



***FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, DE LA SALUD Y DE LA VIDA
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA***

TRABAJO DE TITULACIÓN COMO REQUISITO DE GRADO

**“REHABILITACIÓN MEDIANTE CARILLAS DIRECTAS DE COMPOSITE EN
EL SECTOR ANTERIOR”**

ANA BELÉN QUIROLA

TUTOR RESPONSABLE: DOCTOR IVAN GARCÍA

QUITO, SEPTIEMBRE 2015

DEDICATORIA

En primer lugar a Dios, quien nunca me ha abandonado y ha sido mi mayor apoyo y guía. A mi familia, por su paciencia y apoyo durante estos cinco años; todo mi esfuerzo siempre fue pensando en ustedes. Por último a mi ángel guardián, que siempre me protegió.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por darme la fortaleza cada día para no desistir y por siempre iluminarme. A cada uno de mis hermanos, que creyeron en mí y nunca me dejaron sola, cada uno es parte esencial de mí. A mi tutor Iván García por su paciencia, carisma y ayuda, espero que nunca deje la docencia. A esa persona que me ayudó incondicionalmente. Y por último a mis amigos, sin ustedes nada hubiese sido igual, gracias por sacarme siempre una sonrisa.

Contenido

RESUMEN.....	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO I: ASPECTOS BÁSICOS.....	4
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	5
1.3 OBJETIVOS	5
1.3.1 GENERAL	5
1.3.2 ESPECÍFICOS.....	5
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	6
2.1 ESTÉTICA DENTAL	6
2.1.1 CONCEPTO	6
2.1.2 PARÁMETROS.....	6
2.2 PERIODONTITIS.....	8
2.2.1 DEFINICIÓN	9
2.2.2 DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y RADIOGRÁFICO.....	9
2.2.3 TRATAMIENTO	11
2.3 BLANQUEAMIENTO DENTAL.....	12
2.3.1 DEFINICIÓN	13
2.3.2 TÉCNICAS DE BLANQUEAMIENTO	13
2.4 CARILLAS.....	14
2.4.1 CONCEPTO	15
2.4.2 TIPOS.....	15
2.4.3 CEMENTACIÓN ADHESIVA.....	16
2.4.4 INDICACIONES GENERALES	16
2.4.5. CONTRAINDICACIONES GENERALES	17
2.4.6 PROTOCOLO DE PREPARACIÓN	18
2.5 CARILLAS DE RESINAS	19
2.5.1 CARILLAS DIRECTAS DE RESINA	19

2.5.2 CARILLAS DE PORCELANA.....	24
2.5.3 CARILLAS DE CERÓMERO	25
2.6 DIMENSIÓN VERTICAL.....	26
2.7 CORONAS.....	27
2.7.1 PREPARACIÓN	27
2.7.2 IMPRESIONES Y REGISTROS	28
2.7.3 PROVISIONALES	28
CAPÍTULO III PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO	29
3.1 HISTORIA CLÍNICA.....	29
3.1.1 DATOS GENERALES	29
3.1.2 MOTIVO DE CONSULTA	29
3.1.3 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL	29
3.1.4 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES	30
3.1.5 ESTADO ACTUAL	30
3.1.6 SIGNOS VITALES.....	30
3.1.7 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO.....	31
3.1.8 EXÁMENES	37
3.2 DIAGNÓSTICO.....	37
3.3 PRONÓSTICO	37
3.4 ASPECTOS ÉTICOS	38
3.5 PLAN DE TRATAMIENTO	38
3.6 DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS EJECUTADOS	39
3.6.1 TRATAMIENTO PERIODONTAL	39
3.7 BLANQUEAMIENTO DENTAL.....	40
3.8 DESARROLLO DE REHABILITACIÓN ORAL.....	41
3.8.1 TOMA DE MODELOS DE ESTUDIO Y FIJADO EN ARTICULADOR	42
3.8.2 ENCERADO DIAGNÓSTICO	46
3.8.4 TALLADO PARA CORONAS E INCRUSTACIONES Y ELABORACIÓN DE PROVISIONALES	48
3.8.5 RESTITUCIÓN DE LA DIMENSIÓN VERTICAL.....	50
3.8.5 CARILLAS DIRECTAS DE RESINA COMPONEER	51

CAPÍTULO IV.....	56
4.1 DISCUSIÓN.....	56
4.2 CONCLUSIÓN	56
4.3 RECOMENDACIONES.....	57
BIBLIOGRAFÍA.....	58
ANEXO 1	60
ANEXO 2	61
ANEXO 3	62
ANEXO 4	63
ANEXO 5	64
ANEXO 6	65
ANEXO 7	66
ANEXO 8	67
ANEXO 9	68
ANEXO 10.....	69
ANEXO 11.....	70
ANEXO 12.....	71
ANEXO 13.....	72
ANEXO 14.....	73

RESUMEN

Hoy en día la estética se ha vuelto cada vez más importante. Una solución práctica para los pacientes cuyo fin es lograr una sonrisa armónica es la colocación de carillas estéticas, sin embargo este tratamiento no está al alcance de todos por su alto costo. Es por ésta razón que las carillas de resina se han vuelto una alternativa conveniente tanto para el odontólogo como para el paciente, no solo por su bajo costo sino por ser un procedimiento rápido y duradero. No se debe dejar de lado que para poder rehabilitar la cavidad bucal se debe realizar un plan de tratamiento multidisciplinario.

En este caso clínico se presenta un nuevo sistema de carillas de resina nanohíbrida mediante el cual se puede lograr resultados estéticos de gran satisfacción para el paciente y facilidad operatoria al odontólogo.

Palabras clave: *carillas, estética, resina.*

ABSTRACT

Nowadays aesthetics has become more important. A practical solution for patients, whose goal is to achieve a harmonious smile, is the placement of veneers. Nevertheless this treatment is not available to everyone due to its high cost. This is why composite veneers have become a convenient alternative for patients and also for the dentists, not only because of its affordability but also for being a fast procedure with lasting results. However, it is necessary to recognize the importance of performing a multidisciplinary treatment to obtain the rehabilitation of the oral cavity.

This clinical case presents a whole new system of nanohybrid composite veneers by which highly satisfactory aesthetics results can be obtained for the patient as well as surgical facility for the dentist.

Key words: veneers, aesthetics, composite

INTRODUCCIÓN

Al momento de realizar un plan de tratamiento es necesario efectuar un buen diagnóstico tomando siempre en cuenta los antecedentes patológicos de relevancia. En este caso es necesario resaltar que el paciente a tratar padeció de linfoma no Hodgkin. Los pacientes con cáncer que reciben quimioterapia pueden experimentar complicaciones orales, tales como: la mucositis, sangrados gingivales, entre otras complicaciones como la xerostomía; las cuales suelen aparecer meses o años después del tratamiento. (Anderson Rocha-Buelvas, 2011, pág. 72)

En el caso del paciente se observa xerostomía, la cual además genera predisposición a presentar enfermedad periodontal. (Anderson Rocha-Buelvas, 2011, pág. 73). Uno de los efectos secundarios más comunes que presenta la quimioterapia es la emesis (Sirgo A., 2000). Debido a los ácidos gástricos el paciente presenta erosión de la cara lingual y palatina de los dientes, condición que también presenta la persona a tratar. (de la Teja, Durán, & Espinosa, 2008, pág. 195)

Observamos además una disminución de la dimensión vertical. “La dimensión vertical oclusal se refiere a la posición vertical de la mandíbula respecto al maxilar superior, cuando los dientes se encuentran en máxima intercuspidación (oclusión habitual), en su posición más cerrada.” (Naranjo, 2013, pág. 1). “Para poder corregir la dimensión vertical, el punto de inicio es crear una relación céntrica de los cóndilos mandibulares. En segundo lugar, la reconstrucción debe quedar dentro del rango de adaptación neuromuscular”. (Naranjo, 2013)

También constatamos una mordida clase II división 1, la cual presenta protrusión de los incisivos superiores, por lo que el paciente presenta una mordida profunda. (Medina, Crespo, & Da Silva, 2009). Por lo tanto se vuelve fundamental realizar un tratamiento en el cual se debe tratar el ámbito

periodontal, restablecer la dimensión vertical y finalmente devolver la estética mediante carillas directas de composite y blanqueamiento dental. Las carillas de porcelana se pueden definir como una lámina relativamente fina de cerámica que se adhiere a la superficie vestibular de los dientes y se lo realiza de manera indirecta, mientras que las carillas de resinas compuestas tienen el mismo principio pero se las realiza de manera directa en la cavidad bucal del paciente. (Rábago & Tello, 2005, pág. 274)

CAPÍTULO I: ASPECTOS BÁSICOS

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Paciente de sexo masculino de 61 años acude a la consulta de la Clínica Odontológica de la Universidad Internacional del Ecuador, solicitando un chequeo general de la salud de su boca. El paciente cuenta con afecciones orales post quimioterapia y mordida profunda. Clínicamente se puede observar un claro desgaste del esmalte por las caras vestibulares, linguales y palatinas además de facetas de desgaste a nivel incisal de los dientes anteriores. Además el paciente presenta múltiples lesiones cariosas y espacios entre los dientes donde manifiesta que se le queda comida.

Al pedir al paciente que muerda con los dientes posteriores, se puede observar que la mordida carece de contacto en dientes posteriores lo que ha causado un desgaste de los dientes anteriores y alteración en la estética. Finalmente después de realizar la historia clínica se concluye que el paciente presenta estos signos por una pérdida de la dimensión vertical y como consecuencia de los tratamientos de quimioterapia que recibió años atrás.

1.2 JUSTIFICACIÓN

Después de los tratamientos de quimioterapia tanto la salud bucal como la estética del paciente se ven afectadas; el paciente cuenta además con una mala higiene bucal razón por la cual debemos priorizar rehabilitar y asegurar que el paciente vuelva a sentir salud en su boca y comodidad con su apariencia. Además se debe devolver la dimensión vertical perdida para que una vez que el tratamiento se realice no se vuelvan a presentar las facetas de desgaste producto de la quimioterapia y maloclusión del paciente. No se debe dejar de lado explicarle al paciente el plan de tratamiento y sus cuidados para lograr resultados satisfactorios. Todo esto se debe manejar mediante procedimientos de periodoncia, rehabilitación oral y estética.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 GENERAL

- Devolver al paciente la salud, estabilidad y estética con un tratamiento de rehabilitación con carillas directas de composite.

1.3.2 ESPECÍFICOS

- Realizar tratamiento periodontal para devolver la salud gingival al paciente.
- Devolver la estabilidad oclusal.
- Efectuar un tratamiento estético mediante la realización de clareamiento dental y carillas directas de composite.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

MARCO TEÓRICO

2.1 ESTÉTICA DENTAL

2.1.1 CONCEPTO

La estética dental hoy en día se ha vuelto cada vez más importante. Sin importar la edad, la gente busca una sonrisa armoniosa. Una vez conseguida la sonrisa deseada, el paciente no solamente tendrá mayor confianza sino también libertad para sonreír.

“La estética no es ni arte ni ciencia, es una fusión de las dos. La ciencia está sometida a un análisis crítico y objetivo, mientras que el arte tiene componentes subjetivos, románticos y de empatía. La estética dental es difícil de segregar en unidades separadas, puesto que todas las variables son interdependientes e interrelacionadas.” (Becerra G., 2015)

Varios autores han planteado diferentes principios y criterios respecto a las proporciones dentarias en cuanto a amplitud y longitud, cervico-incisal y mesio-distal. Algunos clínicos se han guiado de acuerdo a las leyes de la proporción divina, mientras que otros autores se basan en parámetros como el sexo, la línea media facial, longitud labial etc. (Becerra G., 2015)

2.1.2 PARÁMETROS

Los griegos fueron los primeros en hablar y establecer los tres parámetros acerca de la belleza; simetría, equilibrio, armonía. En odontología los tres parámetros que se deben buscar son simetría a través de la línea media, dominancia anterior y proporción regresiva. Al hablar de simetría, debemos considerar la forma, el color, la textura y la posición de los dientes. La

dominancia se refiere a la importancia y predominio que tienen los incisivos superiores en la sonrisa. La proporción regresiva indica la exposición de los dientes en el arco dental, la cual a medida que se distaliza disminuye, es decir los dientes más alejados de la línea media se ven menos.

Al momento de realizar carillas, se debe tomar en cuenta aspectos estéticos como la composición dentofacial. La forma y contorno facial, nos indican la forma que tendrían los dientes. Es decir, una persona con cara ancha tendrá dientes anteriores de forma ancha. Si la cara es alargada, sus dientes son más estrechos. El tipo de sonrisa es otra característica importante, en mujeres es más común una sonrisa alta mientras que en hombres predomina una sonrisa baja. (Henostroza, 2006)

Es indispensable además, tomar en cuenta la línea de la sonrisa que imaginariamente pasa por los bordes incisales y se dirige hacia las cúspides de los caninos de la arcada superior, la cual debe coincidir con la curvatura del borde interno del labio inferior. Por último, es necesario analizar el corredor bucal (espacio entre cara vestibular de dientes superiores y la comisura del labio); si éste es excesivo, perjudica el aspecto estético. (Henostroza, 2006)

Por último, cabe recalcar la influencia que tiene el envejecimiento de la cara y de la oclusión en pacientes adultos. Si se disminuye la dimensión de la altura del tercio inferior de la cara, o la exposición de los incisivos, se logrará una apariencia de mayor edad. Al pasar de los años, hay un achatamiento del perfil facial y menor exposición de los incisivos. (Henostroza, 2006)

VISIBILIDAD MEDIA (mm)		
Rango etario	Incisivos superiores	Incisivos inferiores
hasta 29	3.37	0.51
30-39	1.58	0.80
40-49	0.95	1.96
50-59	0.46	2.44
60 o +	-0.04	2.95

(Henostroza, 2006)

Dentro de la estética se vuelve también necesario tomar en cuenta la estética en periodoncia. “Cuando nos referimos a la estética en periodoncia, estamos deseando que por medio de procedimientos clínicos y quirúrgicos, la encía esté lo más saludable y armoniosa posible, puesto que ella misma es el “marco” de la estética dental” (Henriques, 2006)

El concepto moderno de la estética en la odontología, además de buscar armonía dental, pretende planificar adecuadamente las etapas previas al tratamiento, logrando una integridad entre la sonrisa, los tejidos blandos periodontales y los rasgos faciales. (Lanata, 2008)

2.2 PERIODONTITIS

Es necesario realizar una exploración clínica de tejidos blandos para constatar si hay una patología periodontal, previo a la realización de la rehabilitación. En el caso del paciente a tratar después de realizar el diagnóstico de los tejidos de soporte del diente, se confirma que padece de periodontitis crónica severa generalizada asociada a mala higiene y tabaquismo.

2.2.1 DEFINICIÓN

La periodontitis es un conjunto de enfermedades que producen inflamación de los tejidos blandos de la boca, cuyo origen es infeccioso. Éstas deben ser tratadas, caso contrario pueden producir pérdida de los dientes. Para poder realizar un correcto diagnóstico se debe tomar en cuenta exploración la clínica y la exploración radiológica. (Fuenmayor, 2009)

2.2.2 DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y RADIOGRÁFICO

Dentro de la exploración clínica, los principales aspectos que debemos ver son:

- La situación dental general: dientes extraídos, presencia de diastemas, intrusiones, extrusiones, entre otros.
- Profundidad de sondaje: se realiza una medición de manera paralela al eje del diente desde la encía marginal hasta el epitelio de unión con una sonda periodontal. Las medidas deben ser tomadas en tres puntos del diente, por vestibular (mesial, parte media, distal) , y tres por palatino (mesial, parte media, distal). Si la profundidad del sondaje es mayor a tres milímetros, entonces hablamos de la presencia de bolsas periodontales.
- Posición del margen gingival: en condiciones normales éste se ubica a la misma altura del límite amelocementario. Si se encuentra por encima de éste y cubre parte de la corona, hablamos de una hipertrofia; por el contrario si se encuentra por debajo de este límite exponiendo el cemento radicular, hablamos de una recesión.
- Afectación de furcas: se lo realiza mediante la sonda de Nabers. Encontramos tres tipos de afecciones en furcas: grado I, en la cual la sonda penetra alrededor de un milímetro; grado II, en la cual la sonda va a penetrar más de un milímetro; grado III en la cual la sonda penetra de lado a lado en sentido horizontal.

