



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

TRABAJO DE TITULACIÓN PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ODONTÓLOGA

MANEJO ESTÉTICO DEL DEFECTO ÓSEO ANTERIOR
CON PORCELANA ROSADA EN UNA PACIENTE DE 36 AÑOS:
REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

ESTUDIANTE: María José Andrade Ortiz

TUTOR: Dra. María Alejandra Torres

QUITO, 2019



Universidad Internacional del Ecuador

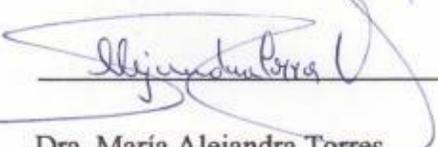
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, DE LA SALUD Y DE LA VIDA
ESCUELA DE ODONTOLOGIA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

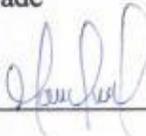
Yo, Alexandra Judith Jácome Andrade con cédula de identidad N° 1204606758 autorizo a la estudiante María José Andrade Ortiz para que pueda tomar fotografías, cintas de video o grabaciones de sonido de mi persona y que estas puedan ser copiadas o publicadas.



Alexandra Judith Jácome Andrade



Dra. María Alejandra Torres



María José Andrade Ortiz

CERTIFICADO Y ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD DEL AUTOR

Yo, María José Andrade Ortiz, con CI 0503674293, declaro bajo juramento que el trabajo descrito es de mi autoría, no ha sido presentado anteriormente para ningún grado académico o título profesional y que se ha consultado la bibliografía necesaria para su elaboración.

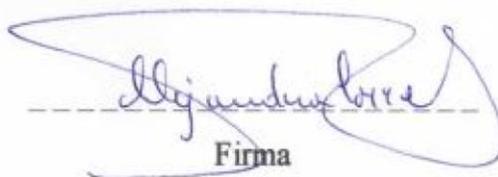
Cedo mis derechos de propiedad intelectual a Universidad Internacional del Ecuador, sin restricción especial o de ningún género.



Firma

CERTIFICADO Y ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD DEL TUTOR

Yo, Dra. María Alejandra Torres certifico que conozco al autor del presente trabajo siendo el responsable exclusivo tanto de su originalidad y autenticidad, como de su contenido.



Firma

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado a Dios y a mis padres, por su apoyo y motivación constante, ya que sin ellos esto no habría sido posible.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, por ser mi ejemplo y el pilar fundamental de mi vida por siempre.

A mis hermanos, Ericka y Mateo, por no dejarme sola en este largo camino y por motivarme a ser su ejemplo todos los días.

A mi novio, por escucharme cuando lo necesite y por su apoyo constante.

A mis tías y abuelos, por haber cuidado de mí como si fuera una hija más y alentarme en los momentos más difíciles.

A mi tutora, doctora Alejandra Torres, por su paciencia, sus enseñanzas, tolerancia y colaboración en este trabajo.

De manera especial le agradezco a Dios por darme la fuerza y la perseverancia necesarias para alcanzar mis sueños a pesar de los obstáculos.

ÍNDICE

1.	CAPITULO I:	12
1.1.	Introducción.....	12
1.2.	Resumen	14
1.3.	Abstract.....	16
1.4.	Planteamiento del problema	17
1.5.	Justificación.....	19
1.6.	Objetivos	20
1.6.1.	General.....	20
1.6.2.	Específicos	20
2.	CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	21
2.1.1.	Estética en el sector anterior	21
2.1.2.	¿Qué es la estética?.....	21
2.1.3.	Historia	21
2.1.4.	Importancia del aspecto facial.....	22
2.2.	Fundamentos de la estética dental.....	22
2.2.1.	Proporción áurea	22
2.2.2.	Compases en proporción áurea	22
2.2.3.	Rejillas de proporción áurea	22
2.3.	Evaluación clínica facial y dental.....	23
2.3.1.	Formas y contornos faciales.....	23
2.3.2.	Análisis facial en vista frontal y lateral	24
2.3.2.1.	Simetría	24
2.3.2.2.	Tercios faciales	25
2.3.2.3.	Relación labial	25
2.4.	La sonrisa	26
2.4.1.	Análisis de la sonrisa	26
2.5.	Componentes de una sonrisa balanceada.....	26
2.5.1.	Componentes anatómicos	26
2.5.2.	Componentes estéticos	31
2.6.	Defectos óseos	33
2.6.1.	Definición	33

2.6.2.	Etiología.....	33
2.6.3.	Clasificación.....	33
2.6.4.	Defectos supraóseos	35
2.6.5.	Defectos infraóseos	35
2.6.6.	Defectos intraóseos.....	35
2.6.7.	Cráteres	36
2.6.8.	Defectos interradiculares	36
2.7.	Diagnóstico de defectos óseos	37
2.7.1.	Tratamiento	38
2.8.	Manejo protésico de los defectos óseos	39
Cuadro 2: Clasificación de los materiales para el manejo protésico		39
2.8.1.	Porcelanas	40
2.8.1.1.	Cerámicas feldespáticas	40
2.8.1.2.	Cerámicas aluminosas.....	40
2.8.1.3.	Cerámicas circoniosas.....	40
2.8.2.	Resinas.....	41
2.8.2.1	Composites	41
2.8.2.2.	Compómeros.....	42
2.9.	Técnica de sustitución gingival según el tipo de material.....	42
2.9.1.	Determinación de la encía.....	42
2.9.2.	Maquillaje y glaseado	44
3.1.	CAPITULO III: CASO CLÍNICO.....	46
3.2.	Historia clínica	46
3.2.1.	Datos generales	46
3.2.2.	Motivo de consulta	46
3.2.3.	Enfermedad o problema actual	46
3.2.4.	Antecedentes personales y familiares.....	46
3.2.5.	Signos vitales	47
3.2.6.	Examen clínico.....	47
3.2.7.	Odontograma.....	50
3.2.8.	Indicadores de salud	50
3.2.9.	Exámenes complementarios.....	51
3.2.10.	Modelos de estudio y encerado diagnóstico.....	52
3.2.11.	Diagnóstico.....	52

3.2.12.	Plan de tratamiento	54
3.2.13.	Pronóstico.....	55
3.2.14.	Descripción de procedimientos realizados.....	55
3.2.15.	Discusión.....	69
3.2.16.	Conclusiones.....	72
3.2.17.	Recomendaciones	74
3.3.	Bibliografía	75
3.4.	ANEXOS	76

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Índice cefálico	23
Figura 2 Análisis estético dentofacial: base de la terapéutica en deformidades faciales	24
Figura 3 Análisis estético estructural.....	25
Figura 4 Percepción: sonrisa alta.....	27
Figura 5 Percepción: sonrisa media.....	27
Figura 6 Percepción: sonrisa baja.....	28
Figura 7: A. Complejo dentogingival; B. Llenado papilar; C. UCE mesial.....	30
Figura 8: Los ocho componentes de una sonrisa balanceada	31
Figura 9: IPS e.max® Ceram	43
Figura 10: IPS e.max® Ceram.	43
Figura 11: IPS e.max® Ceram.	44
Figura 12: IPS e.max® Ceram.	45
Figura 13: Examen clínico extraoral	48
Figura 14: Examen clínico intraoral	49
Figura 15: Odontograma	50
Figura 16: Indicadores de salud bucal	50
Figura 17: Exámenes complementarios.....	51
Figura 18: Serie Rx periapical.....	52
Figura 19: Retiro de coronas de porcelana	56
Figura 20: Colocación del perno prefabricado	58
Figura 21: Encerado diagnóstico	59
Figura 22: Impresiones definitivas	60
Figura 23: Toma de color de la encía con colorímetro guía	61
Figura 24: Colocación de un puente provisional de acrílico.....	62
Figura 25: Prueba de estructura de zirconio.....	62
Figura 26: Prueba de cerámica	63
Figura 27: Cementación de coronas de zirconio	64
Figura 28: Fotografías finales extraorales: A. Vista lateral izquierda;.....	64
Figura 29: Fotografías intraorales oclusales	65
Figura 30: Fotografías intraorales	65
Figura 31: Apicectomía	66
Figura 32: Preparación para las incrustaciones. :	67
Figura 33: Cementación de incrustaciones.	68

ÍNDICE DE TABLAS Y CUADROS

Tabla 1 Signos vitales	47
Tabla 2 Plan de tratamiento	54
Cuadro 1 Esquema de clasificación de los defectos óseos periodontales	
Cuadro 2 Clasificación de los materiales para el manejo protésico	

1. CAPITULO I:

1.1. Introducción

La presencia de un defecto óseo en el sector anterior representa la pérdida de estética de la sonrisa, este puede ser causado por múltiples factores, dentro de los más comunes encontramos la presencia de una prótesis fija mal adaptada o una enfermedad periodontal mal controlada, sin embargo en la actualidad existen varias soluciones, las cuales dependerán del estado del paciente. (Ikeda Artacho, M.C. et al., 2010)

Según Carranza (2009), existen varios tipos de materiales biocompatibles tanto protésicos como quirúrgicos, los cuales son utilizados para la solución este tipo de problemas, sin embargo debemos conocer los beneficios y limitaciones de cada uno de ellos, de esta manera lograremos una selección adecuada.

El uso de la porcelana rosada combinada con una prótesis fija convencional resulta útil en aquellos pacientes que no cumplen con los principios para un tratamiento quirúrgico, ya que según Pujia (2014), al ser un material altamente estético nos permitirá cubrir todas las necesidades de la paciente, de esta manera obtendremos resultados favorecedores y seremos capaces de brindar una rehabilitación integral a través del uso de procedimientos poco invasivos.

