminuir la contracción volumétrica de la polimerización y a mejorar las características ópticas. Las moléculas adquieren el nombre de acuerdo al tamaño que comprenden las más grandes son macroparticulados (1 a 5µm), luego están

microparticulados (0,1 a 0,04 um), las híbridas(0.1 a 0.4 um) y manométricos (5 a 75nm). (Lanata E, Atlas de operatoria dental, 2008)

Las resinas compuestas para restauraciones directas e indirectas contienen 4 componentes básicos más importantes:1) una matriz resinosa, 2) iniciadora de polimerización física y química, 3) una fase dispersa de cargas y colorante y 4) un agente de cobertura de las partículas de carga. (Baratieri L, 2011)

## CLASIFICACION DE LAS RESINAS COMPUESTAS

Lutz y Philips cataloga y divide las resinas de acuerdo en el tamaño y distribución de las moléculas de relleno en convencionales o macro relleno (partículas de 0,1 a 100um), micro relleno (partículas de 0,04um) y resinas híbridas (con rellenos de diferentes tamaños, las resinas se pueden clasificar de acuerdo a distintos parámetros). (Salazar A, 2009)

### **RESINAS DE MACRO RELLENO O CONVENCIONALES**

El relleno más usual es el cuarzo, con un tamaño de molécula entre 8 y 80um, rodeadas de una considerable cantidad de matriz de resina. Actualmente están en desuso. Los rellenos más utilizados en este tipo de resinas fueron el cuarzo y el vidrio de estroncio o bario. (Aranda N, aizecop D, Ehrmantraut, 2013)

El relleno de cuarzo tiene excelente estética y durabilidad, pero carece de radiopacidad y produce un alto desgaste al diente antagonista. El vidrio de estroncio o bario son radiopacos pero desafortunadamente son menos estables que el cuarzo. (Areti D, Eliades G, Helwing E, Wrbas K., 2009)

### **RESINAS DE MICRORELLENO**

Posee la sílice coloidal como relleno inorgánico. El tamaño de moléculas es de 0.04um aproximadamente. De este modo se perfecciona la calidad del pulido y la resistencia a la abrasión. Su desventaja es la disminución de la resistencia compresiva a otras resinas compuestas. (Aranda N, aizecop D, Ehrmantraut, 2013)

### **RESINAS HIBRIDAS**

Se determinan así por estar compuestas por grupos poliméricos (fase orgánica) reforzados por una fase inorgánica de vidrios de diferente composición y volumen en un porcentaje de 60% o más del contenido total con tamaños de partículas que oscilan entre 0,6 y 1 micrómetro, incorporando sílice coloidal con tamaño de 0,04 micrómetros. Corresponden

en gran parte a los materiales compuestos actualmente aplicados al campo de la odontología. (Garcia A, Lozano M, Vila J, Galve E, 2006)

### **HÍBRIDOS MODERNOS**

Este tipo de resinas tienen un alto porcentaje de relleno de partículas submicrométricas (más del 60% en volumen). Su tamaño de partícula reducida (desde 0,4µm a 1,0µm) unido al porcentaje de relleno determina una óptima resistencia al desgaste y otras propiedades mecánicas adecuadas. Sin embargo, estas resinas son difíciles de pulir y el brillo superficial se pierde con rapidez (Garcia A, Lozano M, Vila J, Galve E, 2006)

### **RESINAS CON NANOTECNOLOGÍA**

La nanotecnología ha desarrollado una nueva resina compuesta, que se caracteriza por tener en sus componentes la presencia de nano partículas que presentan una dimensión de aproximadamente 25nm y los nanoclusters de aproximadamente 75nm. Los nanoclusters están formados por partículas de zirconia/silica o nano silica. Los cluster son tratados con silano para lograr entrelazarse con la resina. (Gerald S, Perdigao J, 2003)

## **PROPIEDADES DE LAS RESINAS COMPUESTAS**

Las propiedades físicas, mecánicas, ópticas de las resinas compuestas dependen de su estructura. En general, las propiedades físicas y mecánicas de las resinas son desarrolladas en relación directa a la cantidad de relleno adicionado que tengan, las resinas compuestas deben tener una combinación ideal de las propiedades mecánicas y físicas. (Baratieri L, 2011)

### **RESISTENCIA AL DESGASTE**

La capacidad de resistencia de la resina de neutralizar al desgaste superficial por el contacto con la estructura dental antagonista, a los alimentos y ciertos elementos como las cerdas del cepillo, desgaste lleva a la pérdida de la anatomía y disminuye la duración del composite. Esta característica depende del tamaño y contenido de las moléculas de carga, la ubicación de la restauración en la arcada y su relación de contacto oclusal. El módulo elástico de la resina es menor que el de las moléculas de relleno, las moléculas son más resistentes al desgaste y comprimen la matriz en las situaciones de presión, lo que causa su desprendimiento exponiendo la matriz que ahora es más susceptible al desgaste. (Rodriguez R, Garcia N, Pereira S, 2008)