- Movilidad: a pesar de ser poco objetiva, se la clasifica en tres: grado 1, la movilidad en sentido vestibulo lingual es de un milímetro; grado 2, la movilidad es de uno a dos milímetros; grado 3, la movilidad es mayor a dos milímetros. (Fuenmayor, 2009)

En cuanto a la exploración radiológica se debe evaluar:

- La altura que tiene la cresta ósea interdientaria y la forma. La periodontitis puede causar pérdida ósea y ésta puede darse de dos maneras: pérdida horizontal, cuando es perpendicular al eje del diente; pérdida vertical, cuando la reabsorción es oblicua con respecto al eje del diente.
- Ancho del ligamento periodontal: si éste se encuentra ensanchado puede ser debido a traumas oclusales.
- La forma de las raíces y su longitud: la proporción corono radicular, el largo de la raíz y la distancia de las raíces entre diente y diente es importante en el pronóstico.
- Restauraciones desbordantes.
- Diagnóstico de afección de furcaciones en grados II y III.
- Patologías en el ápice. (Fuenmayor, 2009)

Las manifestaciones clínicas por otro lado pueden ser encías inflamadas, con cambio de coloración, edema y sangrado al sondaje. Sin embargo, en pacientes que fuman no siempre hay sangrado al momento de realizar sondaje. (Fuenmayor, 2009)

La periodontitis a su vez se diferencia en periodontitis crónica y periodontitis agresiva. La periodontitis crónica es más común en personas mayores a 30 años, su progresión es lenta y está relacionada a otros factores como restauraciones desbordantes, apiñamientos, etc. Y factores sistémicos como el tabaquismo, la diabetes, la ingesta de medicamentos entre otros. La periodontitis agresiva por otro lado se puede presentar a cualquier edad y su

rasgo más común es la pérdida ósea y la destrucción de la inserción. En ésta periodontitis la microflora es muy virulenta. (Fuenmayor, 2009)

A su vez la periodontitis crónica y la periodontitis agresiva pueden ser localizadas o generalizadas. Hablamos de una periodontitis generalizada si más del 30% de sitios en la boca están afectados, y una periodontitis localizada si la afección es menor al 30% de la dentición. (Fuenmayor, 2009)

Una vez que se ha definido el diagnóstico en el paciente, se procede a realizar el correcto tratamiento con el fin de revertir el daño que se produjo en los tejidos blandos. “El objetivo principal del tratamiento periodontal es hacer que los dientes sean biológicamente aceptables para los tejidos periodontales que los rodean. Sólo podemos mantener la salud periodontal si conseguimos mantener los dientes libres de irritantes superficiales y funcionales.” (Fuenmayor, 2009)

2.2.3 TRATAMIENTO

El tratamiento a realizar consta de cuatro partes:

- Motivación: se debe explicar al paciente sobre la enfermedad y recalcar que es un tratamiento que requiere de mantenimiento permanente. Explicarle las manifestaciones que ésta tiene, y el control que debe tener sobre el biofilm, ya que es uno de los principales factores desencadenantes de la enfermedad.
- Fase higiénica: lo más relevante de ésta etapa es la eliminación del cálculo supra y sub gingival, mediante el cual habrá una desinflamación de los tejidos. Primero se debe explicar al paciente la técnica correcta de cepillado y mediante líquido revelador de biofilm, enseñarle las zonas donde existe mayor acumulación de placa hay. El siguiente paso es la eliminación del cálculo mediante el raspado y alisado radicular con curetas y con la ayuda del ultrasonido, cuyo fin es conseguir que la superficie radicular quede lisa, de tal manera que

pueda haber una reinserción de los tejidos blandos al diente. En ésta fase también se debe: eliminar cualquier restauración desbordante que pueda estar causando una inflamación en el sector, realizar exodoncias si fuese necesario, obturaciones etc.

- Fase correctiva: en esta fase se debe reevaluar al paciente, es decir se realiza nuevamente el sondaje, donde se podrá observar si hubo desinflamación de los tejidos. Se puede también realizar cirugía periodontal, tratamientos endodónticos, restauraciones definitivas, ajustes oclusales, etc.
- Fase de mantenimiento: éste se debe realizar cada ocho o veinticuatro semanas. Se realiza nuevamente la medición de la profundidad de sondaje y se podrá comparar la profundidad de sondaje actual con la anterior. Se ejecuta raspado y alisado donde fuese necesario, valoración de la presencia o ausencia de placa y sangrado. (Fuenmayor, 2009)

Una vez que los tejidos blandos se encuentran sanos, se puede seguir con el siguiente paso del plan de tratamiento del paciente; la rehabilitación del paciente, de sus dientes, el blanqueamiento, la estética etc.

2.3 BLANQUEAMIENTO DENTAL

En la actualidad muchos pacientes acuden al odontólogo para corregir la presencia de tinciones sobre todo en dientes anteriores. Las tinciones pueden ser de dos tipos: extrínsecas e intrínsecas. La etiología de las tinciones extrínsecas puede deberse a algunas causas tales como mala higiene bucal, restauraciones preexistentes, sangrado de las encías, presencia de biofilm, consumo de té, consumo de café así como también puede producirse por el consumo de tabaco. Mientras que las manchas intrínsecas se dan en dientes endodonciados, como consecuencia de trastornos hereditarios, ingesta de medicamentos como la tetraciclina, excesivo consumo de flúor, traumatismos, hipocalcificaciones, etc. Las

posibles soluciones para corregir las manchas de las superficies dentales son la microabrasión, la realización de carillas, el blanqueamiento dental y la microabrasión. (Roberson, 2007)

Según Lanata “las alteraciones de la coloración dental también deben considerarse mediante la realización previa de los tratamientos de blanqueamiento, para evitar así la necesidad de enmascarar decoloraciones muy acentuadas y posibilitar la utilización de materiales con mayor translucidez en el momento de elaborar las carillas o frentes estéticos definitivos”. (Lanata, 2008)

2.3.1 DEFINICIÓN

El blanqueamiento es el procedimiento mediante el cual al aplicar un agente químico se logra conseguir un cambio en el color del diente por medio de la oxidación de la pigmentación orgánica del diente, logrando una tonalidad más clara. (Roberson, 2007)

Según Roberson “La mayoría de técnicas de blanqueamiento utilizan alguna forma o derivado del peróxido de hidrógeno en diferentes concentraciones y técnicas de aplicación. Se considera que el mecanismo de acción del blanqueamiento de los dientes con peróxido de hidrógeno es la oxidación de los pigmentos orgánicos, aunque el proceso químico no se comprende en su totalidad.” (Roberson, 2007)

2.3.2 TÉCNICAS DE BLANQUEAMIENTO

Existen algunas técnicas de blanqueamiento:

- En dientes no vitales:
 - Técnica de blanqueamiento no vital, cuya aplicación por general se da en dientes que han sido endodonciados; en ésta se

coloca peróxido de hidrógeno líquido al 35% en la cámara pulpar y se acelera el proceso con un aparato calentador.

- Técnica de blanqueamiento ambulatorio, en este procedimiento se coloca perborato de sodio.

- En dientes vitales

- Técnica aplicada en el domicilio con prescripción del odontólogo. Éste se realiza mediante una férula. Se recomienda utilizar peróxido de carbamida al 10 o 15 %, siempre bajo la supervisión del odontólogo.
- Técnica de blanqueamiento vital en consulta: al realizar este tratamiento se requiere tener mucha atención con el paciente. Se debe colocar vaselina en labios y tejidos gingivales antes de realizar el tratamiento. El agente blanqueador es el peróxido de hidrógeno al 35%, y sus presentaciones son en gel o en pasta. Se coloca el agente sobre los dientes que se desea blanquear. “El empleo de una luz para generar calor puede acelerar la reacción de oxidación de peróxido de hidrogeno y acelera el efecto por medio de un efecto termocatalítico.” (Roberson, 2007)

Una vez que se han tomado en cuenta todos los parámetros estéticos necesarios, se puede realizar un tratamiento según las necesidades estéticas y las expectativas del paciente.

2.4 CARILLAS

“Orientándonos hacia una odontología preventiva y de tecnología adhesiva, es importante recordar el rol que cumple la estética y la conservación de las estructuras anatómicas naturales del elemento dentario. Para ello, las restauraciones en el sector anterior con materiales como las resinas compuestas fotopolimerizables, despertaron interés y gran demanda.” (Cuello, 2003)

“Durante mucho tiempo, para mejorar los aspectos estéticos, se realizaban restauraciones de coronas totales, que es un sistema más mutilante e invasivo, para el cual es necesario eliminar gran cantidad de tejido sano. A medida que ha ido transcurriendo el tiempo, diversos autores como Simonsen y Calamia, Hom, entre otros, trataron de solucionar este inconveniente, proponiendo distintas alternativas.” (Cuello, 2003)

Por lo tanto hoy en día existen alternativas como las carillas directas realizadas con resinas, siendo ésta opción, una menos invasiva que las coronas o las carillas indirectas. Logrando resolver las alteraciones que presentan las caras vestibulares de los dientes anteriores. (Cuello, 2003)

2.4.1 CONCEPTO

De acuerdo con Macchi, una carilla es un “bloque que se fija a la superficie vestibular de un diente anterior, fundamentalmente para mejorar sus aspectos estéticos. También se denominan “frentes estéticos” o con la palabra inglesa veneer (chapa o capa exterior).” (Macchi, 2000)

Mientras que según la definición de Roberson, “una carilla es una capa de material de color dental natural que se aplica a un diente para restaurar defectos localizados o intrínsecos.” (Roberson, 2007)

2.4.2 TIPOS

Las carillas pueden ser clasificadas de acuerdo al tipo de material:

- Resinas
- Porcelanas
- Cerómeros

O bien según el método:

- Resinas compuestas: directa, realizado a mano alzada; o indirecta, realizado en modelo.
- Porcelanas: indirecta (Cuello, Carillas directas con resinas compuestas: una alternativa en Operatoria Dental, 2003).

2.4.3 CEMENTACIÓN ADHESIVA

Gracias a la adhesión es posible realizar restauraciones que ayudaran a reforzar los dientes además de brindar mayor estética y funcionalidad. A pesar de las desventajas que pueden tener los materiales utilizados en la elaboración de carillas, la fortaleza que brinda la cementación adhesiva permite una unión entre diente y restauración de tal manera que éstos se fusionan logrando una retención y sellado adecuado además de un comportamiento mecánico integral. (Lanata, 2008)

2.4.4 INDICACIONES GENERALES

- Estético:
 - “Cambio en el color por fármacos como la tetraciclina.
 - Pigmentación por amalgama.
 - Fluorosis debido a un exceso en la ingesta de fluor durante el periodo de formación del diente. ” (Peña, 2003)
 - “Amelogénesis imperfecta.
 - Restauraciones múltiples.
 - Fracturas o discrepancias de tamaño.
 - Erosión.
 - Abrasión.
 - Caries extensas del esmalte.” (Viera, 1997)

- “Modificación de la forma o posición:
 - Dientes cónicos.
 - Dientes ectópicos.
 - Dientes con giroversión (o con mal posición).
 - Armonización de espacios.
 - Microdoncia” (Viera, 1997)
 - “Cierre de diastemas. El ensanchamiento del diente por medio de carillas permitirá el cierre de pequeños espacios interdentarios de un modo conservador.” (Peña, 2003)

- Funcionales:
 - Devolver guía anterior.
 - Devolver guía canina. (Peña, 2003)

2.4.4.1 CORRECCIÓN DE DIASTEMAS

Notablemente los diastemas en el sector anterior crean una desarmonía en la estética. Por lo general, los diastemas se encuentran en el maxilar superior en la parte anterior. Una de sus causas puede ser un frenillo labial destacado que evita la unión de los incisivos centrales. Otra de las causa puede ser la ausencia de dientes, microdoncia, dientes malformados, dientes supernumerarios, una lengua protrusiva o enfermedad periodontal.

2.4.5. CONTRAINDICACIONES GENERALES

- Si existiera una sobrecarga excesiva que pudiese provocar fractura debido al bruxismo. (Peña, 2003)
- Hábitos inadecuados.
- Higiene insuficiente.
- Índice de caries elevado. (Peña, 2003)

2.4.6 PROTOCOLO DE PREPARACIÓN

El desgaste que se realiza es mínimo, aproximadamente de 0.5 a 0.75 mm en la cara vestibular, reduciendo el grosor a nivel del margen gingival donde la preparación debe ser de 0.2 a 0.5 mm, según el grosor del esmalte del diente. Al momento de realizar el desgaste, se debe tener especial cuidado de obtener un contorneado apropiado sobre todo en el área gingival de tal manera que se pueda proporcionar una buena salud. (Lanata, 2008)

Si son varios los dientes a restaurar, las carillas deben ser elaboradas una a una. Una vez delimitados los contornos proximales se debe delimitar el contorno gingival, determinación de la cantidad de desgaste vestibular y el desgaste vestibular en sí, posterior a esto se realiza bordes incisales y finalmente alisado y pulido de márgenes. (Lanata, 2008)

En la delimitación proximal por lo general no se debe desgastar los puntos de contacto, sin embargo existen diseños actuales que incluyen los puntos de contacto y en algunas ocasiones el desgaste de toda la cara proximal. El contorno gingival debe ser realizado con una fresa diamantada de 1 milímetro de diámetro, generando que el desgaste sea a nivel del contorno gingival y tenga paralelismo con éste. (Lanata, 2008)

El tercer paso es determinar la cantidad de desgaste vestibular; en este paso se puede realizar hileras guías para lograr una reducción de esmalte controlada y así evitar desgastes innecesarios de los tejidos. Una vez realizadas las guías se realiza el desgaste propiamente dicho de la cara vestibular. (Lanata, 2008)

En cuanto al desgaste incisal, es preferible no reducir su altura pero realizar una pequeña reducción y redondear el ángulo inciso vestibular, tomando en cuenta que la carilla debe tener soporte. Finalmente el último paso para la preparación es el alisado y refinamiento de los márgenes, esto se puede realizar con instrumentos manuales o rotatorios. (Lanata, 2008)

2.5 CARILLAS DE RESINAS

Durante los últimos años la alternativa para corregir problemas estéticos en el sector anterior por lo general era realizar coronas totales, una opción que requería un gran desgaste de tejido dental sano. Al ser este sistema bastante invasivo, algunos clínicos han optado por encontrar otras alternativas que supongan un menor desgaste del diente. (Cuello, Carillas directas con resinas compuestas: una alternativa en Operatoria Dental, 2003)

Las carillas directas de resina evitan el desgaste excesivo del tejido dentario razón por la cual hoy en día se ha convertido en una excelente alternativa para el paciente.

“Las resinas compuestas de uso directo se han constituido en una opción muy conservadora y económica, no solo para restituir las estructuras dentarias deterioradas o perdidas, sino también para realzar la apariencia de la dentición; al mismo tiempo de preservar la estructura dental” (Henostroza, 2006)

2.5.1 CARILLAS DIRECTAS DE RESINA

Para poder realizar las carillas directas de resina se debe hacer primero una limpieza de los dientes a tratar y después la selección del color, la cual se realiza una vez que se haya concluido con el blanqueamiento en caso de que éste haya sido necesario. (Henostroza, 2006)

2.5.1.1 COMPOSICIÓN

Las resinas están compuestas básicamente por cuatro elementos: una parte orgánica, una inorgánica, agentes de acoplamiento y agentes iniciadores. (Lanata, 2008)

La matriz o parte orgánica, está formada por monómeros, y es la parte reactiva del sistema, es decir la parte que una vez que se realiza la

fotopolimerización, endurece y provoca contracción de la resina en su volumen. (Lanata, 2008)

La parte inorgánica de las resinas, son partículas de distintos tamaños cuyo origen puede ser el cuarzo, vidrio, silicio o sílice. Estas partículas mejoran las propiedades físicas y mecánicas, aumentan la elasticidad y resistencia al desgaste, además de que ayudan a disminuir la contracción volumétrica de la polimerización y a mejorar las propiedades ópticas. Las partículas adquieren el nombre según el tamaño que comprenden, las más grandes son macroparticulados (1 a 5 μm), luego están microparticulados (0.1 a 0.04 μm), las híbridas (0.1 a 0.04 μm) y por último nanométricos (5 a 75 nm). (Lanata, 2008)

Las resinas de macropartículas presentan mayor dificultad en el momento de pulir, además de retener mayor cantidad de biofilm en su superficie. Para solucionar este inconveniente, se desarrollan partículas de menor tamaño, o submicrométricas. El tamaño de estas partículas permite que el pulido sea más fácil de realizar, sin embargo estas partículas tienen mayor contracción de polimerización, mayor absorción de agua y bajo módulo de elasticidad. Este tipo de resinas pueden ser utilizadas en restauraciones de clases 3 y 5. (Lanata, 2008)

Los híbridos van a combinar las ventajas de las partículas grandes con las ventajas de las micropartículas. Por lo tanto tienen alta resistencia mecánica, mayor flexibilidad y son también fáciles de pulir. Este tipo de resina está indicada para el sector anterior y posterior.