La conservación de los tejidos en aquellos pacientes que han perdido soporte óseo es uno de los objetivos más importantes al momento de diseñar un tratamiento, pues este deberá ser poco invasivo y su vez permitir la preservación de la mayor cantidad de hueso alveolar y tejido blando en boca. (Mallat, 2007)

Se dice que la sonrisa es la carta de presentación de una persona, por lo cual debe ser armónica y equilibrada; por lo tanto como profesionales debemos ser capaces de ofrecer al paciente las distintas posibles alternativas con el fin de devolver al paciente una estética adecuada.

1.2. Resumen

La pérdida de la estética dental es cada vez más común en la actualidad, lo que representa un problema en la vida cotidiana del paciente, ya que genera inconformidad consigo mismo, además de afectar a su autoestima; por ello, se han desarrollado varios tipos de tratamientos que se enfocan tanto en las necesidades del paciente como en su satisfacción, y que tienen como objetivo lograr un cambio en su vida. Cabe recalcar que no solo puede haber ausencia de dientes, sino también de tejidos blandos, como sucede en el caso de los defectos óseos que, según Castellanos (2012), se generarían por la pérdida de la papila interproximal, acompañada de la irreversible disminución del hueso alveolar, debido a múltiples factores, entre los cuales los más comunes son la presencia de prótesis mal adaptadas y una enfermedad periodontal no tratada de manera adecuada; por esta razón, el profesional deberá optar por un tratamiento altamente conservador que posea la capacidad de llenar las expectativas de su paciente. Es necesario que se realice una anamnesis detallada y el llenado correcto de la historia clínica, además de exámenes complementarios, como las radiografías, con el fin de corroborar lo que se observa clínicamente.

Este caso se enfoca en el diagnóstico y tratamiento de una paciente de 36 años con un defecto óseo anterior entre los dientes 2.1 y 2.2, según la nomenclatura FDI, causado por la presencia de coronas de porcelana mal adaptadas y tratamientos de conducto no adecuados, por lo cual se empezó el retratamiento y se realizó una apicectomía, seguida de una rehabilitación conservadora con un puente de circonio y caracterización gingival de porcelana rosada; además, mediante la elección de los materiales adecuados, en conjunto con un proceso minucioso por parte del operador y del laboratorio, se cubrieron las necesidades de la paciente y, al mismo tiempo, fue posible conservar los tejidos presentes en la boca. Este caso se estudió con el fin de

mostrar a la comunidad odontológica que para realizar un tratamiento se deben tomar en cuenta las distintas alternativas, tanto convencionales como innovadoras, para lograr en el paciente resultados exitosos.

Palabras clave: defecto óseo, prótesis fija, caracterización gingival, porcelana rosa.

1.3. Abstract

Loss of cosmetic dentistry is becoming more common today for what is a problem in the patient's daily life as it generates dissatisfaction with himself as well as affecting their self-esteem, however have developed various types of treatments which are focus both on the patient's needs and satisfaction, in order to achieve a change in their lives. It is noteworthy that not only may have no teeth but also soft tissue such as bone defects which according Castellanos (2012) is generated by the loss of interdental papilla accompanied by irreversible decrease in alveolar bone caused by multiple factors among which the most common are the presence of poorly adapted prostheses and untreated periodontal disease properly, why professional should opt for a highly conservative treatment possessing the ability to meet the expectations of the patient. As mentioned above it is necessary that a detailed anamnesis and correct filling of a medical history is made, and the use of complementary tests such as X-rays in order to corroborate what is observed clinically. In this case we have a 36 year old patient with anterior bone defect between teeth 2.1 and 2.2 according to FDI nomenclature, caused by the presence of porcelain crowns maladaptive, so it began with their respective retreat and apicoectomy followed by a conservative rehabilitation bridged zirconium and characterization of gingival pink porcelain, resulting is a pretentious decision, however by choosing suitable materials in conjunction with a thorough process by the operator and the laboratory covers the needs of the patient and at the same time will allow us to preserve the tissues present in the mouth. This case was conducted in order to infuse the dental community for treatment take into account the different alternatives both conventional and innovative and thus achieve successful results in the patient.

KEYWORDS: Bone defect, fixed prostheses, gingival characterization, pink porcelain

1.4. Planteamiento del problema

La falta de estética en la sonrisa se ha vuelto un problema muy frecuente en la actualidad, por lo cual se busca mejorar con diferentes alternativas el estado del paciente; no obstante, el inconveniente radica en las limitaciones para realizar un plan de tratamiento adecuado. (Caubet, 2009)

La pérdida ósea, como consecuencia de una prótesis mal adaptada o de una enfermedad periodontal no tratada, y la posterior presencia de un defecto óseo, entre otras afecciones, es el factor más usual de las alteraciones estéticas que se tratarán a lo largo de este trabajo; es necesario recordar que existen intervenciones quirúrgicas, como los injertos óseos y gingivales; sin embargo, no siempre son factibles, debido a que algunos pacientes —como sucede en este caso clínico— no cumplen con los requerimientos y, por lo tanto, los resultados no serán los esperados.

La pérdida de los tejidos gingivales va de la mano con los factores antes nombrados y representa uno de los mayores problemas al tratar de devolver la estética al paciente, debido a la aparición de los denominados “triángulos negros” o las recesiones que dejan al descubierto la raíz del diente, afectando a más de una estructura, además de provocar problemas fonéticos y funcionales (Sadaqah N., Abu Tair J., 2012).

Entre estos tejidos se encuentra la encía libre, que se ubica en la parte más coronal; luego está la encía insertada, que es la zona del mucoperiostio, delimitada coronalmente por el surco de la encía libre; por último, se halla la encía interproximal, que se observa en forma de triángulos en los dientes anteriores y de col en los posteriores (Michael G. Newman, 2012).

La pérdida de la papila interdental es un problema muy común, sin embargo consta de un complejo proceso de regeneración o reemplazo; lo que nos hace preguntarnos qué tipo de alternativas podemos ofrecer a pacientes que cursen por este problema y de qué manera podemos cumplir con sus expectativas y necesidades.

1.5. Justificación

Por todo lo mencionado se ve la necesidad de establecer un tratamiento adecuado como una alternativa para pacientes que no sean buenos candidatos para el tratamiento quirúrgico de un defecto óseo y que cumpla con las expectativas estéticas del paciente, por medio de sesiones con los diferentes tutores de la Clínica Odontológica de la Universidad Internacional del Ecuador, de acuerdo con la especialidad requerida; de esta manera, se obtendrá la información necesaria para elaborar un plan exitoso de tratamiento.

Actualmente es muy común la pérdida de la papila interdental por la aparición de un defecto óseo producto de factores locales o sistémicos, por lo cual se pretende el desarrollo de un tratamiento integral y conservador a través de la confección de una prótesis fija con caracterización gingival, siendo el material de elección la porcelana rosada, debido a su biocompatibilidad con los tejidos y su apariencia natural según Laverty (2018), además de que permite la conservación de las piezas sin necesidad de recurrir a otros procedimientos más agresivos. Tomando en cuenta que la paciente ha perdido una gran cantidad de soporte óseo y gingival, el tratamiento que se determinó será poco invasivo, con lo cual obtendremos la satisfacción de la paciente, habiendo cumplido con sus requerimientos, logrando devolverle una sonrisa armónica y equilibrada mediante el uso de una técnica novedosa.

Cada procedimiento establecido será valorado por un especialista del área, considerando los beneficios que recibirá la paciente con cada uno de ellos; así mismo, se procura que estos permitan la conservación de los tejidos en la boca. De esta manera, se pretende presentar la información de forma investigativa y práctica, la cual será explicada de manera minuciosa, con el fin de colaborar con la comunidad odontológica y lograr el bienestar de los pacientes en general.

1.6.Objetivos

1.6.1. General

Combinar el uso de la porcelana rosada con la prótesis fija convencional para la corrección de un defecto óseo en el sector anterior.

1.6.2. Específicos

- Planificar un tratamiento benéfico para la rehabilitación integral de una paciente con significativa pérdida ósea.
- Diseñar un tratamiento que permita la conservación de tejidos duros y blandos en la boca mediante un tratamiento no quirúrgico.
- Crear armonía facial y estética en la sonrisa por medio del uso de materiales biocompatibles.

2. CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1.1. Estética en el sector anterior

2.1.2. ¿Qué es la estética?

Se define como la apreciación de la belleza; aunque cada persona tiene su propio concepto acerca del tema, es de esperarse que esta se vea alterada por la sociedad y la cultura en general. En odontología el término estética abarca los aspectos morfo-fisiológicos armónicos, mientras el concepto de cosmética se relaciona con la técnica, los materiales, el color y la interacción entre ellos (Henostroza, G. et al., 2006).

2.1.3. Historia

La historia de la estética dental se remonta a tiempos antiguos durante el segundo milenio A. C. Existen referencias históricas sobre el valor de la sustitución de los dientes; la primera fue encontrada en el cementerio de Gigel, en las sorprendentes pirámides de Egipto, con el hallazgo de dos molares enrollados con alambre de oro que claramente se asemejan a un aparato protésico en la actualidad. (Cedeño, 2005)

Los etruscos estaban muy instruidos en la sustitución de los dientes ausentes a partir de dientes humanos o de animales, debido a que la falta de estos generaba una alteración cosmética de la persona. El concepto de sonrisa labial apareció en el año 3000 a. C. con el hallazgo de un pequeño esbozo y se mantuvo así hasta las primeras décadas de siglo XX, donde los dientes empezaron a jugar un papel más importante en la apariencia personal. (Cedeño, 2005)

La primera civilización en crear un tratamiento estético no conservador fue la maya, cuando produjeron dientes con formas extravagantes; por otra parte, los japoneses encontraban la belleza en los dientes de tinción oscura, casi negra. Como podemos ver, la estética dental data

de hace mucho tiempo, pero ha cambiado constantemente hasta la actualidad, donde la armonía y el equilibrio constituyen la definición de una sonrisa adecuada. (Cedeño, 2005)

2.1.4. Importancia del aspecto facial

Varios autores comentan la importancia del aspecto físico en la vida del paciente, debido a que por medio del rostro nos sentimos expuestos y al no estar conformes, nuestra autoestima se ve afectada, lo cual podría derivar en ansiedad y enfermedades de mayor importancia, como la depresión. Por lo tanto, todo profesional odontólogo que trabaje para recuperar la estética dental debe tener en cuenta los requerimientos y necesidades del paciente, a fin de contribuir de manera positiva a su vida. (Arnett, W., McLaughlin R., 2004)

2.2. Fundamentos de la estética dental

2.2.1. Proporción áurea

También conocida como “proporción divina” o “regla de oro” fue creada por los antiguos griegos y se encuentra determinada por conceptos de simetría, equilibrio, proporción y armonía (Henostroza, G. et al., 2006). Existe el número áureo, que tiene un valor de 0.618, que será multiplicado por “x” número, dando como resultado una serie geométrica progresiva; para realizar su cálculo, son necesarios dos componentes: (Montagna, 2008)

2.2.2. Compases en proporción áurea

Funcionan como instrumentos que nos permiten medir con precisión las proporciones tanto dentales como faciales.