## **ESTABILIDAD DEL COLOR**

Los composites pueden modificar su color debido a manchas superficiales y por decoloración interna, las primeras están vinculadas a la penetración de colorantes de alimentos, cigarrillo, que pigmentan la resina, la decoloración interna ocurre un proceso de foto oxidación primordialmente de las aminas terciarias, las resinas fotopolimerizables presentan una mayor estabilidad de color que las activadas químicamente. (Rodríguez R, García N, Pereira S, 2008)

## **COEFICIENTE DE EXPANSIÓN TÉRMICA**

Se refiere transformación dimensional de la resina ante un cambio de temperatura. Los composites tienen un coeficiente de expansión térmica tres veces superior a la estructura dental y las mismas pueden someterse a temperaturas desde 0° a 60°. Un coeficiente de expansión térmica bajo esta en relación con una mejor adaptación marginal. (Rodríguez R, García N, Pereira S, 2008)

## **SORCIÓN ACUOSA**

Esta característica está relacionada con la cantidad de agua absorbida por la superficie y absorbida por la masa de una resina en un determinado tiempo y la expansión relacionada a esa Sorción. La incorporación de agua en la resina, puede ocasionar solubilidad de la matriz atacando negativamente las propiedades de la resina fenómeno conocido como degradación hidrolítica. Dado que la Sorción es una propiedad de la fase orgánica, a mayor porcentaje de relleno, menor será la Sorción de agua (Barrancos M, 2006)

## **CONTRACCIÓN DE POLIMERIZACIÓN**

La contracción de Polimerización es el mayor desafío de estos materiales de restauración. Las moléculas de la matriz de una resina compuesta (monómeros) se encuentran separadas antes de polimerizar por una distancia promedio de 4nm (distancia de unión secundaria), al polimerizar y establecer uniones covalentes entre sí, esa distancia se minimiza a 1.5nm (distancia de unión covalente). (Barrancos M, 2006)

## **CARILLAS DIRECTAS DE RESINA**

Las carillas estéticas de resina compuesta son restauraciones estéticas que se aplican sobre la superficie del diente permitiendo mejorar su forma, color y brillo. Es un tratamiento mínimamente invasivo y muy conservador. (Conceicao N, 2008)

Las carillas directas de resina compuesta pueden estar indicadas generalmente para corregir alteraciones de color, forma o posición en la superficie vestibular de un diente. Sin embargo, por tratarse de un método restaurador esencialmente vinculado con una indicación estética, suele realizarse en dientes anteriores. (Conceicao N, 2008)

### **INDICACIONES DE LAS CARILLAS DIRECTAS**

De una manera instructiva y objetiva, se puede decir que las carillas directas están aconsejadas para las siguientes situaciones: (Baratieri L, 2011)

- En dientes anteriores fracturados
- En dientes que presenten alteración de color o pigmentados
- En dientes mal formados como, por ejemplo:
  - Incisivos conoides
  - Dientes anteriores hipoplásicos
  - Incisivos de Hutchinson
- En dientes anteriores con amplias lesiones de caries
- En dientes con múltiples restauraciones (clase III, IV Y V) que necesiten ser reemplazadas.
- Reducción o cierre de diastemas

### **CONTRAINDICACIONES DE LAS CARILLAS DIRECTAS**

Las carillas directas están contraindicadas para dientes con pigmentaciones muy oscuras, es imposible la aplicación de una carilla, que permita la confección adecuada del color sin que la tonalidad del fondo interfiera y perjudique la apariencia estética de la restauración. Las carillas directas ejecutadas sobre esos dientes quedan grisáceas.

Contraindicadas para pacientes con hábitos como bruxismo. Sin embargo si se realizan, deberán ser protegidas con un guarda oclusal (placas miorelajantes), especialmente durante el sueño.

Dientes cortos o con esmalte insuficiente o inadecuado para el grabado ácido, no son buenos candidatos para recibir carillas directas.

Dientes con apiñamiento severo que dificultan la confección de la preparación necesaria para carillas, en estos casos se debe considerar una corrección ortodóntica previa a la restauración.

Dientes exageradamente girados, ya que significa un desgaste excesivo de la estructura dental sana por tanto es imposible realizar. (Baratieri L, 2011)

## **CLASIFICACION DE LAS CARILLAS DIRECTAS DE RESINA COMPUESTA**

Las carillas directas de resina compuesta pueden clasificarse de una forma instructiva y objetiva, según sus propiedades; (Conceicao N, 2008)

### **EXTENSIÓN DE LA CARILLA**

- Parcial: cuando se restauran partes amplias localizadas en la superficie vestibular
- Total: cuando se restaura toda la superficie vestibular en su extensión.
- Total, con recubrimiento incisal: cuando se restaura toda la superficie vestibular incluyendo el borde incisal

### **COLOR DEL DIENTE QUE SERÁ RESTAURADO**

- Sin alteración de color
- Con moderada alteración de color
- Con acentuada alteración de color

### **PROFUNDIDAD DE LA PREPARACIÓN**

- Sin desgaste dental
- Desgaste en esmalte
- Desgaste en esmalte-dentina.