Por último las nanoparticuladas son resinas cuyas partículas oscilan entre 5 a 75 nanómetros. Para poder hablar de una nanotecnología en resinas, éstas deben tener ciertas características: por lo menos una de las dimensiones debe estar dentro del intervalo de 0.1 a 100, debido a su tamaño debe crear nuevas propiedades y “debe tener la habilidad de controlar y manipular

materiales en las escalas molecular y atómica.” (Lanata, 2008). Éstas están indicadas para el sector anterior y posterior. El pulido se puede realizar fácilmente. (Lanata, 2008)

La resina que se puede utilizar cuando hablamos de restauraciones en el sector anterior, es la nanoparticulada o la microhíbrida. Es decir, si hay la necesidad de realizar una carilla, estos dos tipos de resina pueden ser útiles para una carilla directa de composite. (Lanata, 2008)

2.5.1.2 PREPARACION

Existen controversias al momento de realizar una carilla de resina, algunos clínicos optan por no realizar ningún desgaste sobre la superficie vestibular de los dientes e inmediatamente realizar el grabado ácido, de esta manera si el paciente no queda satisfecho con la preparación, se puede retirar la restauración. Sin embargo este tipo de preparación tiene una apariencia menos natural y estética que cuando se realiza un desgaste, además que este tipo de preparaciones pueden tener tendencia a inflammar el tejido gingival, además de que puede tener mayor tendencia a desprenderse. Además resultaría difícil, en caso de que el paciente lo pidiera, retirar solamente la resina sin provocar daño al tejido dental. (Roberson, 2007)

De acuerdo con Roberson “para conseguir unos resultados estéticos y fisiológicamente sanos, suele estar indicada una preparación intraadamantina.” (Roberson, 2007) Con la excepción de ciertos casos donde el esmalte puede estar desgastado por abrasión o por erosión. En este tipo de situaciones, se debe poner áspero al tejido adamantino para poder tener espacio suficiente para la colocación de la resina y lograr una mejor estética evitando un hipercontorneado de la carilla. Además de esta manera obtenemos una superficie rugosa que puede lograr mayor adhesión. El acabado del margen gingival debe ser subgingival siempre y cuando el

defecto o la coloración no se extiendan subgingivalmente, pues es en esos casos se debe extender subgingivalmente la preparación. (Roberson, 2007)

Un vez que se ha realizado el correcto desgaste del tejido duro, se procede a realizar las restauraciones en cada diente. El órgano dental debe ser grabado con un ácido, enjuagado, secado y posteriormente se coloca y fotopolimeriza un adhesivo de resina. A continuación se debe tomar una porción de resina y colocar en la superficie del diente; desde el margen gingival hasta el borde incisal y se contornea el material dándole forma y volumen al diente.

2.5.1.3 SELECCIÓN DE COLOR

Cuando existen tinciones en los dientes se puede tomar de referencia los dientes posteriores. Pero si se ha realizado un blanqueamiento previo en el resto de dientes, se toma el color final del blanqueamiento. (Roberson, 2007)

2.5.1.4 VENTAJAS

- Si las carillas se pigmentan éstas pueden ser reconstruidas con el mismo material.
- En caso de fractura puede reconstruirse con el mismo composite.
- Se realizan en una sola cita, por lo tanto el tiempo operatorio es más corto para el odontólogo y menos pesado para el paciente.
- Son más económicas.

2.5.1.5 DESVENTAJAS

- Se pigmentan más fácil que las carillas de porcelana.
- No se pueden utilizar en dientes demasiado oscuros.
- Su estética y resultado dependen de la habilidad del odontólogo tratante.

2.5.1.6 CARILLAS COMPONEER

Las carillas Componeer “son carillas prefabricadas y polimerizadas de resina nanohíbrida, que combinan las ventajas de sus características de relleno inorgánico, incorporados a las carillas prefabricadas. Además, tiene una tecnología de pulido externo, que le da una apariencia muy estética, sobre todo de pulido.” (Cedillo, 2012)

Este tipo de carillas fabricadas por el laboratorio Coltene, se diseñan con diferentes moldes de tamaños distintos de tal manera que se puedan ajustar a los dientes anteriores. Gracias al grosor de 0,3 milímetros de la carilla, el diente se desgasta mínimamente. Además, estas carillas pueden ser ajustadas al margen gingival de cada paciente mediante el desgaste de las mismas, lo que no podría realizarse si fueran de porcelana.

2.5.1.6.1 VENTAJAS DE LAS CARILLAS COMPONEER

- Pueden probarse encima del diente: se las coloca sobre el diente para ver el posible resultado. (Carillas Dentales WEB)
- No son dependientes de la destreza del clínico: la parte creativa y la habilidad del dentista son mínimas porque estas carillas son prediseñadas, el odontólogo solamente tendrá que darle el acabado final. (Carillas Dentales WEB)
- No requieren un desgaste invasivo del esmalte: al realizar carillas de porcelana el desgaste del diente debe ser mayor, mientras que con las carillas Componeer el diente no requiere ser tallado o es desgastado su espesor en una cantidad mínima (0,1 a 0,2 milímetros). (Carillas Dentales WEB)
- Pueden ser reducidas y adaptadas en ciertas zonas si es necesario: las carillas de porcelana por otro lado, una vez que han sido

confeccionadas por el laboratorio, no deben ser desgastadas. (Carillas Dentales WEB)

- Rapidez y sencillez: el método es mucho más rápido puesto que no hay que tallar o tomar medidas previas. No hay que ir moldeando y dando forma a la resina, lo que ahorra tiempo al odontólogo. Estas carillas se colocan, fotopolimerizan y liman para el acabado final. (Carillas Dentales WEB)
- Sensibilidad y dolor ausentes: puesto que el tallado es casi nulo, no habrá sensibilidad dental ni dolor. (Carillas Dentales WEB)
- Bajo costo: el tratamiento es más económico que el resto de carillas. (Carillas Dentales WEB)

2.5.1.6.2 DESVENTAJAS

- Menor durabilidad que las carillas de porcelana o cerámico.
- Posible pigmentación si no hay higiene adecuada.
- Posibilidad de fractura a futuro.

2.5.1.6.3 PROTOCOLO

Se selecciona la carilla que se va usar según la forma y el tamaño que más convenga en el paciente. Se prepara al diente o dientes, realizando un desgaste mínimo. Una vez que los dientes ya están listos se hace una prueba definitiva. Se preparan las carillas Componeer, se tallan para dar un mayor ajuste al diente y se fijan en las caras vestibulares. Por último se realiza el limado final para darle un óptimo acabado. (Carillas Dentales WEB)

2.5.2 CARILLAS DE PORCELANA

“Las carillas de porcelana se pueden definir como un alamina relativamente fina de cerámica que se adhiere a la superficie vestibular de los dientes anteriores mediante resina compuesta y cuya única finalidad es la estética.”
(de Rábago, 2005)

2.5.2.1 VENTAJAS

- Alta fuerza de unión.
- Bastante estética.
- Mayor duración.
- Menor tendencia a pigmentación.
- Compatibilidad periodontal (Roberson, 2007).

2.5.2.2 DESVENTAJAS

- Mayor tiempo operatorio.
- Si se fractura no se puede reparar, hay que retirar toda la carilla.
- Se requiere más de una cita.
- Mayor costo.

2.5.3 CARILLAS DE CERÓMERO

Las carillas de resina pueden ser elaboradas en laboratorio de tal manera que adquieren otras características. Se utiliza luz intensa, presión, calor y otros factores que hacen que los composites adquieran otras propiedades. Estas toman el nombre de carillas de cerómero. Debido a su estructura similar a la de una resina de consultorio, las carillas de cerómero se adhieren al diente mediante un cemento de resina líquida. (Roberson, 2007) “Se forma una unión química entre el adhesivo y el cemento de resina y, en menor medida entre el cemento de resina y la carilla de composite procesado.” (Roberson, 2007)

Debido al mayor grado de polimerización que adquiere la resina en el laboratorio, la unión al cemento de resina es menor, razón por la cual se requiere hacer un grabado ácido o acondicionamiento de la superficie con ácido fluorhídrico posterior al arenamiento de la superficie interna de la restauración. (Roberson, 2007)

2.5.3.1 VENTAJAS

- Facilidad de colocación mayor a la de las carillas de cerómero.
- Costo moderado

2.5.3.2 DESVENTAJAS

- “Las carillas indirectas fabricadas de composites procesados limitan la fuerza de adherencia por el menor potencial de forma una unión química con el medio de adherencia.” (Roberson, 2007)
- Para lograr mayor retención se necesitan propiedades micromecánicas adicionales. (Roberson, 2007)
- Requiere más de una cita

2.6 DIMENSION VERTICAL

La dimensión vertical se puede definir como la distancia entre maxilar superior y la mandíbula cuando se finalizado el crecimiento y existe una relación entre las cúspides vestibulares de los dientes mandibulares posteriores y las cúspides palatinas de los dientes maxilares posteriores cuando los dientes están en contacto. (Naranjo, 2013)

Está determinada por “la longitud de las fibras de los músculos agonistas de la apertura y del cierre mandibular. Los músculos, mucosas y articulaciones constantemente envían información de mecanocepción y propiocepción hacia los centros reguladores centrales que permiten lograr una posición promedio y variable a través de mecanismos automáticos miotáticos.” (Ramirez, 2013)

La dimensión vertical en oclusión se refiere a “la posición vertical de la mandíbula respecto al maxilar superior, cuando los dientes se encuentran en máxima intercuspidación (oclusión habitual), en su posición más cerrada.” (Naranjo, 2013) . Lograr una dimensión vertical en oclusión es preciso para

poder alcanzar un tratamiento exitoso ya que va a tener un gran peso en la estética del paciente así también como en el funcionamiento armónico del sistema neuromuscular. (Quiroga, 2012)

Por lo tanto es indispensable recuperar la dimensión vertical cuando se va a rehabilitar a un paciente, y sabiendo que los dientes del sector posterior son aquellos que detienen el cierre de la mandíbula y mantienen la dimensión vertical, se debe dar a los mismos la altura necesaria para recuperar la dimensión vertical en caso de que ésta haya sido perdida, mediante coronas o resinas en la cara oclusal. (Naranjo, 2013)

2.7 CORONAS

El uso de coronas permite sustituir la estructura dental. Hoy en día las coronas son una solución segura cuando se ha perdido una cantidad importante de tejido por diferentes causas.

Una corona es “la construcción protésica cuyo objetivo consiste en cubrir un elemento dentario que tiene la raíz en el interior del hueso sano, mientras que una parte del exterior se encuentra considerablemente destruida por patologías como las caries” (JHONSON, 2015)

2.7.1 PREPARACIÓN

La preparación debe tener como fin dar suficiente retención y resistencia. La longitud de la preparación dependerá de la cantidad de tejido remanente. La preparación debe tener ángulos redondeados sin zonas agudas que puedan provocar una fractura.

En cuanto al margen se recomienda utilizar línea de terminación en chamfer o chaflán. Lo importante es que la terminación tenga un espesor suficiente sin que cause daño al tejido pulpar. En dientes del sector anterior de la mandíbula se pueden realizar márgenes entre 0,5 a 0,8 milímetros. En dientes posteriores su espesor va desde 0.8 a 1 milímetro en todas sus

caras. Siempre recordando evitar ángulos agudos. En las regiones interproximales la preparación debe seguir la forma de la papila evitando siempre invadir el espacio biológico.

Las paredes de la preparación deben siempre ser paralelas, caso contrario la resistencia de la preparación se reduce y las coronas pueden ser desalojadas.

2.7.2 IMPRESIONES Y REGISTROS

Una vez que se ha realizado la correcta preparación, se debe realizar una correcta impresión y registro del tallado para poder ser enviado al laboratorio. Las impresiones deben ser realizadas con siliconas de adición, debido a su estabilidad estas pueden ser vaciadas más de una vez. (Roberson, 2007). Las impresiones “se toman con doble mezcla en un tiempo por la facilidad de acceso a todos los márgenes que generalmente tienen este tipo de restauraciones.” (Roberson, 2007)

2.7.3 PROVISIONALES

La elaboración de provisionales es fundamental para poder conservar íntegro el tallado además de permitir que el diente no pierda su función en la arcada. “Los provisorios de acrílico realizados directamente en la boca mediante la técnica de la impresión previa al tallado dental, u obtenidos con anterioridad a las preparaciones dentales en el laboratorio sobre un modelo de estudio, son alternativas posibles y pueden mejorarse estéticamente en superficie.” (Roberson, 2007)

CAPÍTULO III PRESENTACION DEL CASO CLÍNICO

3.1 HISTORIA CLÍNICA

Mediante la historia clínica se podrá describir toda la información del paciente necesario para realizar el tratamiento. Dentro de este documento debe constar el motivo de consulta, la enfermedad o problema actual, examen clínico, diagnóstico y plan de tratamiento, junto con la presentación a detalle del caso clínico.

3.1.1 DATOS GENERALES

- Nombre: NN.
- Edad: 61 años.
- Sexo: masculino.
- Estado civil: casado.
- Ocupación: Ingeniero Forestal.
- Procedencia: Quito- Ecuador.
- Residencia: Quito, Pinar Alto.

3.1.2 MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de sexo masculino de 61 años, acude a la Clínica Odontológica de la Universidad Internacional del Ecuador en octubre del año 2013. Su motivo de consulta es “realizarme un chequeo general de mi boca”.

3.1.3 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

El paciente presenta enfermedad periodontal crónica generalizada asociada a mala higiene y consumo de tabaco. Presenta además múltiples caries, desgaste de los bordes incisales, abrasión en caras palatinas, linguales y vestibulares.

3.1.4 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

El paciente refiere como antecedente personal haber padecido de Linfoma no Hodking, e hipertensión; ambos actualmente controlados. En cuanto a antecedentes familiares:

- Abuela materna diabética.
- Abuelo materno fallece por infarto al corazón.
- Padre fallece por derrame cerebral.
- Madre fallece por infarto al corazón.
- Padre y madre presentaban hipertensión.

3.1.5 ESTADO ACTUAL

Paciente presenta actualmente alto índice de caries, enfermedad periodontal moderada, prótesis fijas, xerostomía, erosión sobre todo en dientes anteriores.

3.1.6 SIGNOS VITALES

Presión arterial	Frecuencia cardiaca	Temperatura	Frecuencia respiratoria
130/90	68 latidos por minuto	36.5° C	16 respiraciones por minuto

3.1.7 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

3.1.7.1 EXAMEN CLÍNICO EXTRAORAL

Al examen extraoral observamos un paciente braquicefálico sin asimetrías faciales. (Ver Fig. 1)



Figura 1. Examen clínico extraoral. (a) fotografía frontal. Fuente y elaborador: Ana Belén Quirola T.

Además se realiza un análisis de los tercios faciales donde se puede concretar una disminución en el tercio inferior. (Ver Fig. 2)

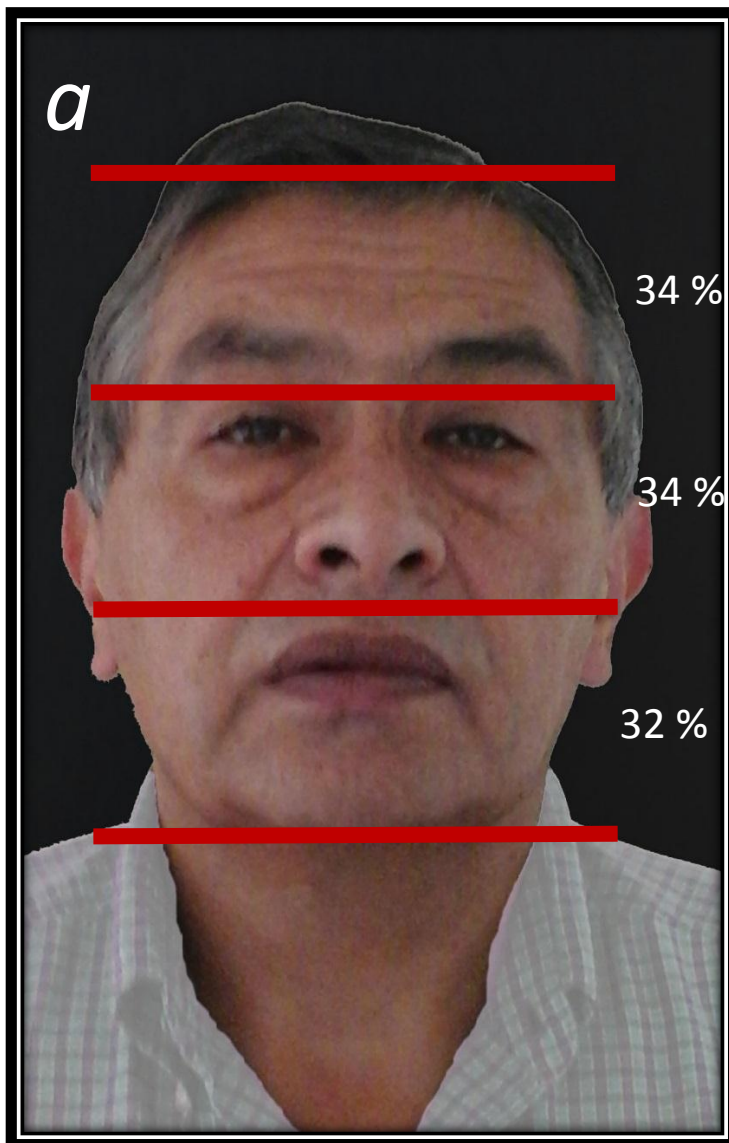


Figura 2. Examen clínico extraoral. (a) fotografía frontal, análisis tercios.
Fuente y elaborador: Ana Belén Quirola T.