2.2.3. Rejillas de proporción áurea

Según Henostroza (2009), el sector anterior tiene una mayor importancia estética; esta proporción se presenta cuando existe una relación matemática de 1.618 para el incisivo central,

1.0 para el incisivo lateral y 0.618 para el canino (Henostroza, G. et al., 2006). Si estas medidas son correctas, la sonrisa del paciente será armónica y agradable.

2.3. Evaluación clínica facial y dental

2.3.1. Formas y contornos faciales

Están compuestas por los trazos anatómicos de la cara, como la altura, el ancho y la profundidad; estos empiezan a desarrollarse a partir de la etapa de dentición decidua hasta alcanzar la madurez esquelética. Su clasificación se describe en la siguiente figura:

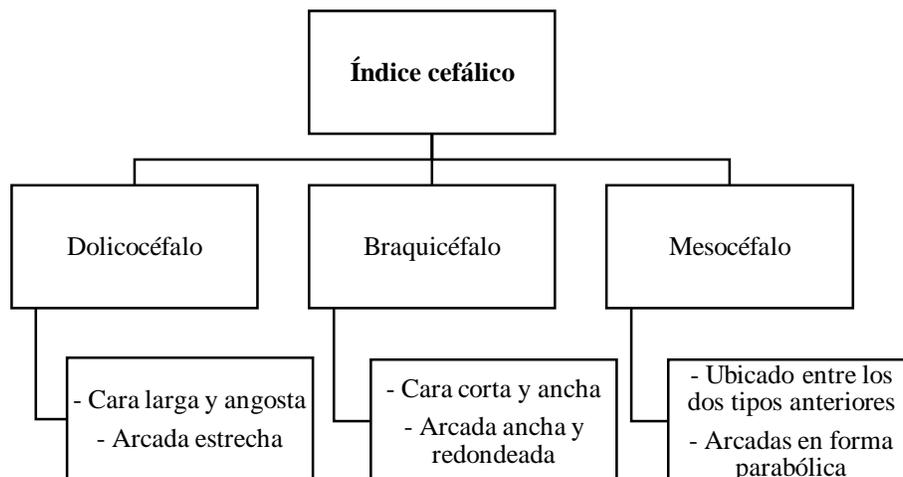


Figura 1 Índice cefálico
Autor: Henostroza, 2009

Ahora bien, independientemente del tipo facial, deber existir armonía y equilibrio y, por lo tanto, belleza. Los contornos faciales son un tema interesante, debido a que la restauración en sector anterior debe ser compatible con el rostro de la persona; de esta manera, se logrará una estética adecuada. Por lo tanto para la elección de un tratamiento exitoso se deben tomar en cuenta múltiples factores, siendo uno de los más importantes la forma del rostro del paciente, entre otros. (Herbert T. Shillinburg, 2002)

2.3.2. Análisis facial en vista frontal y lateral

2.3.2.1. Simetría

Se evalúa la simetría bilateral del rostro a partir de una línea vertical trazada a través de los puntos glabella, la punta de la nariz, los labios y el mentón; la segunda línea se trazará a lo largo del plano bipupilar. La unión de estas dos nos permite detectar asimetrías faciales, tales como la desviación del mentón o de la nariz; así mismo, podemos observar si existe diferencia de tamaño entre los dos lados de la cara. Aun así, existen patologías que solo pueden ser vistas en un perfil lateral. (Arnett, W., McLaughlin R., 2004)

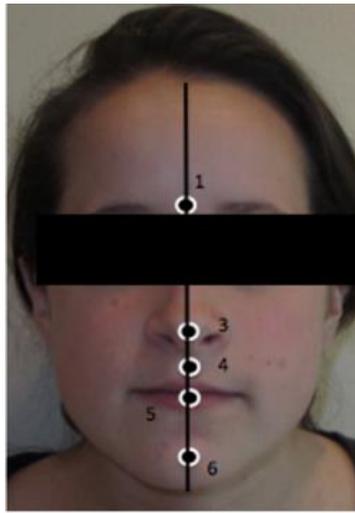


Figura 2 Análisis estético dentofacial: base de la terapéutica en deformidades faciales

Autor: Cazar M., 2017

2.3.2.2.Tercios faciales

La cara se divide de manera horizontal frontal en tres tercios: superior, medio e inferior. También es necesario que se realice un análisis de perfil, ya que en esta posición y al dividir el rostro, es posible detectar desarmonías diferentes. (Arnett, W., McLaughlin R., 2004)

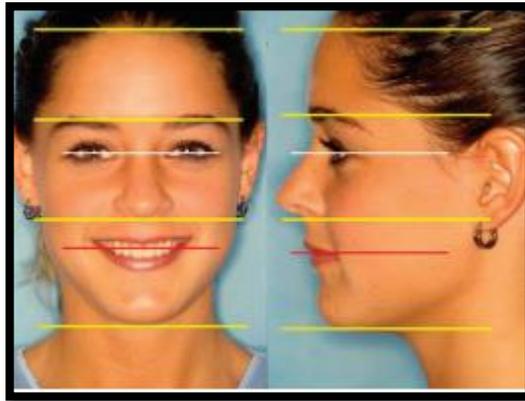


Figura 3 Análisis estético estructural
Autor: Cedeño, 2005

Cuando estas proporciones son aproximadamente iguales, se considera que el rostro es armonioso, estético y equilibrado.

2.3.2.3.Relación labial

En una vista frontal los labios presentan un sellado pasivo; si la exposición del bermellón del labio superior fluctúa entre 6 y 9 mm y la del labio inferior entre 8 y 12 mm más que el superior, la estética es adecuada; si estos valores se ven alterados, la armonía se verá menoscabada (Arnett, W., McLaughlin R., 2004).

Según Ricketts, existe una segunda teoría que utiliza la proporción áurea como referencia; esta dicta que la exposición del labio superior debe ser de 1.0 y la del labio inferior, de 1.618.

Desde una vista lateral, los labios deben juntarse de manera neutral, los surcos peribucales deben ser evidentes, pero suaves y el ángulo nasolabial debe variar entre 100° y 110° (Henostroza, G. et al., 2006).

2.4.La sonrisa

2.4.1. Análisis de la sonrisa

El profesional debe buscar la armonía y enfocarse especialmente en el sector anterior, debido a que este es el de mayor exposición; todo esto se realizará sin afectar las funciones propias de la boca, como la fonética, la masticación, la respiración y la deglución. El resultado será una sonrisa agradable, que proveerá mayor seguridad en sí mismo al paciente, ya que se trata de cambios en la estética facial. (Montagna, 2008)

2.5.Componentes de una sonrisa balanceada

2.5.1. Componentes anatómicos

a) Tipos de sonrisa

La sonrisa es la carta de presentación de una persona; en ella, por lo general, los elementos de mayor importancia son los dientes; sin embargo, no debemos dejar de lado los tejidos blandos, también llamados “estética rosa”, debido a que juegan un papel muy importante en la apariencia facial del paciente, así como en un tratamiento restaurador. Existen distintos tipos de sonrisa que se clasifican de acuerdo con la localización de la línea gingival y que se explicarán a continuación:

Sonrisa alta

Es aquella que revela casi en su totalidad los dientes anteriores del maxilar superior, además de dejar a la vista una gran cantidad de encía. Esta condición afecta en mayor proporción a las mujeres y a las personas con alteraciones de protrusión o exceso maxilar vertical; también se conoce como sonrisa gingival (Henostroza, G. et al., 2006).



Figura 4 Percepción: sonrisa alta

Autor: Bottino M, 2009

Sonrisa media

Es aquella sonrisa en la que se revela el 50% de los dientes anteriores del maxilar superior y la encía expuesta se limita a la interproximal.



Figura 5 Percepción: sonrisa media

Autor: Bottino M, 2009

Sonrisa baja

Se denomina sonrisa baja a aquella en la cual la exposición de los dientes anteriores del maxilar superior es menor al 75%.



Figura 6 Percepción: sonrisa baja
Autor: Bottino M, 2009

b) Biotipo gingival

Este es uno de los componentes más importantes con respecto a la determinación de un tratamiento estético adecuado en el sector anterior; existen dos clases de biotipo periodontal:

Biotipo fino festoneado

Su arquitectura es fina y delicada, con poca cantidad de tejido blando; se encuentra asociado a los dientes de forma triangular, con pequeños contactos interdientales en el tercio incisal y papilas largas y finas. Suele responder de manera adecuada a los tratamientos quirúrgicos y prostodónticos en caso de sufrir migración apical, recesión gingival o pérdida ósea, lo cual da lugar a los molestos triángulos negros (Caubet, 2009).

Este biotipo periodontal hace más probable la aparición de defectos óseos secundarios, ya que la cortical ósea vestibular es delgada y susceptible a la pérdida de tejidos duros, por lo cual los tratamientos indicados para esta clase de pacientes deben ser conservadores.