## **VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LAS CARILLAS DIRECTAS**

### **VENTAJAS:**

- Las carillas directas con resinas compuestas son restauraciones rápidas, seguras y eficaces.
- Menor costo que las carillas indirectas

- Menor tiempo de preparación en comparación a las carillas indirectas, depende de la habilidad del profesional
- Preparación más conservadora que la preparación de carillas indirectas
- No requiere provisionales
- No requiere impresiones (Baratieri L, 2011)

### **DESVENTAJAS:**

- Las resinas compuestas presentan más desgaste que el esmalte natural
- Existe riesgo de burbujas de aire sobre la superficie de la carilla, haciéndose más vulnerable a la pigmentación y a la degradación.
- El contorno, forma y textura dependerá de la destreza y sentido artístico del profesional.
- Las resinas compuestas presentan una contracción a la reacción de la polimerización, Esta contracción podrá generar grietas en el esmalte.
- Poca capacidad para ocultar la pigmentación de la superficie oscura del diente
- Requieren cada cierto tiempo de un pulido (Baratieri L, 2011)

### **PREPARACION (DISPOSICIONES GENERALES)**

La preparación de un diente para una carilla directa de resina se da de acuerdo al grado de oscurecimiento, de su inclinación predisponente para lingual o vestibular, de la separación entre los dientes o de la presencia de apiñamiento y de la altura de la línea de la sonrisa. En dientes fracturados, la preparación dependerá de la extensión de la fractura. (Baratieri L, 2011)

### **TIPOS DE PREPARACIONES PARA CARILLAS DENTALES**

Hay tres tipos de preparaciones propuestas según el diagnóstico y plan de tratamiento según casos clínicos individuales:

#### **PREPARACIÓN TIPO I**

Cuando el tono del diente que va a ser restaurado es similar al color de la restauración final. La preparación del diente se realiza con una mínima reducción, aproximadamente 0,3 mm del contorno propuesto. La localización del margen debe ser supragingival. La

restauración debe construirse desde el fondo en cuanto a color, para lograr un aspecto natural. (Sulikowski A, 2001)

### **PREPARACIÓN TIPO II**

Cuando el tono del diente a restaurar difiere dos tonos cuando se compara a la restauración propuesta. La restauración final juega un papel muy importante en la corrección del color de fondo para lograr el tono deseado. El espacio solicitado para la preparación dental debe ser de 0,6 mm del contorno propuesto. La localización del margen debe estar a nivel del margen gingival. El resultado final puede ser una composición del color de fondo y el color deseado de la restauración (Sulikowski A, 2001)

### **PREPARACIÓN TIPO III**

Cuando el color del diente a restaurar tiene tres tonos o más de diferencia con la restauración propuesta. En este caso, el efecto de estratificación es necesario para conseguir el color deseado. El requisito de espacio es de 0,9mm para la reducción dental y la localización del margen debe estar a nivel del margen gingival. (Sulikowski A, 2001)

## **SISTEMA ADHESIVO**

La elección del sistema adhesivo recae asiduamente sobre aquellos que preconizan el grabado ácido total. Se colocan tiras cortas de matriz transparente de acetato en los espacios interdentarios, que se pueden sostener con cuñas. A continuación, se realiza el grabado del esmalte dental con el ácido del sistema adhesivo durante 15 segundos. Casos graves de fluorosis requieren 30 segundos. (Barrancos M, 2006)

A continuación de lavado con spray aire/agua por el mismo tiempo del grabado. Luego se seca con cuidado la superficie del diente, en especial cuando exista exposición de dentina. A continuación, se aplica el sistema adhesivo con la ayuda de microbrush, conforme las instrucciones del fabricante y se seca con aplicaciones de aire para remover el diluyente y se fotopolimeriza por 20 segundos. (Barrancos M, 2006)

## **TECNICA RESTAURADORA**

### **SIN MATRIZ**

La reproducción de la forma y morfología superficial depende directamente de la destreza del profesional. Esta técnica se emplea en la mayoría de las situaciones clínicas. (Conceicao N, 2008)

## **CON MATRIZ**

Incluye la confección de una matriz de resina acrílica antes del desgaste de la superficie vestibular. Esta etapa tiene el objetivo de copiar la forma y las características morfológicas superficiales con el fin de ayudar su reproducción en la restauración final. Está es requerida cuando la superficie vestibular presenta solo alteración de color. (Conceicao N, 2008)