3.1.7.2 EXAMEN INTRAORAL

Tras realizar un examen meticuloso tanto de los tejidos duros como de los tejidos blandos de la cavidad bucal, observamos que el paciente presenta

lengua geográfica, ausencia de amígdalas, cuatro torus mandibulares por lingual en la zona de los incisivos. Con respecto al maxilar superior, observamos caries en los dientes 1.1, 2.1, 1.6 y 2.7. Presencia de diastemas en la zona anterior. Atrición en los dientes 1.1, 1.2, 2.1, 2.1. Prótesis fija en los dientes 1.3, a 1.5, amalgama en el diente 2.6 e inflamación de las encías. Con respecto a la mandíbula, encontramos de igual manera dientes cariados 3.6, 3.7, prótesis fija en los dientes 3.3 a 3.5, restauración en el diente 4.6 e inflamación gingival. (Ver Fig. 3 a y b)

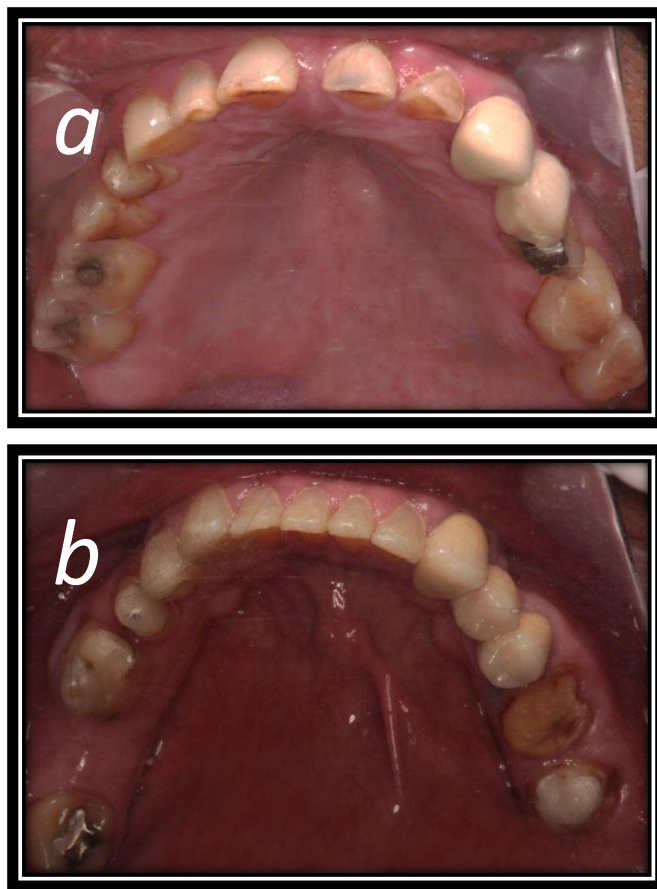


Figura 3. Examen clínico intraoral. (a) fotografía oclusal superior. (b) fotografía oclusal inferior. Fuente y elaborador: Ana Belén Quirola T.

Además observamos la mordida del paciente de clase II división 1, donde los incisivos superiores se encuentran protruidos. (Ver Fig. 4 a, b y c)



Figura 4. Examen clínico intraoral. (a) Fotografía mordida lado derecho. (b) Fotografía mordida lado izquierdo. (c) Fotografía vista frontal. Fuente y elaborador: Ana Belén Quirola T.

3.1.7.3 ODONTOGRAMA

A continuación el odontograma nos indica: en el maxilar superior la ausencia de los dientes 1.4, 2.8 y 1.8; caries en los dientes 1.6, 1.1, 2.1, 2.7, restauración de amalgama por oclusal en el diente 2.7. Prótesis fija en los dientes 1.3 a 1.5. En el maxilar inferior observamos ausencia de los dientes 3.4, 4.6, 3.8. Prótesis fija en los dientes 3.3 a 3.5, facetas de desgaste de los dientes 3.2, 3.1, 4.1, 4.2, 4.3. Caries en los dientes 3.6 y 3.7. (Ver Fig. 5)

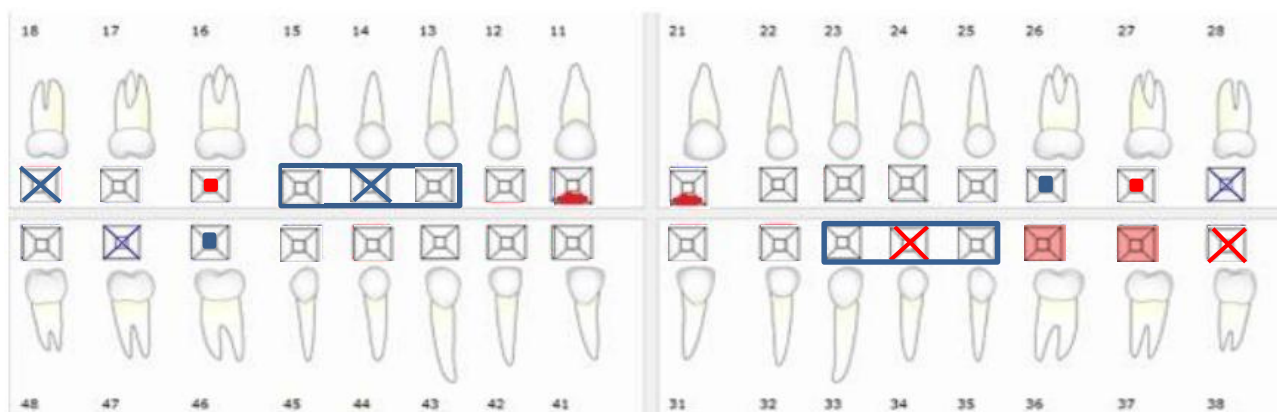


Figura 5. Odontograma. Fuente y elaborador: Ana Belén Quirola T.

3.1.7.4 INDICADORES DE SALUD BUCAL

Mediante el uso de revelador de biofilm podemos constatar un promedio de 2.5 en cuanto a biofilm, 1.16 en presencia de cálculo, y 1 en gingivitis. (Ver tabla 1)

Diente	Placa	Cálculo	Gingivitis
16	2	2	1
11	3	1	1
26	2	0	1
36	3	1	1
41	3	2	1
46	2	1	1
Totales	2.5	1.1	1

Tabla 1

Tabla 1. Indicadores de salud bucal, higiene oral simplificada. Fuente y elaborador: Ana Belén Quirola T.

El paciente presenta un CPOD de 11 (Ver tabla 2)

INDICE CPO				
	C	P	O	Total
D	6	3	2	11

Tabla 2

Tabla 2. Indicadores de salud bucal, higiene oral simplificada. Fuente y elaborador: Ana Belén Quirola T.

3.1.8 EXÁMENES

Para el examen radiográfico se ordenó una radiografía panorámica donde se pudo observar las estructuras óseas uniformes, ausencia de los dientes anteriormente mencionados, senos maxilares normales. (Ver Fig. 6)

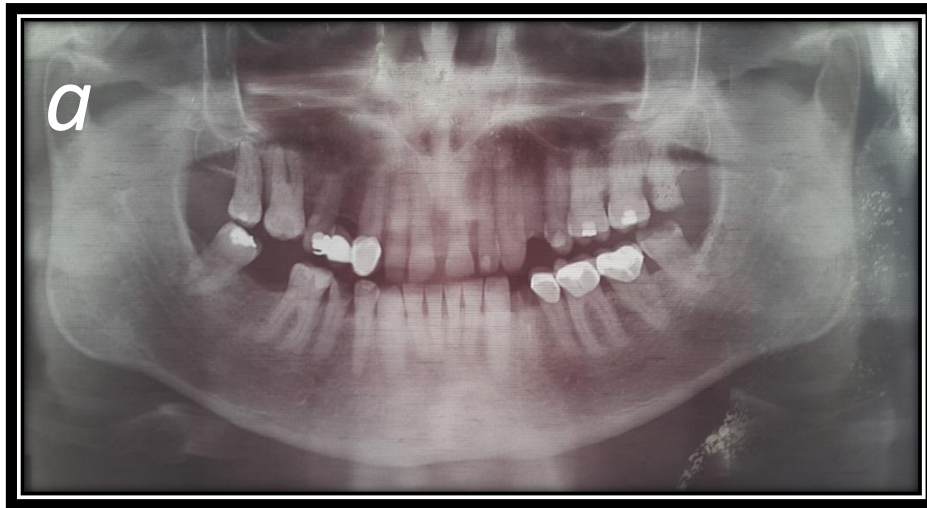


Figura 6. (a) Examen radiográfico. Radiografía panorámica. Fuente y elaborador: Ana Belén Quirola T.

3.2 DIAGNÓSTICO

Tras haber realizado una historia clínica minuciosa se llega al siguiente diagnóstico: paciente masculino de 61 años presenta periodontitis crónica generalizada asociada a mala higiene oral y consumo de tabaco; edentulismo parcial, mordida clase II modificación 1, alteración de la dimensión vertical, facetas de desgaste en el sector anterior en los dientes 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 3.1, 3.2, 4.1, 4.2, 4.3, caries en los dientes 1.6, 1.1, 2.1, 2.7, 3.7, 3.7. Diastemas en el maxilar superior en el sector anterior.

3.3 PRONÓSTICO

El pronóstico del paciente es favorable, ya que después de haber realizado los raspados y el tratamiento en sí, ha mejorado el paciente notablemente

sus hábitos de limpieza y cuidado bucal, sin embargo el pronóstico se verá afectado si el paciente no deja de fumar.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Se refiere al consentimiento informado del paciente junto con la explicación del tratamiento que se va a llevar a cabo incluyendo sus beneficios, riesgos y posibles complicaciones. (Ver Anexo 7) Además el paciente debe estar informado previamente acerca de la publicación de la fotografías del caso clínico; todo esto detallado en la historia clínica. (Ver Anexos 1. 2. 3. 4. 5. 6, 8 y 9) Además encontramos los protocolos de los diferentes procedimientos realizados. (Ver Anexos 10,11, 12, 13 y 14)

3.5 PLAN DE TRATAMIENTO

De acuerdo con las necesidades del paciente se plantea un plan de tratamiento cuyo fin sea devolver la funcionalidad y estética al paciente. A continuación describiremos en detalle:

Como plan de tratamiento se sugirió al paciente realizar en primer lugar un tratamiento periodontal con el fin de lograr salud gingival. El tratamiento periodontal consiste en realizar raspado y alisado radicular. Una vez realizados los raspados y alisado radiculares se puede proceder con los siguientes pasos siempre y cuando los tejidos blandos estén desinflamados y cicatrizados. Realizar blanqueamiento dental en los dientes anteriores superiores e inferiores. Tomar impresiones diagnósticas para montar en el articulador y poder saber la altura que se debe recuperar en el sector posterior mediante un encerado diagnóstico. Realizar tallado de dientes 36, 37, 45 y 24, para colocar coronas de metal porcelana con la altura necesaria para recuperar la dimensión vertical. En los dientes 16 y 27 realizar incrustaciones. En los dientes 32, 31, 41, 42 y 43 realizar resinas en los bordes incisales facetados. Por último realizar carillas de resina directa mediante el sistema Componeer en los cuatro incisivos superiores.

3.6 DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS EJECUTADOS

Previo a la realización de las carillas estéticas Componeer en el sector anterior, se inició con tratamientos periodontales, blanqueamiento y rehabilitación en el sector posterior.

3.6.1 TRATAMIENTO PERIODONTAL

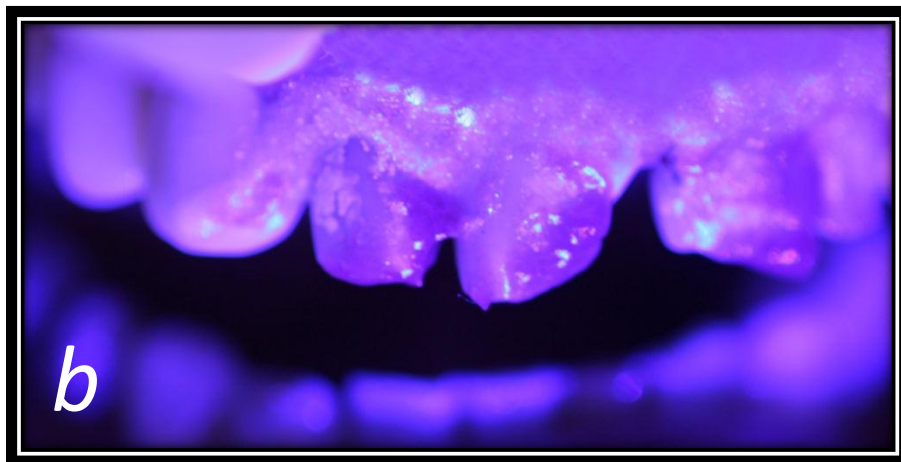
El tratamiento periodontal fue la primera parte del tratamiento, dado que se debía tratar primero los tejidos blandos que se encontraban inflamados. Es de suma importancia tener un medio bucal sano para poder proceder con el resto de procedimientos.

En primer lugar se llenó el registro periodontal simplificado (PSR). Para poder llenar este registro se utilizó una sonda periodontal recta (CP15) y diente por diente se ejecutó el sondaje periodontal. Posterior a este se completó el índice de placa O'leary el cual nos indica el porcentaje de superficies teñidas por el revelador de biofilm. Éste se realiza mediante la aplicación de revelador de biofilm en todas las superficies de los dientes y se señala con un punto las caras que estén teñidas, luego se multiplican las superficies teñidas por cien y se divide para el número total de superficies presentes. Según éste podemos evaluar la higiene (Ver Anexo 8). Si las superficies teñidas son 12% o menos, se considera una higiene aceptable, si está entre los valores 13 a 23.9% se considera cuestionable y a partir de 24% consideramos una higiene deficiente. Sabiendo que el paciente cuenta con una higiene deficiente y con una valoración de 2 y 3 en todos los dientes en el PSR, se procede a realizar el periodontograma completo. (Ver Anexo 9)

El procedimiento fue realizado mediante el uso de curetas de Gracey. Se raspo los sectores donde habían bolsas periodontales y se eliminó el cálculo supra y subgingival con la ayuda del ultrasonido.

3.7 BLANQUEAMIENTO DENTAL

El siguiente paso fue realizar el blanqueamiento de los dientes anteriores. Para el procedimiento se utilizó peróxido de hidrógeno al 40%. El kit incluía un protector gingival en jeringa, y el blanqueador. Se realiza aislamiento relativo de los dientes y se coloca vaselina en los labios. En segundo lugar se coloca el protector gingival en la zona cervical en las encías de los dientes que van a ser sometidos al clareamiento. Luego se fotopolimeriza el protector gingival y posterior a esto se coloca el peróxido de hidrógeno en las caras vestibulares. Una vez colocado el blanqueador se procede a colocar una lámpara de luz alógena para acelerar la reacción de oxidación. (Ver Fig. 7 a, b, c)



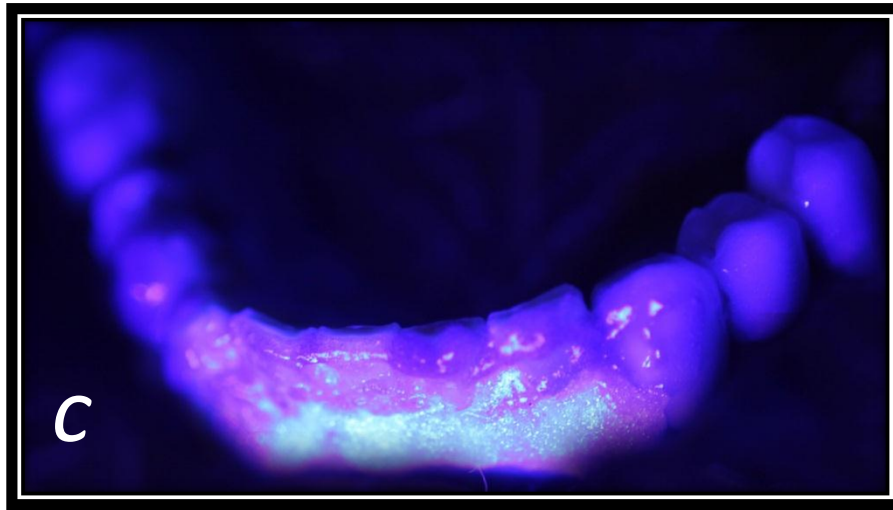


Figura 7. (a) Colocación del protector gingival y peróxido de hidrógeno (b) Colocación de luz alógena en dientes superiores. (c) Colocación de luz alógena en dientes inferiores. Fuente y elaborador: Ana Belén Quirola T.