Biotipo grueso-plano

Presenta tejido blando, denso y fibrótico, además de una gran cantidad de tejido insertado; una de las características más usuales es que la forma de los dientes es cuadrada, con convexidad

en el tercio cervical; las papilas interdentes son cortas, a diferencia de las de los pacientes con biotipo fino (Caubet, 2009).

c) **Estética rosa**

La “estética rosa” se refiere a la encía o gingiva presente en la boca, que es de gran importancia, ya que podría compararse con un marco, debido a que se encuentra ubicada rodeando los dientes; por lo tanto, es de esperar que al no haber asimetría, la armonía dentofacial se vea seriamente afectada.

Los elementos más importantes de la estética rosa son los márgenes gingivales y la papila interdental, debido a que se encuentran más expuestos; estos pueden tener diferentes consistencia y apariencia, dependiendo de los biotipos periodontales previamente indicados.

La papila interdental se encuentra en la zona proximal de los dientes; puede tomar distintas formas tanto en el sector anterior (triangular) como en el posterior (aplanada); es un determinante estético y su pérdida puede producirse por la ausencia de las paredes proximales, entre otras causas (Castellanos, J. L. et al., 2012).

Su espesor y longitud se determinan por el nivel óseo interproximal y el punto de contacto; en el caso de estar en la zona incisal, se observarán 2 mm pertenecientes al espacio biológico y 3 mm de tejido proyectado de manera incisal por debajo de las fibras supracrestales (Castellanos, J. L. et al., 2012). En las siguientes figuras podremos observar la distribución de los espacios en mm:

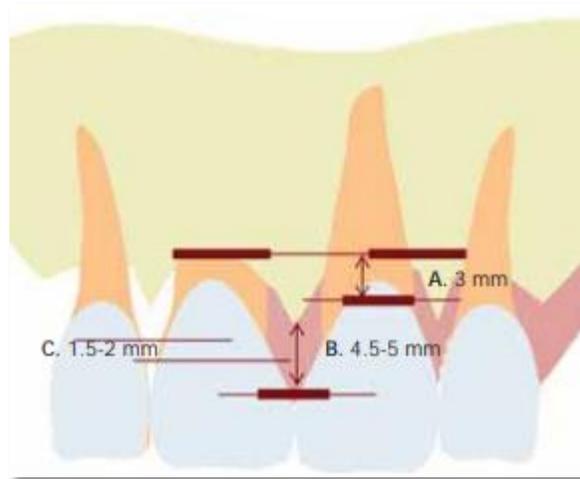


Figura 7: A. Complejo dentogingival; B. Llenado papilar; C. UCE mesial
 Autor: Castellanos J.L, 2012.

Cabe recalcar que mientras más posterior sea la papila interincisal, esta irá disminuyendo; esta es la razón por la cual su longitud en los molares es de no más de 3 mm. El margen gingival se define como el límite entre el esmalte y el cemento del diente; por lo tanto, tiene un papel importante en la estética rosa del paciente, especialmente en el sector anterosuperior, donde este debe medir lo mismo a nivel de los incisivos centrales superiores, para después subir 1 mm hacia la coronal en los laterales; el margen de los caninos debe encontrarse al mismo nivel que el de los incisivos centrales. Con esto se logrará el nombrado “efecto gaviota”, que da como resultado una sonrisa armoniosa y estética (Bolívar, 2012). Esta puede verse afectada por las recesiones gingivales que causan la retracción de la encía y, a su vez, una asimetría de la sonrisa.

d) Dientes

Los componentes previamente explicados son importantes para una sonrisa balanceada; no obstante, los dientes tienen un papel fundamental, ya que para que exista belleza deben estar correctamente integrados, tanto en forma como en color, angulación y línea media.

2.5.2. Componentes estéticos

a) Línea labial

Los labios son un punto crucial en la estética del sector anterior, porque su línea determina la exposición vertical de los dientes; se debe considerar en este punto la diferencia entre géneros, ya que en las mujeres el promedio es 1,5 mm más alto que las líneas labiales masculinas. En la actualidad la “sonrisa gomosa” no se acepta, puesto que se considera poco estética; mientras se mantenga dentro del rango de 1 a 2 mm será aceptable.

También encontramos diferencia entre una sonrisa voluntaria y una espontánea, ya que en la involuntaria la altura de la línea labial aumenta y, por lo tanto, la exposición de los dientes es mayor (Roy Sabri, 2005).

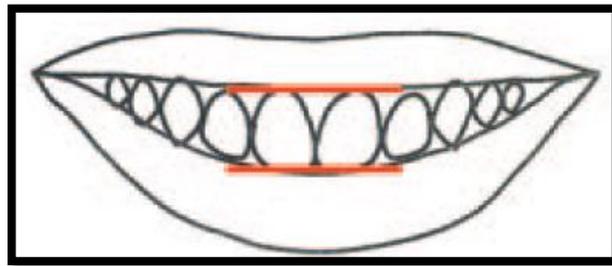


Figura 8: Los ocho componentes de una sonrisa balanceada
Autor: Sabri R, 2005.

b) Simetría de la sonrisa

La línea media es importante porque brinda estética y armonía a la sonrisa; esta habitualmente debe coincidir con la línea media facial; si en ella existiera una discrepancia suave, sería aceptable mientras el área del contacto interproximal entre los incisivos centrales superiores sea vertical (Sabri, 2005).

La línea media inferior causa menos problemas en la estética de la sonrisa, puesto que su visualización es limitada. La simetría de la sonrisa se refiere también a las comisuras bucales y a su ubicación idéntica, esto es, en relación con el plano oclusal y vertical, tomando como referencia el plano bipupilar (Henostroza, G. et al., 2006).

c) Arco de la sonrisa

Es la línea que se forma a lo largo de los bordes en los dientes anterosuperiores y el contorno interno del labio inferior, que suele ser más pronunciado en el sexo femenino. Se clasifica en:

Consonante: el borde de los dientes anteriores del maxilar superior coincide con el contorneado del labio inferior.

Plano: los bordes incisales de los dientes anteriores del maxilar superior son rectos; suele ser más común en los pacientes que tienen un tratamiento de ortodoncia (Manjula, W.S. et al., 2015).

Invertido: los bordes incisales de los dientes anterosuperiores se ubican en sentido antagónico al contorno del labio inferior (Bolívar, 2012).

d) Corredor bucal

Se define como el espacio que se forma entre la superficie vestibular de los dientes posteriores y las comisuras labiales; cuando el paciente sonrío, estos espacios son negativos. Se mide desde el ángulo de la línea mesial de los primeros premolares superiores hasta la parte inferior de la comisura de los labios. Cabe recalcar que este espacio se verá afectado por la anchura del arco maxilar, los músculos faciales y la posición de las superficies vestibulares de los dientes posteriores (Bolívar, 2012).

2.6. Defectos óseos

2.6.1. Definición

La pérdida del soporte óseo es uno de los mayores problemas a la hora de devolver la estética al sector anterior, además de ser un signo característico de las consecuencias de una enfermedad periodontal no tratada o también el resultado de una prótesis mal adaptada, entre otros factores. Esta puede ser extensa o limitarse solo a un diente específico; los defectos óseos son comunes en la actualidad; por lo tanto, se debe realizar un diagnóstico adecuado, con el objetivo de plantear un tratamiento que cubra los requerimientos del paciente.