## **APLICACIÓN O ESTRATIFICACION DE LA RESINA COMPUESTA**

El profesional Odontólogo puede usar una espátula metálica rígida para remover la resina compuesta de la jeringa y maniobrar esta porción de compuesto entre los dedos protegidos por el guante (que se debe limpiar antes con alcohol). Así se podrá confeccionar la forma que desee de acuerdo con la ubicación, es decir, más plana si se desea aplicar a lo largo de toda la superficie labial o en forma de cono, si se desea posicionar la resina compuesta en el borde incisal o en el área proximal. A continuación, se utiliza una espátula más flexible. (Barrancos M, 2006)

El odontólogo puede colocar el material restaurador sobre el diente realizando un tallado inicial. Con la ayuda de un pincel, puede agregar de manera más adecuada esta etapa de asentamiento tallado inicial de la resina compuesta, debido a que habrá mayor facilidad de añadir películas finas y sin burbujas de aire en la resina. El pincel puede ser humedecido con alcohol y trasladar el exceso con gasa antes de la utilización sobre la resina o en seco, conforme la preferencia del profesional. Cada capa agregada de resina compuesta debe ser polimerizada por el tiempo recomendado por el fabricante. (Barrancos M, 2006)

## **TERMINACION (PULIDO, ABRILLANTADO) DE LA RESTAURACION**

La terminación de la carilla se lleva a cabo en cuatro etapas: forma, alisado, brillo y resellado. Remover excesos de adhesivo y resina compuesta localizados en las regiones cervical y proximal, con la ayuda de una hoja de bisturí N°12, que debe ser transportada, de preferencia en el sentido de la restauración hacia el diente, para impedir una eventual remoción de porciones finas de la resina (Barrancos M, 2006)

Forma, si se ha controlado cada capa de resina compuesta con la matriz la forma final debe ser muy similar al diente original. Se quitan los excesos por gingival, incisal y en los espacios interproximales con bisturíes de hoja intercambiable N° 11 o 12. Si hay que conformar o afinar la cara labial se usan discos de pulir de grano grueso. Se perfecciona la

forma y se acentúan los lóbulos de desarrollo con piedras diamantadas troncocónicas de grano mediano y fino (de entre 30 mas 15um) (Barrancos M, 2006)

Alisado, para alisar la superficie sin malograr la forma obtenida se utilizan fresas de doce filos de forma troncocónica con punta recta o afilada. En las superficies grandes se usan discos de óxido de aluminio (de tipo soflex, shofu, have, etc) de grano mediano y fino, en sus tamaños regular y mini. Así como también, se pueden utilizar ruedas y puntas de goma abrasiva. Por los espacios interdentarios se pasan tiras de pulir, pero sin descuidar la relación de contacto (Barrancos M, 2006)

Brillo, el brillo o lustre final se obtiene cuando se ha terminado totalmente la fase anterior. En esta etapa se necesitan ruedas de goma siliconadas, discos abravasivos en su grano más fino, tiras de pulir y/o fresas de cuarenta filos, según el lugar del diente. Si el brillo no es suficiente se debe pasar una brocha de cerda blanda, húmeda, cargada con pasta de pulir resina, con cuidado para no crear calor con este procedimiento. Por los espacios interdentarios se pasa la misma pasta con un trozo de hilo. (Barrancos M, 2006)

## OBJETIVO

Proveer la armonía, función y estética dental mediante la restauración de carillas directas con resinas compuestas.

## DESARROLLO DEL CASO

### HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE

#### IDENTIFICACION DEL PACIENTE

- **Nombre:** Melina Elizabeth Barros Vargas n° 2300197627
- **Edad:** 26
- **Fecha de nacimiento:** 6 de enero del 1991
- **Sexo:** femenino
- **Raza:** mestiza
- **Estado civil:** soltera
- **Ocupación:** estudiante
- **Procedencia:** Santo Domingo de los colorados - Ecuador

- **Residencia:** Santo Domingo de los colorados- Ecuador
- **Domicilio:** Urb. Cristóbal Colon
- **Teléfono:** 0982455598

## **MOTIVO DE LA CONSULTA**

Paciente de sexo femenino de 26 años, acude a la Universidad de Guayaquil “Facultad Piloto de Odontología” en diciembre del año 2016. Su motivo de consulta es “arreglarme los dientes delanteros”

## **ANAMNESIS**

La paciente presenta diastema en el sector anterior en las piezas #11 y # 21 (incisivos central superior izquierda y derecho), por lo que decidió solicitar tratamiento.

Paciente refiere buena higiene bucal. No refiere enfermedades sistémicas, presenta antecedentes hereditarios como diabetes por su abuelo materno, hipertensión por su abuela paterna.