3.8 DESARROLLO DE REHABILITACIÓN ORAL

A continuación se procederá a describir paso por paso el desarrollo la rehabilitación oral y estética. Éste incluye la elaboración de coronas de metal porcelana, incrustaciones de cerámico y finalmente elaboración de carillas directas de resina del sistema Componeer, tomando en cuenta la dimensión vertical del paciente.

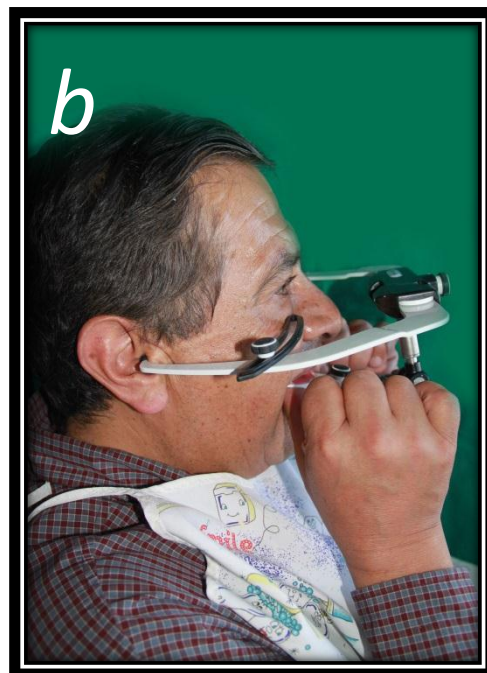
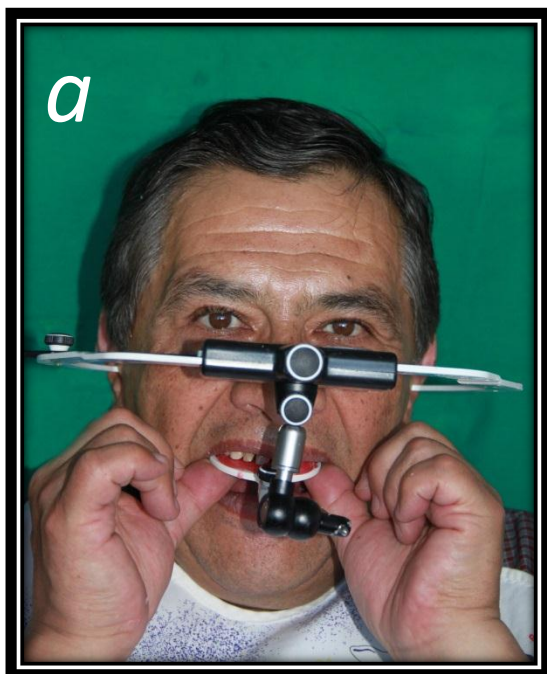
3.8.1 TOMA DE MODELOS DE ESTUDIO Y FIJADO EN ARTICULADOR

Se debe realizar la toma de impresiones diagnósticas para obtener los modelos de estudio. Para la toma de impresiones se usó alginato, cubetas rígidas de metal. Se seleccionó una cubeta talla médium, tanto para la arcada superior como para la arcada inferior. Se realizó una dosificación del alginato y se lo mezcló con la cantidad adecuada de agua; una vez que la mezcla está homogénea se coloca en la cubeta y se lleva a la boca del paciente haciendo una separación entre el carrillo y los dientes. Se deja la cubeta en boca hasta observar que el material gelifique. El paciente debe estar sentado para dicho procedimiento. Luego, con suavidad, se retira la cubeta de la boca, teniendo en cuenta que las estructuras hayan sido copiadas correctamente. Primero se realizó la impresión de las estructuras anatómicas del maxilar superior, y luego del maxilar inferior. Para la toma de impresión inferior se pide al paciente que levante la lengua.

Una vez que se obtiene el registro de las estructuras de la boca mediante la cubeta, se debe vaciar con yeso para obtener los modelos de estudio. El siguiente paso es montar los modelos en el articulador para poder obtener la relación entre el maxilar y la mandíbula. El montaje es de suma importancia ya que mediante éste podemos diagnosticar cuántos milímetros se debe subir la mordida para recuperar la dimensión vertical perdida.

Para el montaje se debe hacer un registro con el arco facial. Para dicho procedimiento se utiliza el arco facial con la horquilla incorporada. En la horquilla se coloca godiva caliente para poder hacer registro de la mordida del paciente. Se coloca el nasion en el puente nasal. Se coloca la horquilla con la godiva hacia las caras oclusales de los dientes superiores y se pide al paciente que cierre la boca hasta poder obtener el registro de la mordida sobre la godiva. Luego con la ayuda del paciente se coloca el dispositivo para conducto auditivo externo en los oídos. Se ajustan los tornillos, el nasion y la parte superior del arco facial. Una vez que registramos la medida

de la distancia intercondilar, se desajustan los tornillos y se retira el arco facial. (Ver Fig. 8 a, b, c)



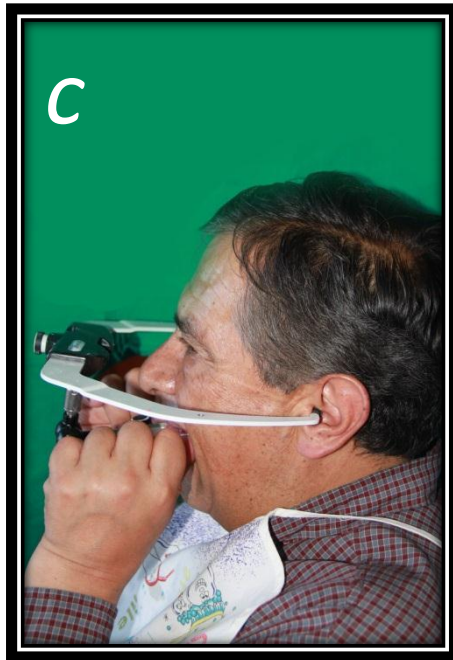


Figura 8. (a) Fotografía frontal del paciente con el arco facial (b) Fotografía lateral derecha con el arco facial (c) Fotografía lateral izquierda con el arco fácil. Fuente y elaborador: Ana Belén Quirola T.

A continuación se toma un registro de mordida en cera rosada que servirá posteriormente para fijar el modelo inferior en el articulador con respecto al superior. Se coloca el arco facial en el articulador y usando de referencia la horquilla y la mordida en godiva se fija el modelo superior; luego se coloca la mordida en cera y se fija el modelo inferior colocando anteriormente el vástago en cero. (Ver Fig. 9 a, b, c, d)

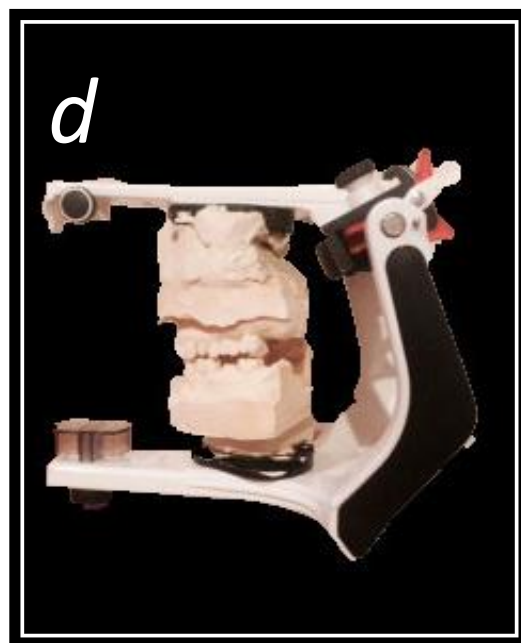
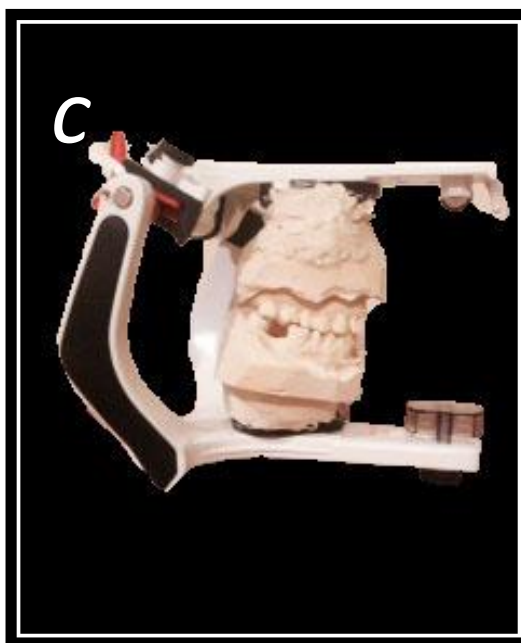
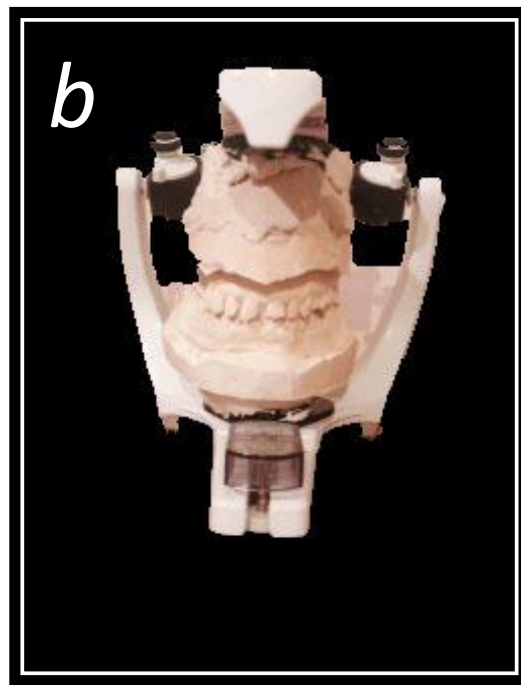
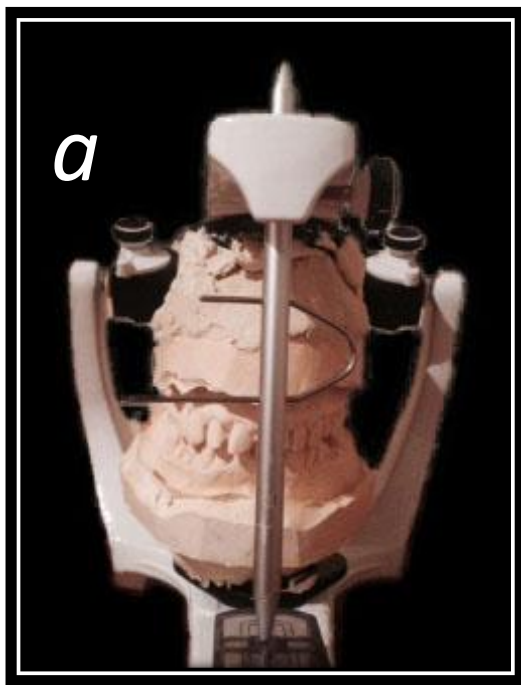


Figura 9. (a) Fotografía frontal de los modelos montados en articulador con el vástago. (b) Fotografía frontal de los modelos montados en articulador. (c) Fotografía lateral derecha de los modelos montados en articulador. (d) Fotografía lateral izquierda de los modelos montados en articulador. Fuente y elaborador: Ana Belén Quirola T.

3.8.2 ENCERADO DIAGNÓSTICO

Una vez que se tiene los modelos montados en el articulador se realiza un encerado diagnóstico donde se enceran la cúspides de tal manera que las coronas a realizar tengan la altura necesaria para devolver la dimensión vertical. En este caso, se toma en cuenta 2 mm de dimensión vertical aumentada al momento de realizar el encerado. El encerado diagnóstico es esencial si queremos presenciar un resultado tridimensional de lo que se busca obtener con el tratamiento. Por medio de éste se puede explicar al paciente lo que se busca conseguir por medio del plan de tratamiento. (Ver Fig. 10 a, b, c, d, e, f)

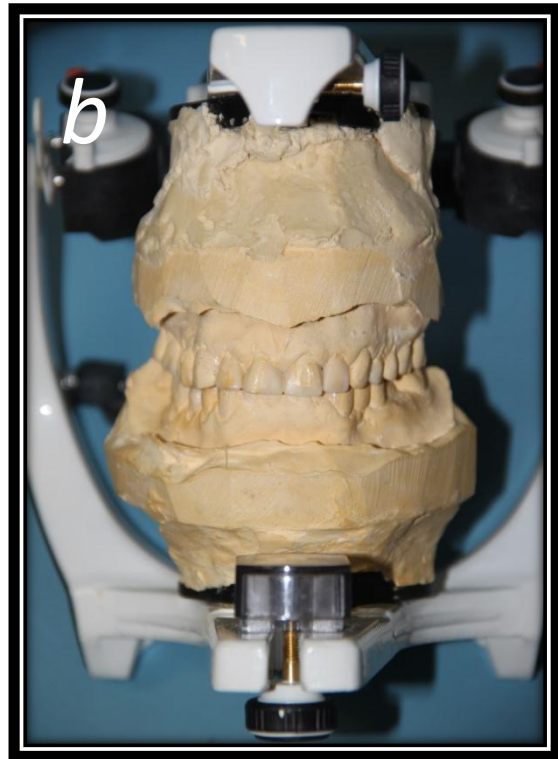




Figura 10. (a) y (b) Modelos encerados vista anterior. (c) Modelos encerados vista lateral derecha. (d) Modelos encerados vista lateral izquierda. (e) Modelo superior encerado vista oclusal. (f) Modelo inferior encerado vista oclusal. Fuente y elaborador: Ana Belén Quirola T.

3.8.4 TALLADO PARA CORONAS E INCRUSTACIONES Y

ELABORACIÓN DE PROVISIONALES

Se procede a realizar los tallados para elaborar coronas metal porcelana en los dientes 3.7, 3.6, 4.5, 2.4, y se realiza el desgaste del tejido dental para elaborar incrustaciones de cerómero en los dientes 2.7 y 1.6. Se toma impresión de los dientes y se manda al laboratorio.

Para elaborar los provisionales se utiliza los modelos de cera. Se toma una impresión con pasta de condensación. Y de esta manera se obtiene una matriz que será usada para realizar los provisionales.

El primer paso para realizar los provisionales es aislar los dientes que han sido tallados con vaselina, en este caso los provisionales se realizaron con acrílico. Por lo que se mezcla el acrílico y cuando está en fase elástica se lo coloca en la matriz y se lleva a la boca. Se retira una vez que el acrílico alcanza el estado plástico. Una vez fuera de boca se realiza el pulido para eliminar excesos e imperfecciones. Luego de obtener el provisional pulido se lo cementa provisionalmente. (Ver Fig. 11 a, b, c, d,)





Figura 11. (a) Dientes 3.6 y 3.7 tallados. (b) Diente 4.5 tallado. (c) Impresión con pasta de condensación para elaborar matriz. (d) Provisional de acrílico cementado en boca lado derecho. (e) Provisional de acrílico cementado en boca lado izquierdo. Fuente y elaborador: Ana Belén Quirola T.