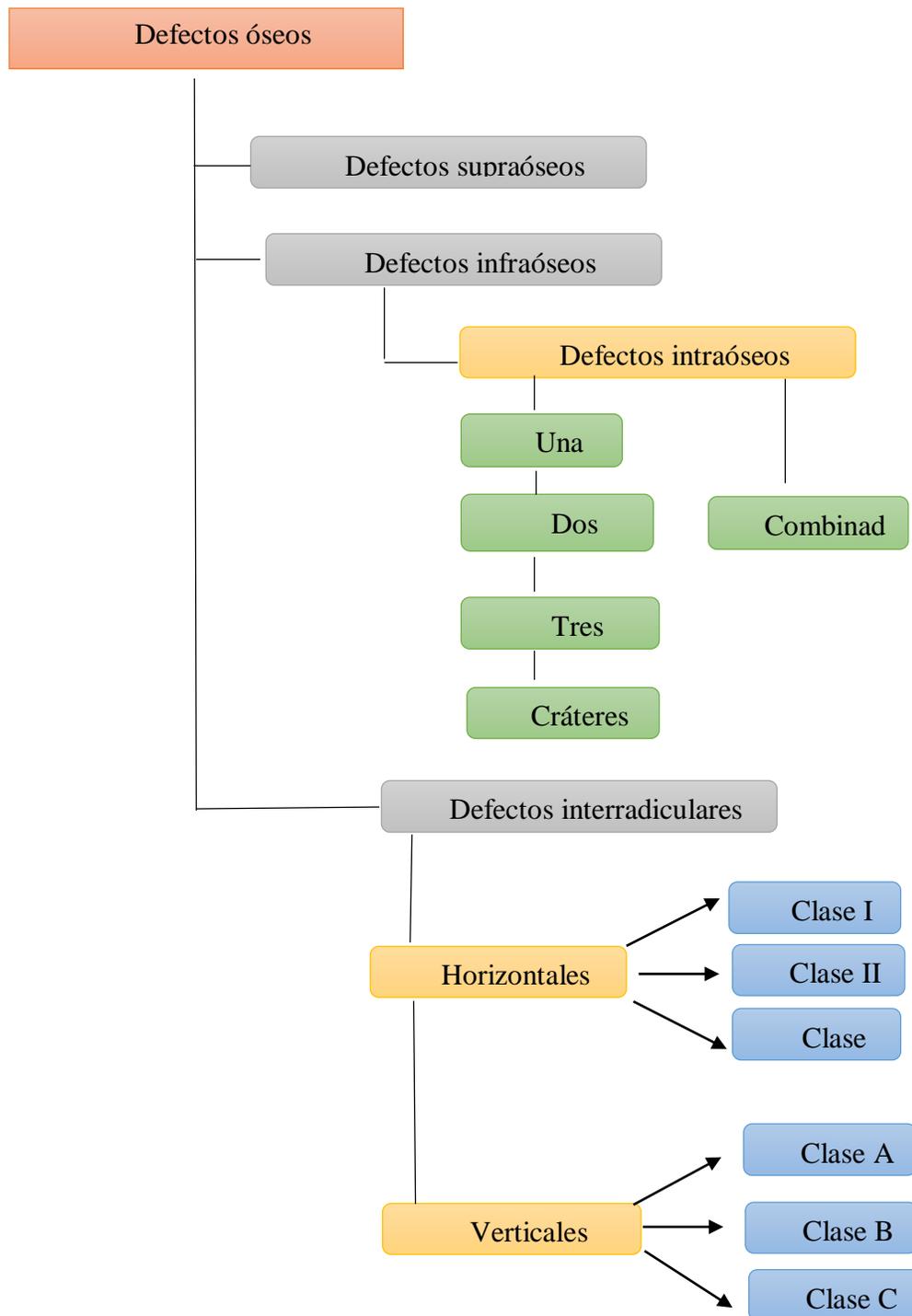
2.6.2. Etiología

Desde tiempos remotos se ha pensado que uno de los factores más comunes para la destrucción del hueso alveolar es la retención de la placa; sin embargo, entre otros factores también se encuentran los traumas oclusales, generados ya sea por una mala posición dental o por el uso continuo de una prótesis mal adaptada.

Independientemente del número y la naturaleza de los factores implicados, la pérdida ósea se considera hoy como el resultado de un crecimiento apical de la placa subgingival, con una reabsorción concomitante del hueso dentro de un radio de 2 mm desde la superficie de la raíz (Tonetti, 2000).

2.6.3. Clasificación

Las clasificaciones se basan en criterios morfológicos específicos y el objetivo es guiar al profesional a un diagnóstico y plan de tratamiento adecuados.



Cuadro 1: Esquema de clasificación de los defectos óseos periodontales
“Diagnosis and epidemiology of periodontal osseous lesions”

Autor: Tonetti, 2000.

2.6.4. Defectos supraóseos

Se caracterizan por una pérdida del hueso en sentido horizontal, desde la LAC de un diente vecino; por lo tanto, la altura de la cresta alveolar se reduce.

2.6.5. Defectos infraóseos

Se relacionan con la pérdida del hueso alveolar en sentido angular o vertical, lo cual se puede observar claramente en una radiografía; además, pueden presentarse en distintas formas: verticales, horizontales o circunferenciales; sin embargo, todas conllevan el mismo resultado: la destrucción del tejido duro alrededor del diente.

Otra característica de este defecto es que la cresta alveolar no es paralela al nivel que conecta la unión del LAC del diente adyacente y la base del defecto se localiza apicalmente a la cresta alveolar (Escudero Castaño N., 2007).

2.6.6. Defectos intraóseos

Se clasifican con respecto a su morfología, ancho y extensión del defecto en la raíz del diente afectado o también según el número de paredes afectadas, en los siguientes tipos:

- **Defectos intraóseos de una pared:** se encuentran limitados a una sola pared ósea y a la superficie del diente.
- **Defectos intraóseos de dos paredes:** comprenden dos paredes óseas y la superficie del diente.
- **Defectos intraóseos de tres paredes:** abarcan tres paredes óseas y la superficie del diente.
- Este tipo de defectos aumenta en mayor porcentaje con la edad, encontrándose de manera más significativa en las superficies mesiales de los molares.

2.6.7. Cráteres

Debido a su morfología de carácter especial, son de gran interés; tienen forma de copa o taza y se localizan en el hueso alveolar interdental a lo largo de las superficies adyacentes de dos dientes y sus raíces de mesial a distal, confinados dentro de la pared vestibular, lingual o palatina.

Según Gerald Shklar y Fermín Carranza, su etiología es variable y poco establecida; el acúmulo de la placa dental en el espacio interdental es una de las más aceptadas, seguida de la forma vestibulo-lingual plana, o incluso cóncava normal del tabique interdental en los molares inferiores que puede favorecer la producción de cráteres. Además, los patrones vasculares desde la encía hacia el centro de la cresta pueden proveer una vía para la inflamación (Gerald Shklar, 2009).

2.6.8. Defectos interradiculares

También conocidos como defectos de furca, como lo muestra el cuadro previamente mencionado, estos se clasifican en:

Horizontales

- Clase I: definida como mínima, presenta una significativa pérdida en furca.
- Clase II: existe un grado variable de destrucción ósea, pero no atraviesa por completo la furca.
- Clase III: esta es la más grave, debido a que el grado de destrucción ósea es mayor y atraviesa la furca en su totalidad.

Verticales

Fueron determinados por Hamp, Lindhe y Nyman; debido a que se enfocan en el nivel de compromiso de la furcación en sentido horizontal, se clasifican de la siguiente manera:

- Grado 1: pérdida del soporte óseo horizontal, que no excede 1/3 del ancho total del diente.
- Grado 2: pérdida del soporte óseo que sobrepasa 1/3 del ancho total del diente.

- Grado 3: destrucción completa del soporte óseo, lo que significa que la lesión va de “lado a lado” de la furcación (Ikeda Artacho, M.C. et al., 2010).

2.7. Diagnóstico de defectos óseos

El diagnóstico de los defectos óseos periodontales es complejo, ya que requiere una evaluación clínica minuciosa y detallada, además de exámenes complementarios, como la radiografía, que ayudará a determinar su morfología, extensión y localización. También permitirá observar la presencia de la reabsorción del hueso alveolar; sin embargo, la interpretación radiográfica convencional del tabique óseo interdental es complicada porque es una estructura tridimensional, lo cual conlleva imágenes sobreproyectadas, como el hueso alveolar, los tejidos duros del diente y el tejido blando (Tonetti, 2000).

La imagen que nos provee una radiografía es bidimensional; por lo tanto, es de esperarse que exista la posibilidad de un diagnóstico erróneo. Esta es una de las razones por las que el examen clínico del nivel de inserción es una herramienta de diagnóstico, altamente confiable y segura.

La combinación de un examen clínico adecuado con la radiografía permitirá tener una visión específica del sitio de la pérdida ósea radiográfica con la pérdida de inserción clínica, lo que ayudará al clínico a realizar una estimación cualificada de la verdadera arquitectura ósea, cuya morfología exacta, no obstante, solo se puede establecer después de la elevación del colgajo (Tonetti, 2000). Algunas técnicas radiográficas indicadas para la detección de los defectos óseos son las convencionales. La radiografía se utiliza como un complemento indispensable para el diagnóstico de los defectos óseos; entre las técnicas más utilizadas tenemos:

- ✓ Técnica periapical o bisectriz.
- ✓ Técnica de paralelismo.
- ✓ Técnica Bite-wing.
- ✓ Panorámica de maxilares.
- ✓ TAC.

- ✓ Tomografía convencional.

2.7.1. Tratamiento

2.7.1.1. Quirúrgico

Tratamiento en tejidos duros

La pérdida del hueso es muy común cuando responde a una periodontitis no tratada o al uso de una prótesis mal adaptada; sin embargo, es posible realizar injertos óseos mientras el paciente cumpla con ciertos principios. Existen varios tipos de injertos, que se describen a continuación:

- **Autoinjerto (injerto autólogo):** este se obtiene de las partes intraorales, como el mentón o la tuberosidad del maxilar; en caso de que la cantidad necesaria sea mayor, el peroné o la cresta iliaca serán la mejor opción.
- **Injertos homólogos:** proceden de individuos de la misma especie, pero de diferente genética; se pueden clasificar en aloinjertos congelados, aloinjertos iofilizados y desmineralizados, huesos irradiados (Tortolini P., 2012).
- **Injertos heterólogos:** son de tipo natural y generalmente provienen de la especie bovina.
- **Injertos aloplásticos o sintéticos:** fabricados sintéticamente, se encuentran en varios tamaños y formas; dentro de esta clasificación se encuentran las membranas que pueden ser reabsorbibles y no reabsorbibles (Tortolini P., 2012).

Tratamiento en tejidos blandos

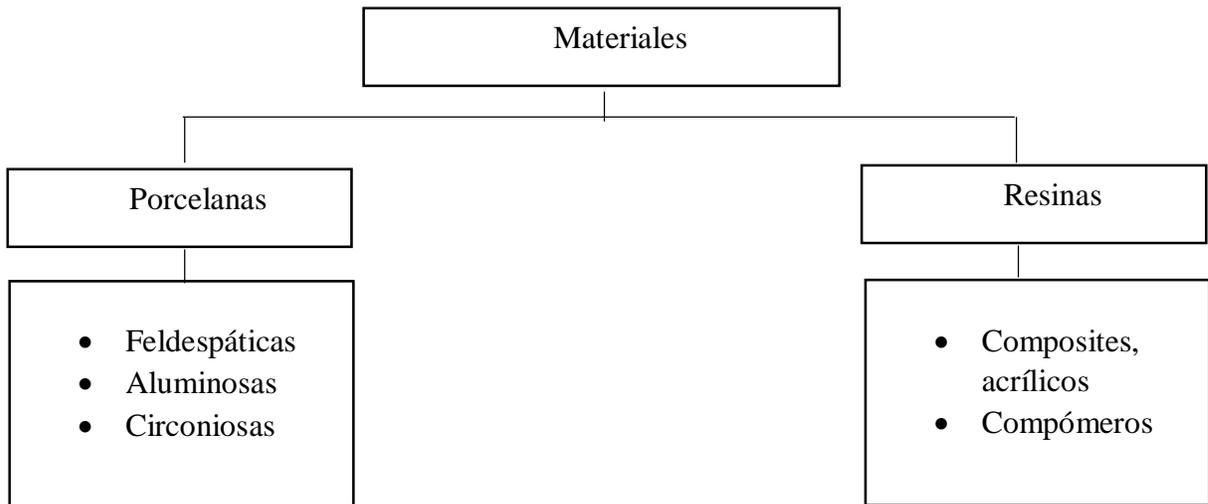
Actualmente, el injerto mucogingival se realiza como una solución a las recesiones gingivales; este se obtiene del paladar del paciente en el transcurso de la cirugía y se coloca con el objetivo de aumentar la encía queratinizada y brindar resultados estéticos.