Presión arterial: 120/70

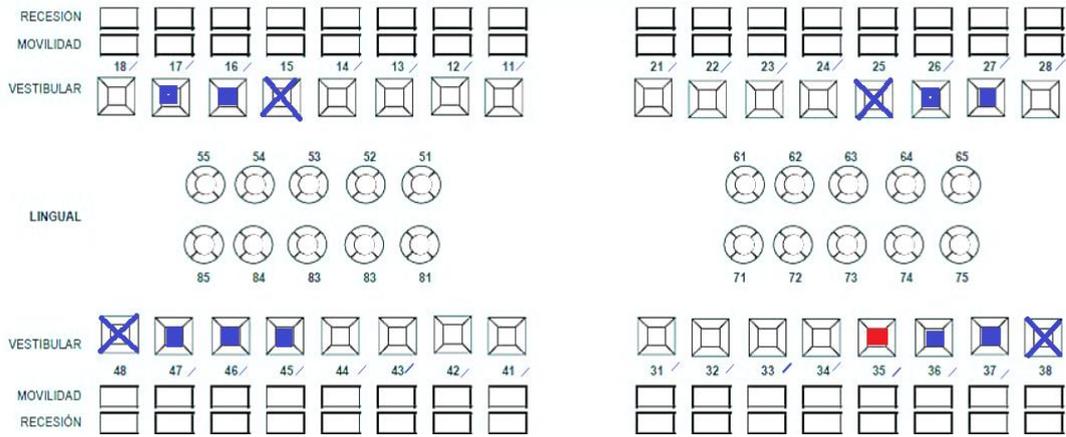
Frecuencia Cardíaca: 68 latidos por minuto

Temperatura: 36.5 °C

Frecuencia respiratoria: 16 respiraciones por minuto

## **FOTO #1: ODONTOGRAMA**

*Ilustración 1*



Piezas dentarias # 11 #12 #13 #14 #16 #17 #18 (normales)

Piezas dentarias #21 #22 #23 #24 #26 #27 #28 (Normales)

Piezas dentarias #15 #25 (Ausentes)

Piezas dentarias #31 #32 #33 #34 #35 #36 #37

Piezas dentarias #41 #42 #43 #44 #45 #46 #47

**IMÁGENES DE RX, MODELOS DE ESTUDIO, FOTOS INTRAORALES, FOTOS EXTRAORALES.**

FOTO # 2: VISTA FRONTAL

*Ilustración 2*



FUENTE: Propia de la investigación

Autor: Sofía Vera Bolaños

Paciente de 26 años, sexo femenino con equilibrio facial, patrón esquelético clase I  
(mesofacial)

### **FOTO #3: VISTA LATERAL DERECHA**

*Ilustración 3*



FUENTE: Propia de la investigación

Autor: Sofía Vera Bolaños

Paciente de 26 años, sexo femenino con equilibrio facial, patrón esquelético clase I  
(mesofacial)

**FOTO #4: VISTA LATERAL IZQUIERDA**

*Ilustración 4*



FUENTE: Propia de la investigación

Autor: Sofía Vera Bolaños

Paciente de 26 años, sexo femenino con equilibrio facial, patrón esquelético clase I  
(mesofacial)

**FOTO # 5 ARCADA SUPERIOR**

*Ilustración 5*



FUENTE: propia de la investigación

Autor: Sofía Vera Bolaños

Paciente de 26 años de edad, sexo femenino presenta dentición permanente, piezas dentarias completas, en el sector anterior presenta un diastema entre las piezas dentarias

#11 #21.

**FOTO #6: ARCADA INFERIOR**

*Ilustración 6*



FUENTE: propia de la investigación

Autor: Sofía Vera Bolaños

Paciente de 26 años de edad, sexo femenino presenta dentición permanente, piezas dentarias completas, sin anomalías dentarias.

**FOTO # 7 OCLUSION VISTA FRONTAL**

*Ilustración 7*



FUENTE: propia de la investigación

Autor: Sofía Vera Bolaños

Paciente de 26 años de edad, sexo femenino presenta dentición permanente, piezas dentarias completas, sin anomalías dentarias, presencia de diastema.

**FOTO # 8 OCLUSION LADO DERECHO**

*Ilustración 8*



FUENTE: propia de la investigación

Autor: Sofía Vera Bolaños

Paciente de 26 años de edad, sexo femenino presenta dentición permanente, piezas dentarias completas, sin anomalías dentarias.

**FOTO # 9 OCLUSION LADO IZQUIERDO**

*Ilustración 9*



FUENTE: propia de la investigación

Autor: Sofía Vera Bolaños

Paciente de 26 años de edad, sexo femenino presenta dentición permanente, piezas dentarias completas, sin anomalías dentarias.