3.8.5 RESTITUCIÓN DE LA DIMENSIÓN VERTICAL

Realizada ya la cementación de los provisionales tenemos la altura necesaria para realizar las restauraciones de resina en los dientes anteriores inferiores donde habían facetas de desgaste. Mientras se realizan los trabajos de laboratorio, el paciente puede habituarse poco a poco a la nueva mordida. Una vez terminado el trabajo de laboratorio se cementaron las coronas y se observó una nueva medida del tercio inferior por la nueva dimensión vertical adquirida. Finalmente se pudo proceder a realizar las carillas estéticas en el sector anterior. (Ver Fig. 12)

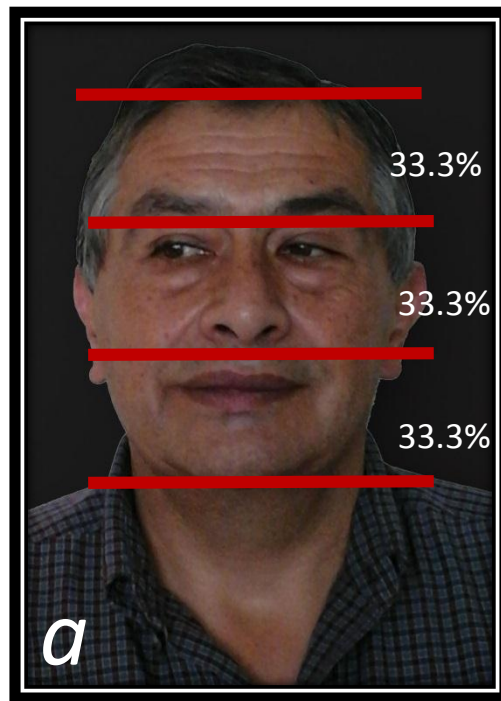


Figura 12. (a) Fotografía de frente con la nueva dimensión vertical y los tercios faciales uniformes. Fuente y elaborador: Ana Belén Quirola T.

3.8.5 CARILLAS DIRECTAS DE RESINA COMPONEER

Las carillas de resina compuesta Componeer son un nuevo sistema rápido y económico tanto para el operador como para el paciente. El kit de carillas Componeer incluye una guía de contorno para determinar el tamaño de carilla que se usará, resinas nanohíbridas para esmalte y dentina, un colorímetro o guía de color para esmalte y dentina, las Componeers e instrumental especial para el manejo de las Componeers.

En primer lugar se determina mediante la guía de contorno el tamaño de la componer que mejor se adapte a la boca del paciente de acuerdo con el espacio disponible entre canino y canino. (Ver Fig. 13 a) Luego, según la medida escogida, se separan las Componeers que se van a usar y se las retira de la caja con pinzas. (Ver Fig. 13 b)

Antes de la preparación se toma el color de la dentina y el esmalte. Para la dentina tomamos el color en la parte cervical y para el esmalte se toma en el borde incisal (Ver Fig. 13 c, d)

Se realiza aislamiento absoluto antes de seguir con el tratamiento. De tal manera que el campo operatorio esté visible y seco. Los dientes se limpian para asegurar su preparación óptima. Se realiza un desgaste mínimo de esmalte. Se debe hacer restauraciones de caries donde fuese necesario. (Ver Fig. 13 e)

Luego se coloca con un poco de resina las carillas en los dientes para poder previsualizar el futuro plano oclusal. Se realiza un desgaste del borde cervical de la carilla en caso de ser necesario. (Ver Fig. 13 f)

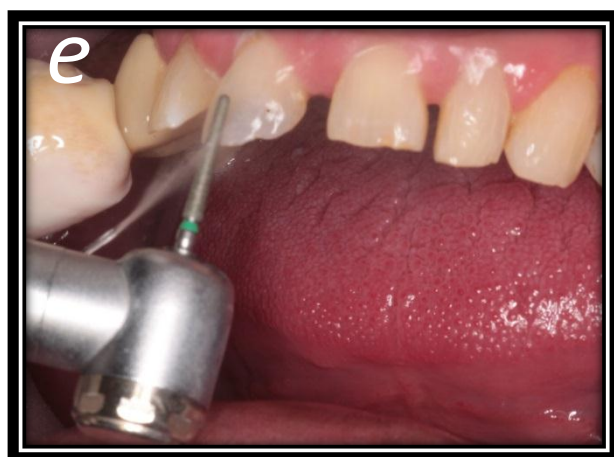
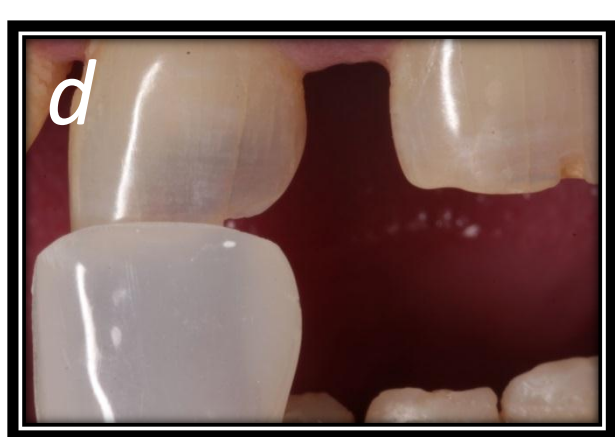
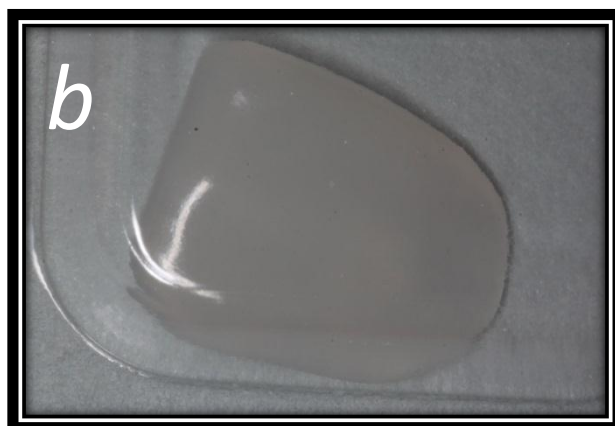
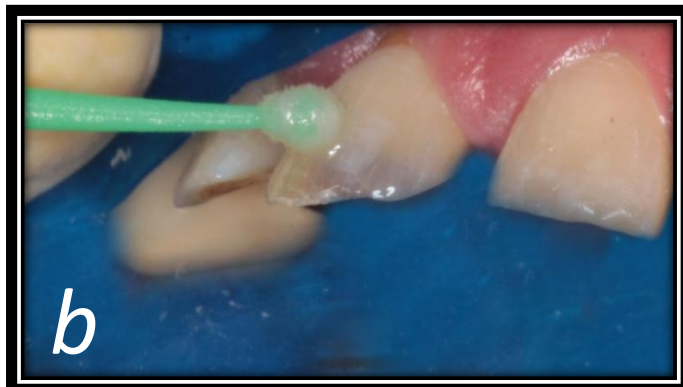
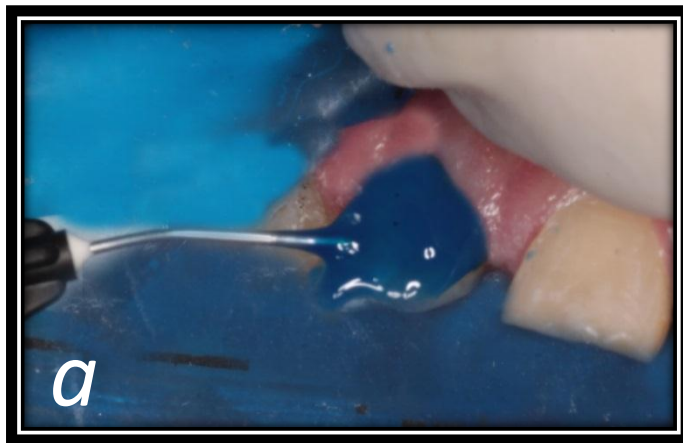


Figura 13. (a) Colocación de guía de contorno. (b) Componeer en su respectiva caja. (c) Toma de color en dentina (d) Toma de color en esmalte. (e) Prueba del futuro plano oclusal. Fuente y elaborador: Ana Belén Quirola T.

A continuación se realiza la preparación del diente. Primero se coloca ácido fosfórico por 20 segundos sobre toda la superficie vestibular del diente. Luego se lava el diente con agua y se seca por treinta segundos con baja presión de aire. Luego se coloca una capa de bonding con un aplicador o microbrush en toda la superficie por treinta segundos y se seca con aire hasta que quede una fina capa y se fotopolimeriza. (Ver Fig. 14 a, b, c)

Inmediatamente se coloca resina del color seleccionado previamente para dentina y se va dando forma en el diente. Al mismo tiempo se coloca una fina capa de adhesivo en la Componeer y la resina de color de esmalte seleccionado anteriormente; una adaptación marginal exacta es necesaria para lograr éxito en el tratamiento. Luego se lleva la carilla con resina al diente con pinzas y se la adapta de manera exacta al margen, retirando los excesos de resina que salieron al colocar la carilla. (Ver Fig. 14 d. e. f)



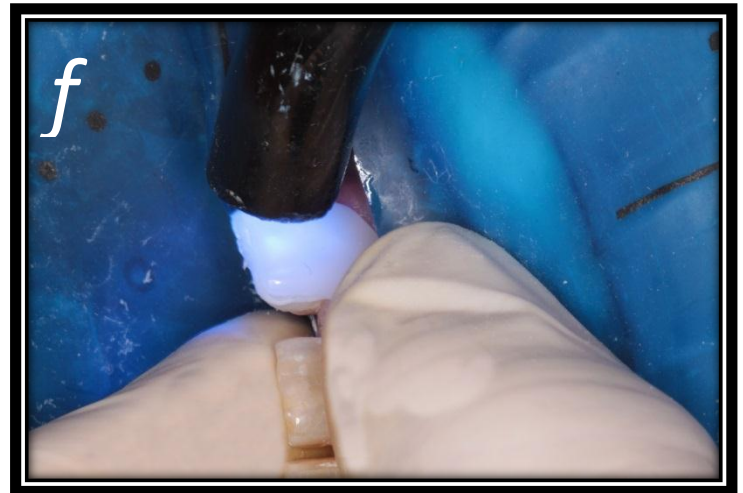
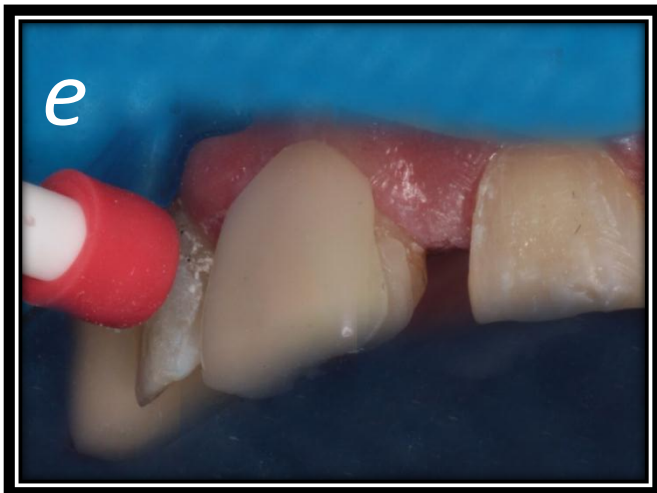
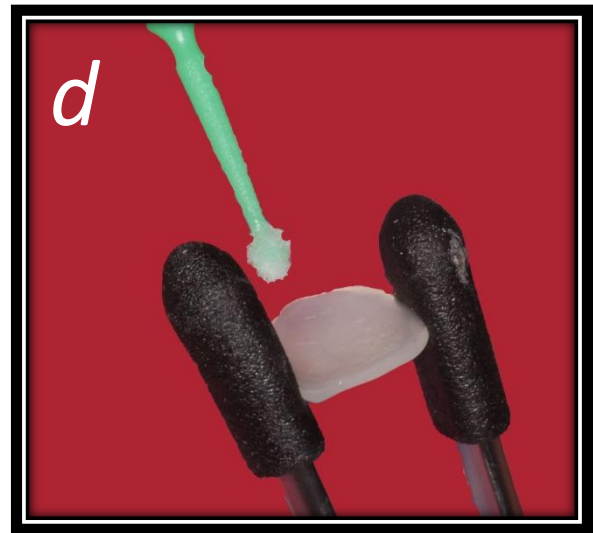
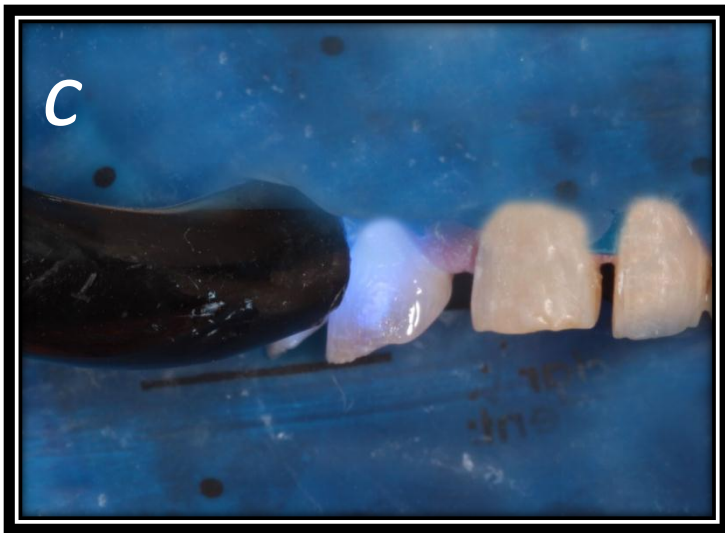


Figura 14. (a) Colocación de ácido en diente. (b) Colocación de adhesivo en diente. (c) Fotocurado del adhesivo. (d) Colocación del adhesivo en la Componeer. (e) Colocación de la carilla en el diente. (f) Fotopolimerización. Fuente y elaborador: Ana Belén Quirola T.

Se repite el mismo procedimiento con los tres incisivos restantes, y luego con la ayuda del papel articular se revisa la oclusión antes del pulido. Finalmente se realiza el pulido en los lugares donde sea necesario y obtenemos el resultado final. (Ver Fig. 15 a, b)

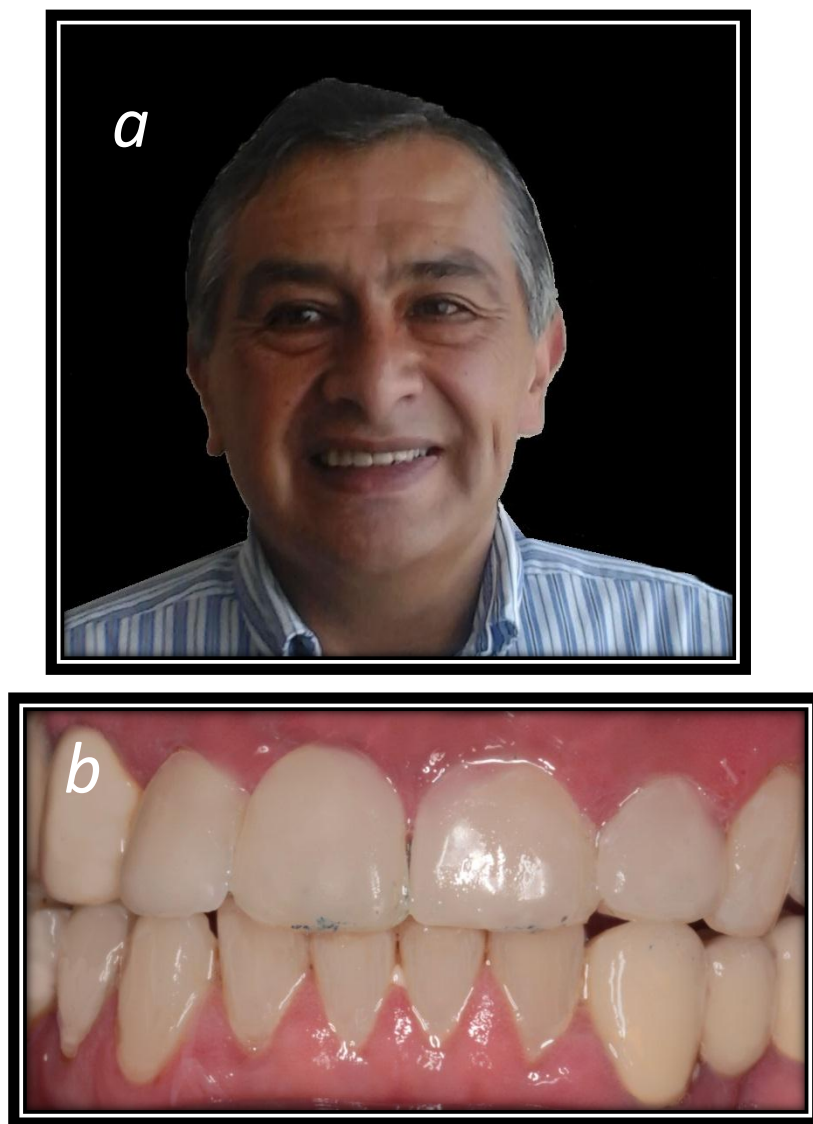


Figura 15. Fotografía final de frente. (b) Resultado final. Fuente y elaborador: Ana Belén Quirola T.

CAPÍTULO IV

4.1 DISCUSIÓN

A pesar de que muchos clínicos no lo vean relevante, restablecer la dimensión vertical es parte esencial en el tratamiento para evitar posibles complicaciones a futuro sobre todo si se realizan carillas y restauraciones en la zona anterior. Es una nueva sensación para el paciente tener una nueva altura del tercio inferior por lo que se vuelve necesario colocar primero los provisionales para que el paciente se acostumbre antes de realizar la cementación definitiva de las coronas en el sector posterior y realizar posteriormente las carillas.