2.7.1.2. Protésico

El tratamiento protésico se basa en el uso de una prótesis fija o removible como solución estética sin necesidad de una intervención quirúrgica; este puede ser conveniente por varios aspectos, pudiendo evitarse un trauma posquirúrgico, además de disminuir el tiempo y el costo del trabajo.

A más de permitirnos restaurar los tejidos blandos y duros, es la opción más apropiada para los pacientes que no cumplen con las condiciones adecuadas para ser tratados quirúrgicamente, ya que —mediante la combinación de la prótesis con la caracterización gingival, que se consigue con el uso de materiales como porcelanas y resinas— lograremos devolver la armonía y estética a la sonrisa del paciente (Sadaqah N., Abu Tair J., 2012).

2.8. Manejo protésico de los defectos óseos



Cuadro 2: Clasificación de los materiales para el manejo protésico

Autor: Dixon C, 2012.

2.8.1. Porcelanas

La siguiente clasificación se encuentra basada en su composición química, siendo la más conocida en el mundo de la odontología estética y protésica:

2.8.1.1. Cerámicas feldespáticas

Estas constan de un magma de feldespato, en el cual se encuentran dispersas partículas de cuarzo y en menor cantidad, caolín; se utilizan principalmente para recubrir las estructuras metálicas o de cerámica (Martínez, R. et al., 2007). Entre los sistemas más conocidos y utilizados se encuentran:

- Optec-HSP® (Jeneric), Fortress® (Myron Int), Finesse® AllCeramic (Dentsply) e IPS Empress® I (Ivoclar).
- IPS Empress® II (Ivoclar).
- IPS e.max® Press/CAD (Ivoclar).

2.8.1.2. Cerámicas aluminosas

En 1965 se inició una investigación acerca de las cerámicas sin metal y se agregó al óxido de aluminio una cantidad de porcelana feldespática, dando como resultado una estructura de tipo mixto en la cual también disminuyó considerablemente la cantidad de cuarzo (Martínez, R. et al., 2007). Entre las cerámicas más utilizadas por los profesionales se encuentran:

- In-Ceram® Alumina (Vita).
- In-Ceram® Spinell (Vita).
- In-Ceram® Zirconia (Vita).
- Procera® AllCeram.

2.8.1.3. Cerámicas circoniosas

Son cerámicas de última generación, compuestas por circonio altamente sinterizado y estabilizado con óxido de itrio; su propiedad más importante es la alta tenacidad, lo que le hace

adquirir mayor volumen y, por tanto, una mejor resistencia y menos probabilidad de fractura (Martínez, R. et al., 2007). En este grupo las más conocidas y utilizadas son:

- DC-Zircon® (DCS).
- Cercon® (Dentsply).
- In-Ceram® YZ (Vita).
- Procera® Zirconia (Nobel Biocare).
- Lava® (3M Espe).
- IPS e.max® ZirCAD (Ivoclar).

2.8.2. Resinas

2.8.2.1 Composites

También denominadas resinas acrílicas, son utilizadas en el mundo de la prostodoncia como material para reemplazar los tejidos que han sido afectados por traumatismos, cirugías, enfermedades periodontal o defectos de nacimiento.

El tipo de prótesis fabricada con este material deberá poseer características especiales para que pueda tener un color similar al de la piel adyacente, en este caso, la encía. Por lo tanto, es imprescindible que tenga una durabilidad adecuada, así como flexibilidad y resistencia a la pigmentación (Dixon Hatrick, C. et al., 2012).

Por mucho tiempo solo existieron *composites* capaces de imitar el color del diente y, en caso de querer utilizarse para la caracterización de la encía, se debía recurrir al manejo de maquillaje, por lo cual el resultado no satisfacía las necesidades del paciente (Antón-Radigales, M., 2005). En la actualidad existen varias resinas acrílicas que nos brindan las características mencionadas previamente, entre las cuales tenemos:

Gingafill® (Cosmedent).

GC Gradia Gum (GC).

VERACRIL – OPTYCRIL de New Stetic.

2.8.2.2. Compómeros

Se definen como resinas compuestas que fueron modificadas con poliácido; por lo tanto, estarán formados de ácido policarboxílico y metacrilatos que producirán la liberación de flúor (Dixon Hatrick, C. et al., 2012).

Entre los más conocidos tenemos el CompNatur ® (VOCO), que tiene propiedades que evitan la acumulación de la placa y, en consecuencia, la gingivitis, además de ser de fácil manejo y capaces de ser utilizados en el consultorio (Antón-Radigales, M., 2005).

2.9. Técnica de sustitución gingival según el tipo de material

En la descripción de este caso clínico nos enfocaremos en la técnica utilizada para la caracterización gingival de un puente de dos piezas en el sector anterior; por lo tanto, el material debe ser altamente estético. Esto se conseguirá mediante la selección acertada de una porcelana versátil que permita realizar cambios de coloración en sí misma; la IPS e.max® System será nuestra referencia, debido a que posee las características previamente mencionadas, además de ser la más utilizada y con mayor éxito en el mundo.

Se caracteriza por sus propiedades de modelado, alta estabilidad y su comportamiento ante la cocción al poseer cristales de nano fluorapatita; en diferentes concentraciones permite al material una combinación única, además de una translucidez, opalescencia y luminosidad adecuadas (Vivadent, 2017).

2.9.1. Determinación de la encía

Para lograr un resultado óptimo, se deben tomar en cuenta la anatomía, la textura superficial y el color de manera individualizada. El color se tomará utilizando una guía antes de empezar cualquier tipo de procedimiento, como anestesia local o el proceso de preparación. Como se puede observar en la carta de colores, existen varios tonos que van del naranja al rojo hasta

llegar a un tono azulado; los colores se pueden combinar para lograr el matiz deseado (Vivadent, 2017).



Figura 9: IPS e.max® Ceram
Autor: Vivadent, 2017



Figura 10: IPS e.max® Ceram.
Autor: Vivadent, 2017

- Existen varias consideraciones que deben tomarse en cuenta al realizar este procedimiento:
- Antes de hacer la estratificación, se deben aislar las zonas correspondientes del modelo.
- En caso de ser una estructura de circonio, usar el primer, indicado de acuerdo con el producto utilizado.
- La cerámica gingival se aplicará en conjunto con la del diente para luego realizar la cocción.
- Mezclar la cantidad necesaria con los líquidos, teniendo en cuenta la consistencia deseada.
- Utilizar agua destilada para evitar la acumulación de componentes orgánicos.
- Reforzar los dientes pilares del pónico.

- Colocar la estructura correctamente sobre el modelo.
- Estratificar las zonas de color, tanto del diente como de la gingiva.
- El número de cocciones dependerá de la superficie de la restauración.
- Utilizar los materiales para la gingiva de manera que se cree un apoyo basal de la restauración sobre la encía; con esto se logrará la higiene adecuada de la restauración luego de su colocación.
- Mantener la hidratación de la restauración.
- Con un bisturí se deben separar la estructura de las zonas interdetales antes de la cocción.
- Realizar la primera cocción.

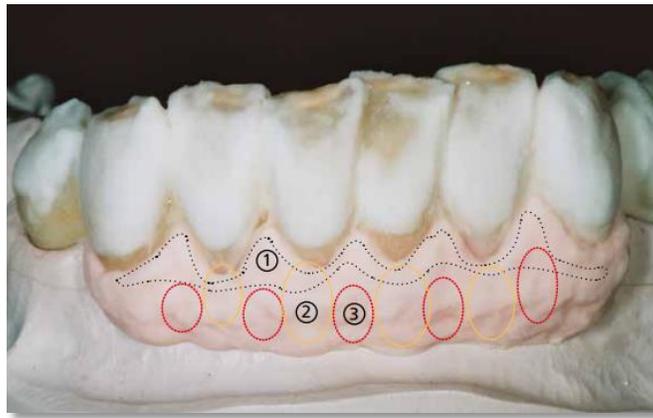


Figura 11: IPS e.max® Ceram.
Autor: Vivadent, 2017.

2.9.2. Maquillaje y glaseado

Para la terminación de este procedimiento, se deben tomar en cuenta las siguientes pautas:

- Utilizar instrumentos de fresado adecuado y diseñar una forma y estructura que luzcan naturales.
- Las zonas que fueron sometidas a cocción deben mostrar mayor brillo y junto con ello, se deberán utilizar gomas de pulido.

- Con el fin de mejorar las propiedades humectantes de la superficie, se debe frotar la restauración con cerámica húmeda o piedra pómez.
- La restauración debe encontrarse en condiciones óptimas de limpieza, es decir, sin rastros de grasa o suciedad.
- De ser necesario un retoque de color, se debe hacerlo de manera adecuada, utilizando los tonos indicados.
- Colocar la capa de glaseado a lo largo de la superficie y de manera uniforme (Vivadent, 2017).



Figura 12: IPS e.max® Ceram.
Autor: Vivadent, 2017

A continuación, se describirán los procedimientos realizados de acuerdo con el plan de tratamiento establecido.

3.1.CAPITULO III: CASO CLÍNICO

3.2.Historia clínica

3.2.1. Datos generales

Nombre: Alexandra Edith Jácome Andrade.

Sexo: femenino.

Edad: 36 años.

Nacionalidad: ecuatoriana.