**FOTO #10 MODELOS VISTA FRONTAL**

*Ilustración 10*



FUENTE: propia de la investigación

Autor: Sofía Vera Bolaños

Modelos de estudio, vista de frente

**FOTO # 11 MODELOS LADO DERECHO**

*Ilustración 11*



FUENTE: propia de la investigación

Autor: Sofía Vera Bolaños

Modelos de estudio, vista de lado derecho

## **FOTO # 12 MODELOS LADO IZQUIERDO**

*Ilustración 12*



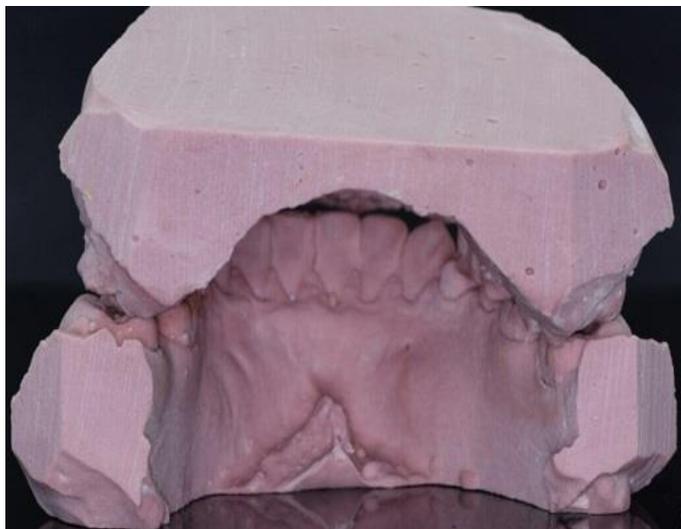
FUENTE: propia de la investigación

Autor: Sofía Vera Bolaños

Modelos de estudio, vista de lado izquierdo

## **FOTO #13 MODELOS VISTA POSTERIOR**

*Ilustración 13*



FUENTE: propia de la investigación

Autor: Sofía Vera Bolaños

Modelos de estudio, vista posterior

## **FOTO#14 RADIOGRAFIA PANORAMICA**

*Ilustración 14*



**DIAGNOSTICO**

Paciente de 26 años, sexo femenino presenta ausencia de las piezas 15, 25, 38, 48, caries oclusal en la pieza dentaria 35, múltiples recesiones gingivales, acumulación generalizada de cálculo dental, bruxismo, desgaste incisal,

### **PRONOSTICO**

Favorable para el paciente

### **PLANES DE TRATAMIENTO**

- Carillas directas de resina compuesta, es un tratamiento estético conservador realizado por el dentista, su vida útil suele ser entre 2 y 5 años.
- Carillas de porcelana, restauraciones más resistentes que las de resina, contextura muy similar al diente, color blanco y natural que no se mancha con el tiempo, se confeccionan en el laboratorio, requieren tallar el diente para obtener una buena fijación. Pueden durar entre 15 y 20 años.
- Carillas lumineers, carillas de entre 0.3 y 0.5 mm de grosor fabricadas con una porcelana ultra resistentes sin la necesidad de tallar los dientes. Pueden durar más de 20 años

## **TRATAMIENTO**

### **CARILLAS DIRECTAS DE RESINA COMPUESTA**

#### **PROCEDIMIENTO:**

Profilaxis y limpieza de las piezas dentarias a trabajar con piedra pómez

Selección de color

Se graba la superficie con ácido fosfórico a 37 % por 15 segundos

Lavado de la superficie por 30 segundos

Secado del esmalte

Aislamiento relativo con torundas de algodón

Colocación del sistema adhesivo, soplar con la jeringa de aire para eliminar el solvente y realizar fotopolimerizado por 20 segundos.

Colocación de resina realizando fotopolimerizado de cada capa por 20 segundos

En el diastema interincisivo se aplico el material por capas de 1-2 mm de espesor en la zona interproximal de ambos incisivos del color elegido, se modelo con instrumentos utilizando bandas celuloide para crear puntos de contacto proximales y se comprimió la matriz sobre el borde cervical.

Pulido y abrillantado de la restauración.

### **FOTO #15 PACIENTE ANTES DEL TRATAMIENTO**

#### *Ilustración 15*

Paciente de 26 años de edad, sexo femenino presenta dentición permanente, piezas dentarias completas, en el sector anterior presenta un diastema entre las piezas dentarias #11 #21.

### **PREPARACIÓN DE LA CAVIDAD**

Conservación del tejido dentario, mínimo desgaste.



FUENTE: propia de la investigación

Autor: Sofía Vera Bolaños

### **FOTO #16 APLICACIÓN DE ACIDO FOSFORICO**

#### *Ilustración 16*

Se graba de la superficie vestibular (esmalte dental) con ácido fosfórico al 37% por 15 segundos



FUENTE: propia de la investigación

Autor: Sofía Vera Bolaños

#### **FOTO #17 LAVADO Y SECADO DE LA SUPERFICIE DENTARIA**

##### *Ilustración 17*

Lavado con la jeringa triple de aire/agua por el doble de tiempo que actúa el ácido (30 segundos). Se seca la superficie vestibular del diente.



FUENTE: propia de la investigación

Autor: Sofía Vera Bolaños

## **FOTO #18 APLICACIÓN DE BONDI**

### *Ilustración 18*

Se adhiere el sistema adhesivo con ayuda del microbrush, se aplica aire para extarar el diluyente y se fotopolimeriza por 20 segundos.