En cuanto a las carillas, existe controversia acerca del uso de carillas de resina versus carillas de porcelana o de cerómero. En el caso clínico se decidió usar las nuevas carillas de resina Composeer no solo por su bajo costo sino por todos sus beneficios. Dentro de sus ventajas, la principal en este caso, era el mínimo o casi nulo desgaste que requerían para poder ser realizadas, si bien es cierto el paciente tenía desgaste del esmalte por la abrasión y como efecto secundario de la quimioterapia por la emesis. Además de su excelente resultado estético y larga duración, las carillas de resina requieren menor tiempo para ser realizadas lo cual resulta conveniente sobre todo en personas que no toleran largos periodos de atención odontológica.

4.2 CONCLUSIÓN

Hoy en día el odontólogo cuenta con diversas alternativas para rehabilitar la estética del paciente. La técnica usual de carillas exige una gran eliminación de tejido dental sano, lo cual se opone a la ideología en la odontología actual que busca ser lo mínimamente invasiva y conservadora al máximo.

Por lo tanto la mejor elección, si se busca conservar tejido sano, son las carillas estéticas de resina.

4.3 RECOMENDACIONES

- Es importante que el odontólogo tome en cuenta que todo tratamiento realizado debe ser multidisciplinario para tener un resultado óptimo.
- El procedimiento clínico debe ser explicado al paciente, tanto sus beneficios como complicaciones.
- Todo procedimiento realizado debe realizarse únicamente con la autorización del paciente.
- Al ser las carillas Componeer un nuevo sistema de carillas de resina, es necesario realizar el mismo procedimiento a varios pacientes para poder evaluar y comparar los diferentes resultados.

BIBLIOGRAFÍA

(s.f.). Recuperado el 30 de julio de 2015, de Carillas Dentales WEB: ha

Anderson Rocha-Buelvas, A. J. (2011). Manejo odontológico de las complicaciones orales secundarias al tratamiento oncológico con quimioterapia y radioterapia. *Revista CES Odontología*.

Becerra G., B. N. (2015). Algunos factores relacionados con la estética dental: una nueva aproximación. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia*, 271-291.

Cedillo, J. (2012). Carillas prefabricadas en una solo visita. *Revista ADM*, 291-299.

Cuello, J. P. (2003). Carillas directas con resinas compuestas: una alternativa en operatoria dental. *Revista del Ilustre Consejo General de Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de España*.

Cuello, J. P. (2003). Carillas directas con resinas compuestas: una alternativa en Operatoria Dental. *Revista del ilustre consejo general de colegios de odontólogos y estomatólogos de España*, 415-421.

de la Teja, E., Durán, A., & Espinosa, L. (2008). Manifestaciones estomatológicas de los trastornos sistémicos más frecuentes en el Instituto Nacional de Pediatría. Revisión de la literatura y estadísticas del instituto. *Acta Pediátrica de México*.

de Rábago, J. &. (2005). Carillas de porcelana como solución estética en dientes anteriores: informe de doce casos. *Revista del ilustre consejo general de colegios de odontólogos y estomatólogos de España*, 273-282.

Fuenmayor, V. (2009). *Manual de Higiene bucal*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Henostroza, H. (2006). *Estética en Odontología Restauradora*. Madrid: Editorial Ripano.

Henriques, P. (2006). *Periodoncia y Cirugía Plástica Periodontal*. Colombia: Livraria Santos Editora Ltda.

JHONSON, J. &. (1 de julio de 2015). *LISTERINE*. Recuperado el 30 de julio de 2015, de <http://www.listerine.es/definition/corona-dental>

Lanata, E. (2008). *Atlas de Operatoria Dental*. Buenos Aires: Alfaomega Grupo Editor Argentino S.A.

Macchi, R. (2000). *Materiales Dentales*. Buenos Aires: Panamericana.

- Medina, A., Crespo, O., & Da Silva, L. (2009). Factores de riesgo asociados a maloclusión en pacientes pediátricos. *Acta Odontológica Venezolana*.
- Naranjo, J. (2013). *Dimensión Vertical Mito o Realidad*. Quito.
- Peña, J. F. (2003). Técnica y sistemática de la preparación y construcción de carillas de porcelana. *Revista del ilustre consejo general de colegios de odontólogos y estomatólogos de España*, 647-668.
- Quiroga, R. R. (2012). Determinación de la Dimensión Vertical Oclusal en desdentados totales: comparación de métodos convencionales con el craneómetro de Knebelman. *Revista del ilustre consejo general de colegios de odontólogos y estomatólogos de España*, 20-24.
- Rábago, J., & Tello, A. (2005). Carillas de porcelana como solución estética en dientes anteriores: informe de doce casos. *RCOE*.
- Ramirez, L. E. (2013). Dimensión Vertical en Edentados: Relación con Síntomas Referidos. *Revista del ilustre consejo general de colegios de odontólogos y estomatólogos de España*, 672-680.
- Roberson, T. (2007). *Arte y ciencia de la odontología conservadora*. Madrid: Elsevier España.
- Sirgo A., G. F.-M. (2000). Intervención cognitivo-conductual en el tratamiento de las náuseas y vómitos asociados a la quimioterapia en pacientes con cáncer de mama. *Psicobiología, Neuropsicología y desórdenes emocionales*.
- Viera, G. F. (1997). *Carillas Laminadas Soluciones Estéticas*. Caracas: Santos.

ANEXO 1

	UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR ESCUELA DE ODONTOLOGÍA CLÍNICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS			

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
UIDE	Clínica 2		PARROQUIA San Rafael	CANTÓN Romano	PROVINCIA Pichincha	3511

1 REGISTRO DE PRIMERA ADMISIÓN									
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		No. CÉDULA DE CIUDADANÍA			
Quiróla	Franco	Vladislav		Quiróla		1703255503			
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL (CALLE Y No. - MANZANA Y CASA)			BARRIO	PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	ZONA (U/R)	No. DE TELÉFONO	
Manuel Valdiviezo, Calle G N 49-57			Alto		Quito	Pichincha	U	2272612	
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD (PAÍS)	GRUPO CULTURAL	EDAD AÑOS CUMPLIDOS	SEXO	ESTADO CIVIL			INSTRUCCIÓN ÚLTIMO AÑO APROBADO
29-09-53	Quito	Ecuatoriano	Mestizo	60	M	SOL	CAS	DIV	Superior
FECHA DE ADMISIÓN	OCCUPACIÓN	EMPRESA DONDE TRABAJA		TIPO DE SEGURO DE SALUD		REFERIDO DE			
8-oct-13	Ing. Forestal	Mutualista Pichincha		Panamericano		-			
EN CASO NECESARIO LLAMAR A		PARENTESCO AFINIDAD		DIRECCIÓN		No. DE TELÉFONO			
Katalina Troya		Esposa		Manuel Valdiviezo Calle G		099738661			

COD= CODIGO U=URBANA R=RURAL M=MASCULINO F=FEMENINO SOL=SOLTERO CAS=CASADO DIV=DIVORCIADO VIU=VIUDO U-L=UNIÓN LIBRE

ADMISIONISTA	CÓDIGO
--------------	--------

AUTORIZACIÓN	
FECHA:	8 octubre 2013
YO:	Vladislav Quiróla con C.I. No. 1703255503
En conocimiento que la Clínica de Especialidades Odontológicas de la Universidad Internacional del Ecuador "Servicio Docente" su tratamiento lo realiza especialistas y estudiantes.	
Se me ha expresado adecuadamente las actividades esenciales que se realizarán sobre el tratamiento de mis problemas bucales.	
AUTORIZO a que se me realice procedimiento de diagnóstico y tratamiento clínico quirúrgico con el estudiante asignado, comprometiéndome a cancelar los valores correspondientes previo el tratamiento indicado.	
NOMBRE DEL PACIENTE:	Vladislav Quiróla
FIRMA DEL PACIENTE:	
NOMBRE DEL ESTUDIANTE:	Año Belén Quiróla
NOMBRE DEL TUTOR:	Alicia Martínez
FIRMA DEL TUTOR:	

ANEXO 2

ESTABLECIMIENTO		NOMBRE		APELLIDO	SEXO (M-F)	EDAD	N° HISTORIA CLÍNICA
Clínica 2		Vladislav		Quirola	M	61	3511

MEJOR DE 1 AÑO	1-4 AÑOS	5-9 AÑOS PROGRAMADO	10-14 AÑOS PROGRAMADO	15-19 AÑOS	MAYOR DE 20 AÑOS	EMBARAZADA
----------------	----------	---------------------	-----------------------	------------	------------------	------------

1 MOTIVO DE CONSULTA

"Realizarme chequeo general de mi boca"

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

Paciente masculino de 61 años presenta múltiples caries, enfermedad periodontal, facetas de desgaste en el sector anterior.

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIA ANTIBIÓTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMORRAGIAS	4. VIRSIDA	5. TUBERCULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPERTENSION	9. ENF. CARDÍACA	10. OTRO

A.P. Paciente linfoma no Hodgkin 8. Hipertensión controlada
A.E. 7. Abuela materna diabética 8. Madre y padre hipertensos 10. Madre fallece por infarto

4 SIGNOS VITALES

PRESIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA CARDÍACA min.	TEMPERATURA °C	F. RESPIRAT. min.
------------------	--------------------------	----------------	-------------------

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA ANOTANDO EL NÚM.

1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. PISO	8. CARRILLOS

5. Lengua geográfica 4. Torus mandibulares
9. xerostomía 10. Amigdalectomía realizada en adolescencia

6 ODONTOGRAMA

PINTAR CON AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGÍA ACTUAL
MOVILIDAD Y RECESIÓN: MARCAR "X" (1, 2 o 3), SI APLICA

RECESIÓN	MOVILIDAD	VESTIBULAR	LINGUAL	VESTIBULAR	MOVILIDAD	RECESIÓN
----------	-----------	------------	---------	------------	-----------	----------

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCCLUSIÓN	FLUOROSIS
PIEZAS DENTALES	PLACA	CÁLCULO	GINGIVITIS	LEVE	ANGLE I	LEVE
16 ✓ 17 ✓ 55	2	0	1	MODERADA	ANGLE II ✓	MODERADA
11 ✓ 21 ✓ 51	3	1	1	SEVERA	ANGLE III ✓	SEVERA
26 ✓ 27 ✓ 65	2	0	1			
36 ✓ 37 ✓ 75	3	1	1			
31 ✓ 41 ✓ 71	3	2	1			
46 ✓ 47 ✓ 85	2	1	1			
TOTALES	25	11	1			

8 INDICES CPO-ceo

	C	P	O	TOTAL
D	6	3	2	11
d				

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

*rojo	SELLANTE NECESARIO	⊗	PÉRDIDA (OTRA CAUSA)	=	PRÓTESIS TOTAL
*azul	SELLANTE REALIZADO	△	ENDODONCIA	□	CORONA
X rojo	EXTRACCIÓN INDICADA	□	PRÓTESIS FIJA	○ azul	OSTURADO
X azul	PÉRDIDA POR CARIES	←	PRÓTESIS REMOVIBLE	○ rojo	CARIES

SNS-MSP / HCU-form.033/ 2008

ODONTOLOGÍA (1)

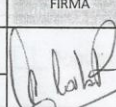
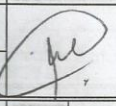
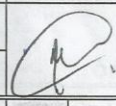
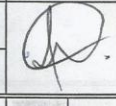
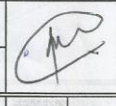
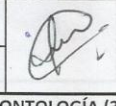
ANEXO 3

10 PLANES DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL									
BIOMETRIA	QUIMICA SANGUINEA	RAYOS - X	OTROS						
Ex Panorámica de maxilares									
Paciente masculino de 59 años presenta enfermedad periodontal severa, múltiples caries, restauraciones y puentes fallidos por lo que se procederá a rehabilitar todo lo necesario y realizar raspado y alisado.									
11 DIAGNÓSTICO									
PRE- PRESUNTIVO	DEF- DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF		
1	Periodontitis crónica severa		✓	3					
2	Múltiples caries		✓	4					
CÓDIGO									
FECHA DE APERTURA	FECHA DE CONTROL	PROFESIONAL	FIRMA	NÚMERO DE HOJA					
12 TRATAMIENTO									
SESIÓN Y FECHA	DIAGNOSTICOS Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CÓDIGO Y FIRMA					
SESIÓN 1	Corona Filtrack caries dentina K02-1	Colocación de ionómero en capa ocular	—	CÓDIGO K02.1 FIRMA					
FECHA 1/10/14									
SESIÓN 2	Caries dentina K02-1	Preparación del pilar	—	CÓDIGO FIRMA					
FECHA 22/10/2014									
SESIÓN 3	Caries dentina K02-1	Prueba metálica y toma de color	—	CÓDIGO FIRMA					
FECHA 5/10/2014									
SESIÓN 4	Caries dentina K02-1	Prueba de metal paraclama - DV 4,8 y 5,3 DVE		CÓDIGO FIRMA					
FECHA 5/01/15									
SESIÓN 5	Periodontitis crónica localizada K05.2	Raspado y alisado cuadrantes 1 y 2, 3, 4		CÓDIGO K05.2 FIRMA					
FECHA 6/01/15									
SESIÓN 6	Profilaxis Biofilm duro y blanco	Profilaxis		CÓDIGO K050 FIRMA					
FECHA 20/01/2015									
SESIÓN 7	Endodoncia Pulpititis irreversible 4.5 K04.0	Endodoncia	K040	CÓDIGO K040 FIRMA					
FECHA 22-01-2015									
SESIÓN 8	Perno 4.5 K04.0	perno prefabricado		CÓDIGO FIRMA					
FECHA 2-02-2015									
SESIÓN 9		toma de impresión diagnóstica		CÓDIGO FIRMA					
FECHA 13-02-2015									

SNS-MSP / HCU-form.033 / 2008

ODONTOLOGÍA (2)

ANEXO 4

SESIÓN Y FECHA		DIAGNÓSTICO Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CODIGO Y FIRMA	
SESIÓN	10	Enfermedades	PROFILAXIS		CODIGO	K050
FECHA	19-05 2015	gingivales indu- cidas por placa bacteriana			FIRMA	
SESIÓN	11	periodontitis	raspado y		CODIGO	
FECHA	14-07 2015	crónica	alisoado radiolar		FIRMA	
		K05.2	cuadrantes 1,2,3 y 4			
SESIÓN	12	Caries de	tallado Provisional		CODIGO	
FECHA	21/07 2015	dentina	impresiones para		FIRMA	
		K02.1	incrustación y			
			corono			
SESIÓN	13	caries de	tallado		CODIGO	
FECHA	23/07 2015	dentina	Provisionales		FIRMA	
		K02.1	incrustación			
SESIÓN	14	caries de	cementación		CODIGO	
FECHA	28/07 2015	dentina	coronas e		FIRMA	
		K02.1	incrustaciones			
		16-26				
SESIÓN	15	Anomalia de	capillas		CODIGO	
FECHA	4/08 2015	posición 21,22			FIRMA	
		11,12				
		K07.3				
SESIÓN	16		resinas		CODIGO	
FECHA	11/08 2015	Facetas de desgaste	compuestas		FIRMA	
		4.1 4.2 3.1 3.2				
		4.3 4.4				

ODONTOLOGÍA (3)

ANEXO 5

UÍDE
Universidad Internacional del Ecuador

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
CLÍNICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

HISTORIA CLÍNICA

FECHA	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	AUTORIZACIÓN MATERIAL	FIRMA DEL TUTOR
21/07/14	endodoncia #24	clorox, hilo suero diámetro gaseoso aguja anestésico esponja	AM	AM
21/07/14	Tallado y Provisionales	Acilico líquido, Alginato pasta, pasta liviana, Bab. de registro de mordida anestésico, aguja	AM	AM
22/07/14	endodoncia #24	Hilo suero clorox, clorox anestésico con	AM	AM
29/07/14	exodoncia # 38	Suero aguja largo anestésico con vaso gaseoso	AM	AM
31/7/14	perno # 24	ácido adhesivo 2 micro brush iontopor. de fluoruro cemento de vidrio	AM	AM
		clorhexidina xilano U		
7/8/14	cementación puente	clorhexidina meron	AM	AM
TERMINA OCTAVO SEMESTRE				
1/10/14	Preparación y tallado para corona	resina ácido adhesi- vo clorhexidina iontopor. de auto Hidroxide de calcio (cemento)	AM	AM
22/10/14	Preparación y tallado para corona	anestésico con vaso aguja corta acilico pasta y clorox pasta de condensación y activador, hilo reticador, hemostático pasta de agnición y condensación	AM	AM
5/11/14	Preparación para corona	resina ácido adhesivo clorhex.	AM	AM
5/01/15	Prueba de metal porcelana	papel articular	AM	AM
6/01/15	Raspado y alisado cuadrón tes 1 y 2	gasos suero iontopor. aguja corta anestésico	AM	AM
19/01/15	cementación #36	tempon clorhexidina	AM	AM
20-01-15	Raspado y alisado	gasos suero aguja corta anestésico cv	AM	AM
20-01-15	PROFILAXIS	pasta pomez reverdor, hilo	AM	AM