Estado civil: casada.

Ocupación: comerciante.

3.2.2. Motivo de consulta

Evaluación general.

3.2.3. Enfermedad o problema actual

La paciente refiere que unos ocho meses antes se realizó una intervención quirúrgica, presuntamente un raspado a campo abierto en el sector anterior; además, presenta inconformidad con el aspecto de su sonrisa, debido a que diez años antes le colocaron coronas individuales que muestran un aspecto opaco y asimétrico. La paciente no presenta ninguna sintomatología.

3.2.4. Antecedentes personales y familiares

- Refiere chasquido bilateral en ATM.
- Antecedente de hipertensión arterial alta (madre).

3.2.5. Signos vitales

Tabla 1
Signos vitales

Presión arterial/ mm Hg	120/80 mmhg
Frecuencia cardiaca	76 latidos/minuto
Temperatura en °C	36 °C
Frecuencia respiratoria	21 respiraciones/minuto

Autor: Andrade M, 2019

3.2.6. Examen clínico

3.2.6.1. Examen extraoral

En el examen extraoral la paciente no presenta patología aparente ni asimetrías faciales; en la palpación no se encuentran ganglios inflamados; en el examen de ATM se encuentra ruido bilateral.





Figura 13: Examen clínico extraoral: A. Fotografía frontal; B. Fotografía frontal sonriendo; C. Fotografía de perfil, lado derecho; D. Fotografía de perfil, lado izquierdo
Autor: Andrade M, 2019

3.2.6.2. Examen intraoral

Mediante un examen minucioso con el equipo de diagnóstico adecuado, se observó en la paciente biofilm en mayor cantidad en la zona incisiva inferior y en el molar superior, edentulismo parcial entre las piezas 1.5 y 1.7, presencia de coronas mal adaptadas en las piezas 2.1 y 2.2, siendo estas responsables del defecto óseo anterior. Además, presenta múltiples restauraciones en la boca y terceros molares 2.8 y 3.8 afuncionales.



Figura 14: Examen clínico intraoral: A. Fotografía oclusal superior; B. Fotografía oclusal inferior; C. Fotografía de perfil, lado derecho; D. Fotografía de perfil, lado izquierdo; E. Fotografía frontal en oclusión
Autor: Andrade M, 2019

3.2.7. Odontograma

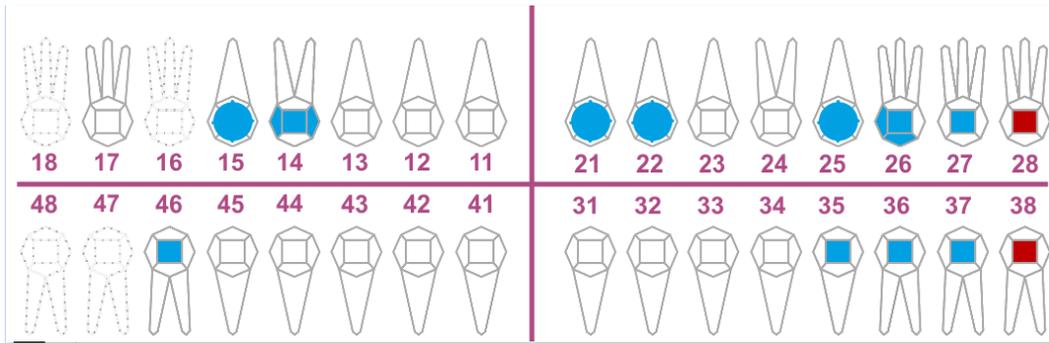


Figura 15: Odontograma

Autor: Andrade M, 2019

En el odontograma se pueden observar:

- Ausencia de dientes 1.6, 1.8, 4.7, 4.8.
- Caries en 2.8 y 3.8.
- Coronas en 1.5, 2.1, 2.2 y 2.5.
- Restauraciones en 1.4, 2.6, 2.7, 3.5, 3.6, 3.7 y 4.6.

3.2.8. Indicadores de salud

INDICADORES DE SALUD BUCAL						
HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA						
PIEZAS DENTALES				PLACA	CÁLCULO	GINGIVITIS
16		17	X 55	1	0	0
11	X	21	51	1	0	0
26	X	27	65	1	0	0
36	X	37	75	1	0	0
31	X	41	71	1	1	0
46	X	47	85	1	0	0
TOTALES				1	0.16	0

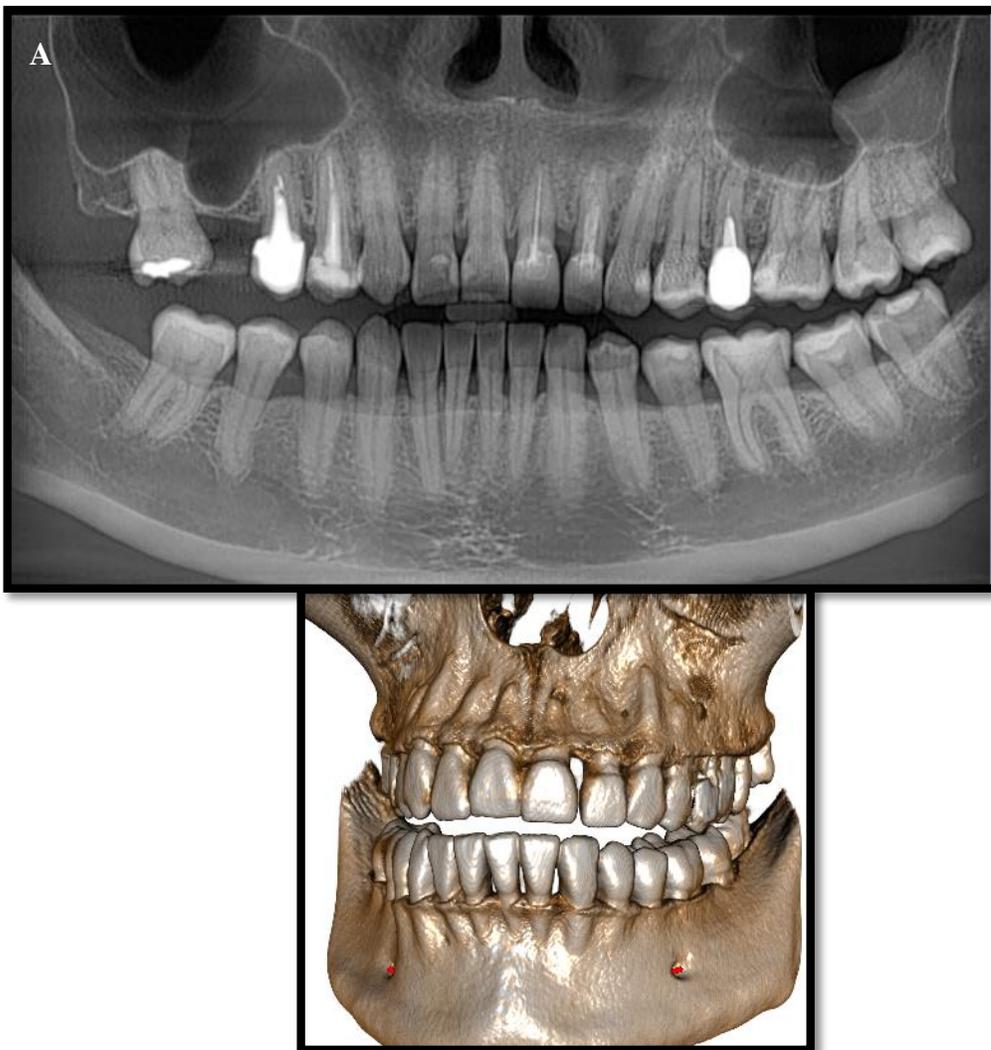
Figura 16: Indicadores de salud bucal

Autor: Andrade M, 2019

3.2.9. Exámenes complementarios

Los exámenes complementarios son necesarios para el diagnóstico y para un plan de tratamiento adecuado; entre los que se le solicitó a la paciente están: Rx panorámica de maxilares, serie de Rx periapicales, modelos de estudio, exámenes de sangre (BH, tiempos de coagulación, entre otros).

Además, la paciente proporcionó una tomografía computarizada que proveerá mayor información, permitiéndonos establecer el tratamiento con base en sus necesidades.



**Figura 17: Exámenes complementarios: A. Radiografía panorámica;
B. Tomografía digital**
Autor: Andrade M, 2019

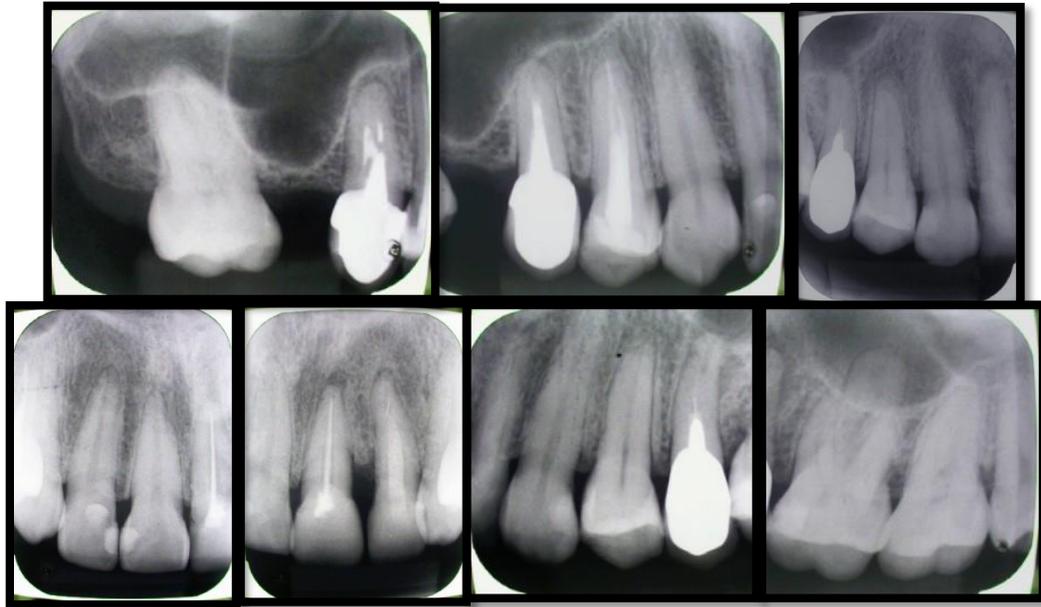


Figura 18: Serie Rx periapical: : A. Dientes 1.7 y 1.5; B. Diente 1.4; C. Diente 1.3; D. Dientes 1.2 y 1.1; E. Dientes 2.1 y 2.2; F. Dientes 2.3, 2.4 y 2.5; G. Diente 2.6 y 2.7.