FUENTE: propia de la investigación

Autor: Sofía Vera Bolaños

## **FOTO #19 APLICACIÓN DE RESINA**

### *Ilustración 19*

Uso de espátula o pincel y a continuación procedemos a la conformación de la pieza dentaria con resina capa por capa (estratificación), color A2 para el tercio cervical y tercio medio, PF para el tercio incisal.



FUENTE: propia de la investigación

Autor: Sofía Vera Bolaños

#### **FOTO #20 PULIDO DE LA RESTAURACION**

*Ilustración 20*

Removemos el exceso de resina, modelamos con discos de pulir de grano grueso



FUENTE: propia de la investigación

Autor: Sofía Vera Bolaños

#### **FOTO #21 ABRILLANTADO DE LA RESTAURACION**

*Ilustración 21*

Abrillantamos con ruedas de goma siliconadas o de felpa con pasta de pulir.



FUENTE: propia de la investigación

Autor: Sofía Vera Bolaños

## **FOTO #22 RESTAURACION TERMINADA**

*Ilustración 22*



FUENTE: propia de la investigación

Autor: Sofía Vera Bolaños

## ANTES Y DESPUES DEL PROCEDIMIENTO

Antes



Después



## **DISCUSION**

Entre las alternativas requeridas para el cierre de diastemas como tratamiento ortodoncico, restaurador, la aplicación de resina compuesta colocada por proximal parece ser la más práctica y conservadora.

La restauración directa con resina compuesta tiene como ventaja la preservación de la estructura dental, bajo costo para el paciente y facilidad de adición o remoción de material cuando sea necesario.

Los resultados clínicos son exitosos a largo plazo cuando se obtienen un manejo clínico correcto, tanto en la adhesión como en la confección de la restauración.

## CONCLUSIONES

Las carillas son una opción que devuelve a los pacientes una sonrisa armoniosa, estética, natural y funcional

Las restauraciones de resinas compuestas tienen la disposición de corregir las imperfecciones de color en los dientes, son muy sugeridos en los dientes decolorados o con antecedentes de desgastes dentales.

Se considera de alta restauración estética cuando el diente se haya restaurado y se encuentre satisfecho estéticamente y en capacidad de realizar la función oclusal adecuadamente, el paciente no refiera sintomatología dolorosa o sensibilidad post-operatoria, luego de haber confeccionado la carilla definitiva.

Antes de realizar una carilla directa de resina, debemos determinar si la zona gingival está en buen estado.

## **RECOMENDACIONES**

Las carillas de resina compuesta son muy estéticas y económicas se pueden conservar en boca por mucho tiempo, después de algunos años puede notarse que la resina ha sido modificada en su color y será el momento adecuado para hacer una revaloración y ofrecerle al paciente un tratamiento nuevo de su elección.

La gran demanda de obtención de restauraciones estéticas por parte de los pacientes, exige que el profesional debe tener la capacidad de distinguir los colores naturales de la pieza dentaria y de realizarla de manera que se parezca al diente natural.

Las carillas dentales directas de resina compuesta deben seguir un mantenimiento anual por el dentista para conservar su estética, color y brillo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

### Bibliografía

- Aranda N, Aizcop D, Ehrmantraut. (2013). COMPARACION DE LA PROFUNDIDAD DE FOTOPOLIMERIZACION DE RESINAS FLUIDAS A TRAVES DE PORCELANAS DE ALTA OPACIDAD. *REVISTA CLINICA DE PERIODONCIA, IMPLANTOLOGIA Y REHABILITACION ORAL*, 123-126.
- Areti D, Eliades G, Helwing E, Wrbas K,. (2009). CURING EFFICIENCY OF FOUR SELF- ETCHING, SELF-ADHESIVE RESIN CEMENTS. *ELSEVIER*, 1104-1108.
- Baratieri L, N. M. (2011). *ODONTOLOGIA RESTAURADORA, FUNDAMENTOS Y TECNICAS 2VOL*. SAO PAULO: EDITORA SANTOS.
- Barrancos M. (2006). *OPERATORIA DENTAL: INTEGRACION CLINICA*. BUENOS AIRES: MEDICA PANAMERICANA.
- Conceicao N. (2008). *ODONTOLOGIA RESTAURADORA: SALUD Y ESTETICA*. BUENOS AIRES: MEDICA PANAMERICANA.
- Cueto M, S. (2009). AISLAMIENTO ABSOLUTO O COMO COLOCAR EL DIQUE PARA CEMENTAR UNAS CARILLAS CERAMICAS. *MAXILLARIS*, 1-5.
- Espinosa R, Valencia R, Marc, Uribe M,. (2008). ENAMEL DEPROTEINIZATION AND ITS EFFECT ON ACID ETCHING: AND IN VITRO STUDY. *JOURNAL OF CLINICAL PEDIATRIC DENTISTRY*, 13-19.
- Garcia A, Lozano M, Vila J, Galve E. (2006). RESINAS COMPUESTAS REVISION DE LOS MATERIALES E INDICACIONES CLINICAS. *MEDICINA ORAL*.
- Garcia M, Martinez J, Celemin A. (2011). PROPIEDADES ESTETICAS DE LAS RESINAS COMPUESTAS. *REVISTA INTERNACIONAL DE PROTESIS ESTOMATOLOGICA*, 11-22.
- Geraldi S, Perdigo J. (2003). MICROLEAKAGE OF A NEW RESTORATIVE SYSTEM IN POSTERIOR TEETH. *J DENT RES*, 1276.
- Henostroza H. (2006). *ESTETICA EN ODONTOLOGIA RESTAURADORA*. MADRID: RIPANO, S.A.