201

te

ANEXO 6

		UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR ESCUELA DE ODONTOLOGÍA CLÍNICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS		
HISTORIA CLÍNICA				
FECHA	SESIÓN No.	FACTURA No.	MATERIAL	AUTORIZACIÓN MATERIAL
22-01-2015	1	675	torundas, esponja, suero, hilo, jeringas, aguja corta, anestésico, alambre Hidroxi-do de calcio	ENTREGA 27 ENE 2015
26-01-2015	2		Paciente no acude a la cita	ENTREGA 02 FEB 2015
2-02-2015	3	023	Perno #1: xilano, cemento ácido fosfórico, ácido clorexidina Bonding	FIRMA 02 FEB 2015
12-05-2015	4	1295	alginato	FIRMA 12 MAY 2015
19-05-2015	5	1403	piegura Pomez Pasta enjuague revelador nilo	FIRMA 19 MAY 2015
14-07-2015	6	2080 2590	Suero, anestésico con vaso, jeringa, gasas algodónes	FIRMA 14 JUL 2015
21-07-2015	7	2634	acrilico, pasta de condensacion	FIRMA 21 JUL 2015
23-07-2015	8	2634	pasta de condensacion acrilico color metro.	FIRMA 23 JUL 2015
28-07-2015	9	2634	ácido fluorhídrico, silano, ácido fosfórico, lampara clorexidina	FIRMA 28 JUL 2015
4-08-2015	10	2634	Resina ácido adhesivo micro Brush Lampara clorexidina	FIRMA 04 AGO 2015
11-08-2015	11	2635	Resina ácido adhesivo Lampara Papel articulo clorexidina	FIRMA 11 AGO 2015

ODONTOLOGÍA (7)

ANEXO 7



UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
CLÍNICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

FORMULARIO DE EXPLICACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO

Vladislav Quirala 3511
Nombre del Paciente No. De Historia Clínica
Enfermedad periodontal crónica severa, Facetas de desgaste, diastema
Diagnóstico caries.
Exodoncia, alisado radicular, blanqueamiento, coronas, carillas directas
Tratamiento Planificado resinas.

Beneficios del Tratamiento

- Recuperar la dimensión vertical
- Mejorar la estética
- Mayor comodidad y funcionamiento

Riesgos:

Fractura a futuro de las carillas
Filtración en las carillas
Por mala higiene.

OBSERVACIONES:

Todo procedimiento médico no está exento de riesgo. Se me explicó el procedimiento y las posibles complicaciones. Autorizo a mi médico u otro especialista realizar los procedimientos necesarios o interconsultas si las circunstancias lo ameritan, así como la toma de fotos y la filmación con fines docentes.

Quito, 14 junio 2015

Firma del Familiar Responsable o Representante

Firma del Médico Tratante

Firma del Testigo

ANEXO 8

UIDE

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
CLINICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS
HISTORIA CLÍNICA DE PERIODONCIA

Nombre: Vladislav Quirala Edad: 60 años

Fecha: 8 enero 2015 Teléfonos: 2272612

Antecedentes odontológicos y médicos de relevancia:

Paciente padeció de cáncer (linfoma no Hodgkins)
y padece hipertensión controlada

Factores de riesgo:

Paciente fumador con malos hábitos de
higiene bucal

Diagnóstico: Periodontitis crónica severa generalizada
asociado a mala higiene oral y tabaquismo

Tratamiento periodontal:

Fase sistémica
Fase higiénico
Fase correctiva
Fase mantenimiento

Tratamiento de Emergencia

.
.
TSP = 3 meses

P.S.R. (REGISTRO PERIODONTAL SIMPLIFICADO)

MAXILAR SUPERIOR															
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
1	3	3	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	1
3	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	3	1
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
MAXILAR INFERIOR															

INDICE DE PLACA (O'LEARY)

PRIMER CONTROL: SUPERFICIES TEÑIDAS X 100 ÷ SUPERFICIES PRESENTES

7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	--	---	---	---	---	---	---	---

SEGUNDO CONTROL

7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	--	---	---	---	---	---	---	---

Acceptable: 0 a 12%, Cuestionable: 13 a 23.9%, Deficiente: 24 % o mas

FORMULARIO UIDE-CEO-005

ANEXO 9



Universidad Internacional Del Ecuador

Facultad de Odontología

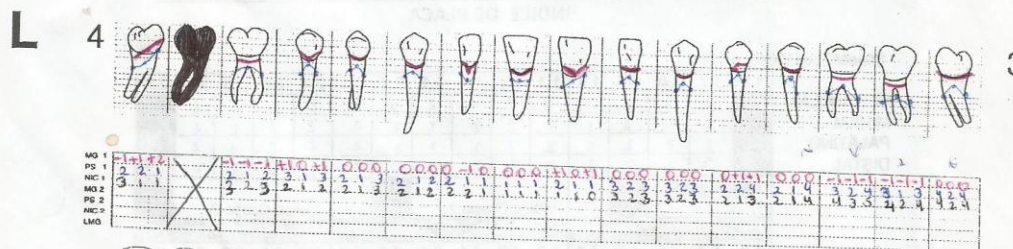
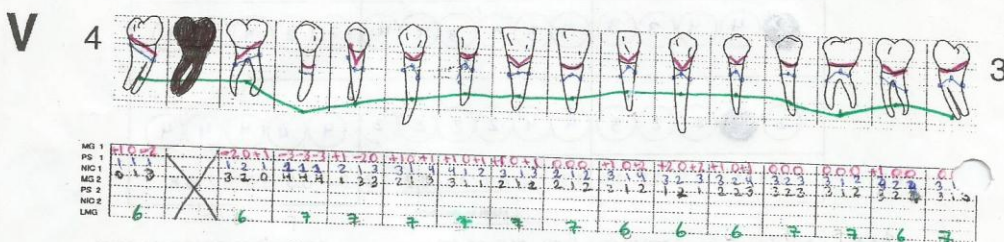
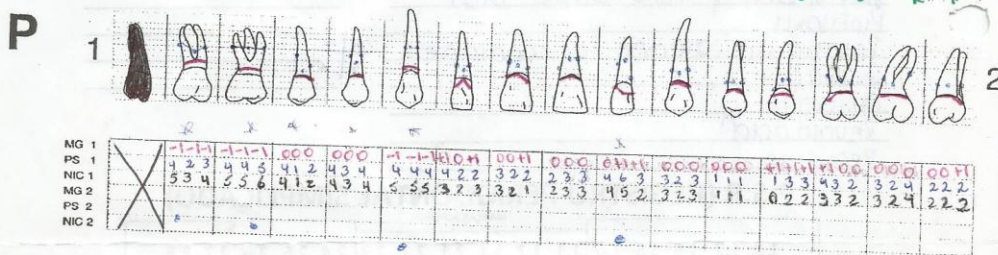
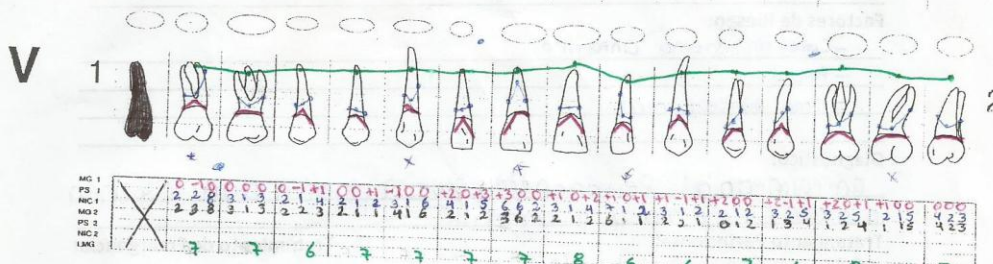
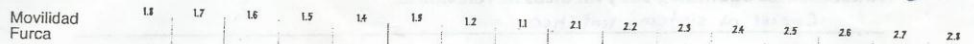
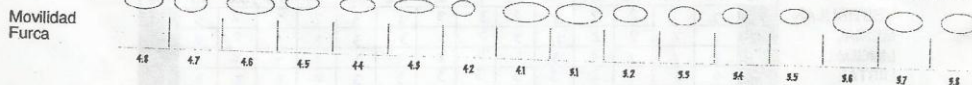
PERIODONTOGRAMMA

Nombre: Franco Quirida Vladislav

Fecha: 08 - Oct - 13

PA: 126/80
Sonda: CP15

Movilidad
Furca

Movilidad
Furca

ANEXO 10



UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR ESCUELA DE ODONTOLOGÍA PROTOCOLO DE CORONA UNITARIA

Nota: No se realizara ningún procedimiento protésico sin la previa realización de tratamientos de otras especialidades de acuerdo al plan de tratamiento establecido.

Nombre del Tutor: Gabriela Balazero No Historia: 3511

Nombre del paciente: Virginia Chirala

FECHA	No	PASO CLINICO	FIRMA
22/10/14	1	Preparación de pilares.	AM
23/10/14	2	Elaboración de provisionales.	AM
27/10/14	3	Impresiones funcionales.	AM
5/10/14	4	Registro del color por material para ser elaborado el trabajo.	AM
5/10/14	5	Prueba de estructura metálica.	AM
5/11/15	6	Prueba de porcelana sin terminado.	AM
19/01/15	7	Cementación provisional de corona.	AM
	8	Cementación definitiva.	AM
	9	Control (8 días después).	

Recibí el trabajo a entera satisfacción

FIRMA DEL PACIENTE

Nombre del estudiante

Nombre del Tutor

Ana Belén Chirala

Gabriela Balazero

Firma

Firma

Ani Chirala

[Firma]

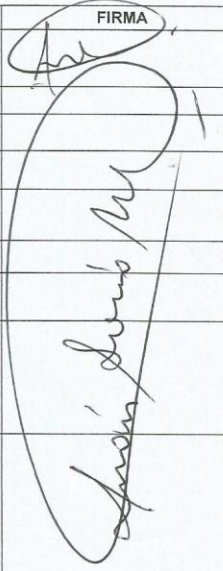
ANEXO 11

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

PROTOCOLO DE CARILLAS

Nota: No se realizara ningún procedimiento protésico sin la previa realización de tratamientos de otras especialidades de acuerdo al plan de tratamiento establecido.

Nombre del Tutor: Juan Garcia No. Historia: 3511
 Nombre del Paciente: VLADISLAV QUIZALA No. Diente: 21 y 11

FECHA	No	PASO CLINICO	FIRMA
28/07/15		IMPRESIÓN dg. ☐	
4/08/15		ENCERADO dg. ☒	
4/08/15	1	Preparación de pilares	
4/08/15	2	Elaboración de provisionales	
4/08/15	3	Impresiones funcionales	
4/08/15	4	Registro del color	
4/08/15	5	Primera Prueba	
4/08/15	6	Terminado, cementación definitiva metal/porcelana/zirconio.	
4/08/15	7	CEMENTACION: Colocación ácido fluorhídrico 9-12"/1 minuto Lavado y secado Silinizado 2 capas Colocación cemento para carilla por fotopolimerización 30 segundos c/cara	
4/08/15		DIENTE Desinfección diente Grabado ácido fosfórico Lavado Secado Primer Adhesivo (polimerizar 30 segundos) Cementado	

Recibí el trabajo a entera satisfacción

Estudiante

Nombre: Ana Quizala

Firma: Ana Quizala

Firma del Paciente

C.I.

Tutor

Nombre: Juan Garcia

Firma: Juan Garcia

ANEXO 12



**UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
PROTOCOLO DE ENDOPOSTES (PREFABRICADO)**

Nota: No se realizara ningún procedimiento protésico sin la previa realización de tratamientos de otras especialidades de acuerdo al plan de tratamiento establecido.

Nombre del Tutor: Andrea Balanzuela No Historia: 3511

Nombre del paciente: Vladimir Quiroga

FECHA	No	PASO CLINICO	FIRMA
21/02/15	1	Radiografía /Control inicial.	
21/02/15	2	Medida obturación endodóntica. 20.5...mm.	
21/02/15	3	Desobturación.....16.....mm.	
21/02/15	4	Radiografía de control	
21/02/15	5	Preparación: - Ácido Fosfórico - Silano -Adhesivo	
21/02/15		Preparación Diente: - Desinfección (Clorhexidina y secado) - Grabado ácido a nivel de esmalte. - Adhesivo a nivel esmalte.	
21/02/15	6	Colocación cemento autograbado.	
21/02/15	7	Fotocurado 20 segundos.	

Recibí el trabajo a entera satisfacción

FIRMA DEL PACIENTE

Nombre del estudiante

Nombre del Tutor

Ana Quiroga

Andrea Balanzuela

Firma

Firma

Ana Quiroga

ANEXO 13

UIDE

Universidad Internacional del Ecuador
UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

PROTOCOLO DE CORONA O INCRUSTACIÓN SIN METAL

Nota: No se realizara ningún procedimiento protésico sin la previa realización de tratamientos de otras especialidades de acuerdo al plan de tratamiento establecido.

Nombre del Tutor: Ivan Garcia No. Historia: 3511
Nombre del Paciente: Vladimir Caviedes No. Diente: 16 y 26

FECHA	No	PASO CLINICO	FIRMA
		CORONA	
		INCRUSTACIÓN	
<u>23/07/15</u>	1	Preparación de pilares	
<u>23/07/15</u>	2	Elaboración de provisionales	
<u>23/07/15</u>	3	Impresiones funcionales	
<u>23/07/15</u>	4	Registro del color por material para ser elaborado el trabajo	
<u>28/07/15</u>	5	Prueba de estructura metálica/zirconio	
	6	Prueba de porcelana sin terminado	
	7	Cementación provisional de la corona.	
<u>28/07/15</u>	8	Terminado, cementación definitiva metal/porcelana/zirconio.	
<u>28/07/15</u>	9	CEMENTACION: Colocación ácido fluorhídrico 9-12% 1 minuto Lavado y secado Silinizado 2 capas Colocación cemento dual fotopolimerización 30 segundos c/cara	
<u>28/07/15</u>		DIENTE Desinfección diente Grabado ácido fosfórico Lavado Secado Primer Adhesivo (polimerizar 30 segundos) Cementado	

Recibí el trabajo a entera satisfacción

Firma del Paciente

Estudiante

Tutor

Nombre: Ana Caviedes

Nombre: Ivan Garcia

Firma: Ana Caviedes

Firma: Ivan Garcia

FORMULARIO UIDE-CEO-002

ANEXO 14

UIDE

Universidad Internacional del Ecuador
UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

PROTOCOLO DE CORONA O INCRUSTACIÓN SIN METAL

Nota: No se realizara ningún procedimiento protésico sin la previa realización de tratamientos de otras especialidades de acuerdo al plan de tratamiento establecido.

Nombre del Tutor: Ivan Garcia No. Historia: 3811
Nombre del Paciente: Wladislav Chizala No. Diente: 37, 43, 24

FECHA	No	PASO CLINICO	FIRMA
		CORONA ☒	
<u>21/07/15</u>		INCRUSTACIÓN ☐	
<u>21/07/15</u>	1	Preparación de pilares	
<u>21/07/15</u>	2	Elaboración de provisionales	
<u>21/07/15</u>	3	Impresiones funcionales	
<u>21/07/15</u>	4	Registro del color por material para ser elaborado el trabajo	
<u>23/07/15</u>	5	Prueba de estructura metálica/zirconio	
	6	Prueba de porcelana sin terminado	
	7	Cementación provisional de la corona.	
<u>28/07/15</u>	8	Terminado, cementación definitiva metal/porcelana/zirconio.	
<u>28/07/15</u>	9	CEMENTACION: Colocación ácido fluorhídrico 9-12% 1 minuto Lavado y secado Silinizado 2 capas Colocación cemento dual fotopolimerización 30 segundos c/cara	
<u>28/07/15</u>		DIENTE Desinfección diente Grabado ácido fosfórico Lavado Secado Primer Adhesivo (polimerizar 30 segundos) Cementado	

Recibí el trabajo a entera satisfacción

Firma del Paciente

Estudiante

Tutor

Nombre: Ana Chizala

Nombre: Ivan Garcia

Firma: Ana Chizala

Firma: Ivan Garcia

FORMULARIO UIDE-CEO-002