- Hidalgo R. (2008). Técnica de estratificación de capas naturales a mano alzada con resinas compuestas. *VIS DENT*, 412-418.
- Lanata E. (2008). *Atlas de operatoria dental*. BUENOS AIRES: ALFAOMEGA.
- Lanata E. (2011). *OPERATORIA DENTAL 2a Edicion*. BUENOS AIRES: ALFAOMEGA GRUPO EDITOR ARGENTINO.
- Medeiros C, Bernal C, Braz Da Silva R,. (2009). REHABILITACION ESTETICA POR MEDIO DE FACETAS DIRECTAS: PRESENTACION DE CASOS CLINICOS. *ACTA ODONTOLOGICA VENEZOLANA*.
- Rodriguez R, Garcia N, Pereira S. (2008). EVOLUCION Y TENDENCIAS ACTUALES EN RESINAS COMPUESTAS. *ACTA ODONTOLOGICA VENEZOLANA*, 381-392.
- Salazar A. (2009). *ODONTOLOGIA ESTETICA: EL ARTE DE LA PERFECCION*. SAO PAULO: ARTES MEDICAS LATINOAMERICA.
- Sulikowski A. (2001). *principios y practicas de odontologia restaurativa*. Cambridge.
- Vega del Barrio J. (1996). *MATERIALES EN ODONTOLOGIA*. MADRID: AVANCES MEDICO-DENTALES.

# ANEXOS



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL**  
**FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA**

**HISTORIA CLINICA**

Fecha de ingreso: Diciembre 2016.

Responsable: Sofía Paola Vera Bolaños

**DATOS DE IDENTIFICACION:**

Apellidos: Barros Vargas

Nombres: Melina Elizabeth

Edad: 26 años

Raza: Mestizo

Domicilio: Ferroviaria calle 4ta y 8va

Teléfono: 0982455598

¿Se ha realizado tratamiento de ortodoncia previo? SI – NO

¿Hace que tiempo? Hace 5 años

**HISTORIA MEDICA:**

¿Está bajo tratamiento médico? NO

Nombre los medicamentos tomados en los últimos 6 meses: NINGUNO

¿Ha tenido complicaciones con anestesia en boca y hace que tiempo? **NO**

¿Padece Ud. De alguna de las siguientes enfermedades?

Hemofilia: **SI – NO**      Asma: **SI – NO**      Hepatitis: **SI – NO**

Tuberculosis: **SI – NO**

Diabetes: **SI – NO**      Apoplejía: **SI – NO**      Artritis: **SI – NO**

Alguna otra enfermedad: Ninguna

Antecedentes familiares maternos: Sin antecedentes familiares

MOTIVO DE CONSULTA: "Arreglarme los dientes delanteros"

NOMBRE DEL ALUMNO QUE LO ATIENDE: Sofía Vera Bolaños

**EXAMEN FACIAL:**

Tipo de cara: Braquifacial    Mesofacial    Dolicofacial

Vista frontal: Tercio superior:      Tercio medio:      Tercio inferior:

Perfil:      Recto      Convexo      Cóncavo

**HÁBITOS ORALES:**

Respiración:	<u>Nasal</u>	Bucal	Buco-nasal
Adenoides:	<u>Normal</u>	Extirpadas	Hipertrofia
Deglución:	<u>Normal</u>	Atípica	
Succión:	<u>Ninguna</u>	Digital	Labial
Onicofagia:	<u>No</u>	SI	
Pronunciación:	<u>Normal</u>	Dificultad con las letras:	

**SISTEMA DENTARIO:**

Dentición Temporaria

Dentición Mixta

Dentición Permanente

Dientes ausentes: 15,25

Dientes cariados: 35

Dientes Fracturados: Ninguno

Hipoplasia del esmalte: Ninguno

Higiene dental: buena regular mala

¿Cuántas veces se cepilla al día? **2 veces**

¿Usa Hilo dental? **SI – NO**

### **ESTUDIO RADIOGRÁFICO:**

	No. pieza		No. Pieza
Agenesias	0	Perdida prematura	0
Retenidos	16,36	Persistencia	10
Impactados	0	Dilaceraciones	0
Supernumerarios	0	Caries proximales	0
Reabsorción radicular	0	Procesos periapicales	0

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

Yo, MELINA BARROS, con cedula de identidad N 2300197627 autorizo a 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 con fines académicos.

Firma.....

Fecha.....