Autor: Andrade M, 2019

3.2.10. Modelos de estudio y encerado diagnóstico

Antes de establecer el plan de tratamiento, se procedió a la toma de impresiones para su posterior vaciado en modelos diagnósticos, que fueron montados en un articulador para su posterior encerado.

3.2.11. Diagnóstico

3.2.11.1. Diagnóstico presuntivo

Paciente femenina de 36 años, que presenta enfermedad gingival inducida por placa (K05.0), lesiones cariosas en el esmalte de los dientes 2.8 y 3.8 (K02.0) y otras afecciones especificadas de los dientes y de sus estructuras de sostén (K0.88).

3.2.11.2. Diagnóstico definitivo

Mediante un examen clínico exhaustivo y el análisis de la radiografía panorámica, además de una exploración adecuada de la tomografía computarizada, se determinó el siguiente diagnóstico: paciente femenina de 36 años presenta enfermedad gingival inducida por biofilm (K05.0) y prótesis fijas mal adaptadas en 2.1, 2.2, 1.5 y 2.5, que desencadenan una afección especificada de los dientes y de sus estructuras de sostén (K0.88), necrosis pulpar en 1.2 (K04.1), retratamiento endodóntico en 2.1 (K03.9), caries en esmalte en 2.8 y 3.8 (K02.0), caries en dentina en 1.4 y 2.6 (K02.1) y edentulismo parcial superior (K08.1).

3.2.12. Plan de tratamiento

Tabla 2
Plan de tratamiento

Resolución de urgencias	La paciente no requiere
Control de infección	<ul style="list-style-type: none"> - Profilaxis y fluorización - Inactivación de caries: 2.8, 3.8
Control del medio condicionante	<ul style="list-style-type: none"> - Motivación para la higiene bucal y técnica de cepillado (T. Bass modificada). - Uso de hilo dental - Asesoramiento dietético - Mantener momentos de azúcar (3)
Refuerzo o modificación del huésped	La paciente no lo requiere
Control de infecciones no resueltas como urgencias	<ul style="list-style-type: none"> - Necropulpectomía de 1.2 - Retratamiento pulpar: 2.1 - Apicectomía: 2.2 - Extracción compleja: 1.5, 2.5
Rehabilitación	<ul style="list-style-type: none"> - Perno prefabricado: 2.1 - Resina simple: 1.2, 2.8 - Puente de circonio con caracterización gingival: 2.1 y 2.2 - Prótesis inmediata: 1.5 y 2.5 - Coronas metal y porcelana: 1.4, 1.5, 1.6, 1.7 - Incrustación de cerámico: 1.4 y 2.6
Monitoreo	<ul style="list-style-type: none"> - Inmediato: ocho días - Mediato: tres meses

Autor: Andrade M, 2019

3.2.13. Pronóstico

El pronóstico es favorable, ya que el tratamiento establecido es no invasivo; por lo tanto, se logrará la conservación de tejidos duros y blandos en boca, brindando también una estética adecuada a la sonrisa de la paciente y devolviéndole funciones óptimas con el fin de lograr que influya de manera positiva en la calidad de vida de la paciente.

3.2.14. Descripción de procedimientos realizados

3.2.14.1. Fase inicial: Profilaxis

La cavidad bucal debe estar en buenas condiciones antes de empezar cualquier tipo de tratamiento, por lo cual se consideró la presencia de la placa bacteriana y se procedió a realizar una profilaxis con los siguientes instrumentos:

- Líquido revelador de placa.
- Scaler.
- Pasta profiláctica.
- Cepillo profiláctico.
- Micromotor.
- Hilo dental.
- Enjuague.

Además, se motivó a la paciente a utilizar una técnica adecuada de cepillado (técnica de Bass modificada), así como hilo dental y colutorios.

3.2.14.2. Fase operatoria

La paciente presentaba coronas de cerámica mal adaptadas en los dientes 2.1 y 2.2; por lo tanto, se procedió a retirarlas, utilizando una fresa transmetálica pequeña y un saca-coronas; una vez que se observó la estructura dentaria, se determinaron los distintos tratamientos.

Se acordó colocar un puente de dos piezas en circonio, con caracterización gingival, además de un perno prefabricado posterior al retratamiento endodóntico en el diente 2.1; también se decidió realizar una apicectomía y obturación retrógrada en el diente 2.2.



**Figura 19: Retiro de coronas de porcelana: A. Fractura de la corona con fresa transmetálica;
B. Reconocimiento de la estructura dentaria;
C. Dientes 2.1 y 2.2 sin coronas de porcelana**
Autor: Andrade M, 2019

3.2.14.2.1. Endodoncia

Después de realizar las pruebas de vitalidad, que fueron negativas en cada diente mencionado en el plan de tratamiento previamente establecido, se inició el tratamiento de conducto en el diente 1.2, utilizando una fresa redonda de vástago largo; se realizó el acceso hasta caer en la cámara pulpar; se conformó el acceso con una endo-z de tamaño mediano para después utilizar una técnica apico-coronal, teniendo una longitud de trabajo de 25 mm, tomando como referencia el borde incisal. Se utilizaron limas manuales, debido a la necrosis pulpar; se irrigó con hipoclorito de sodio y abundante suero. Posteriormente, se colocó hidróxido de calcio como medicación intraconducto por ocho días y se procedió a su obturación, usando una técnica de condensación lateral, además de asegurar un sellado tridimensional satisfactorio. Una vez culminado el tratamiento de conducto, este fue valorado con rehabilitación, donde se determinó una resina simple para su sellado definitivo.

Se continuó con el retratamiento endodóntico del diente 2.1; se procedió a realizar el acceso con una fresa redonda pequeña para evitar el desgaste de la estructura dental; se realizó

la conformación con una fresa troncocónica de punta redonda pequeña; con la conductometría se determinó la necesidad del uso de Biodentine, siendo este un material biocompatible con los tejidos, además de que provoca la regeneración del complejo dentino pulpar y tiene un efecto antibacteriano, debido a su pH elevado (Cedrés, C. et al., 2014).

Una vez puesto el tapón de 3 mm con Biodentine, se colocó hidróxido de calcio como medicación intraconducto por ocho días; posteriormente, se procedió a delimitar la longitud del trabajo, dando un resultado de 14 mm. Para la preparación del conducto se realizó un limado circunferencial, con una lima K 45 e irrigación abundante con hipoclorito y suero fisiológico. La técnica de obturación utilizada, debido al tamaño del conducto y condición, fue la condensación vertical que, a su vez, permitió llegar a la longitud necesaria para la posterior colocación del perno prefabricado.

3.2.14.2.2. *Rehabilitación oral*

Perno prefabricado

Después de terminar el retratamiento endodóntico del diente 2.1, se colocó un perno prefabricado n. ° 1, debido al tamaño del conducto; la desobturación con fresas pizzo no fue necesaria, ya que la técnica de condensación permitió dejar la gutapercha en la longitud apropiada; esto brindará más estabilidad y disminuirá la probabilidad de fractura, por lo que la prótesis que se colocará será cómoda y estable para la paciente.



Figura 20: Colocación del perno prefabricado A. Aislamiento absoluto; B. Prueba de perno N° 1 C. Cementación y reconstrucción del muñón; D. Perno cementado

Autor: Andrade M, 2019

Tallado

Posteriormente, se empezó con el tallado de los dientes 2.1 y 2.2, que se realizó en base a los principios de prótesis fija que dictan que los ángulos deben ser redondeados, con un margen yuxtagingival y un paralelismo adecuado; en cuanto a la profundidad, esta debe ser de 1.5 a 2.0 mm en vestibular y palatino; de 2 a 2.05 mm en incisal y de 0.8 a 1 mm en proximal (Henostroza G. et al., 2006).

Se utilizaron fresas troncocónicas de punta redonda con diferentes tipos de grano, que van del más grueso al más fino. Para un mejor terminado, se complementó la preparación con

el uso de discos soflex que permitirán corregir pequeñas imperfecciones y lograrán dejar una superficie lisa apropiada para la subsiguiente toma de impresiones definitivas.

Encerado diagnóstico

El encerado diagnóstico permitirá visualizar la posibilidad de llevar a cabo los distintos tipos de tratamiento protésico, realizar una llave de silicona para la fabricación de los puentes provisionales y también servirá para dar a la paciente una explicación más detallada del tratamiento. El uso más importante del encerado diagnóstico es que permitió observar un resultado previo, realizado en toda la arcada superior.



**Figura 21: Encerado diagnóstico. . A: Vista lateral izquierda;
B. Vista lateral derecha**
Autor: Andrade M, 2019

Toma de impresiones

Después de haber realizado un tallado adecuado, se colocó hilo retractor 00 y 000, lo que permitió exponer el hombro de las preparaciones y tomar una impresión más precisa; de esta manera, se facilitó el trabajo al laboratorio.

El material que se utilizó fue la pasta de adición liviana, ya que al ser un elastómero y poseer estabilidad dimensional, ayuda a copiar los detalles en forma nítida y segura.

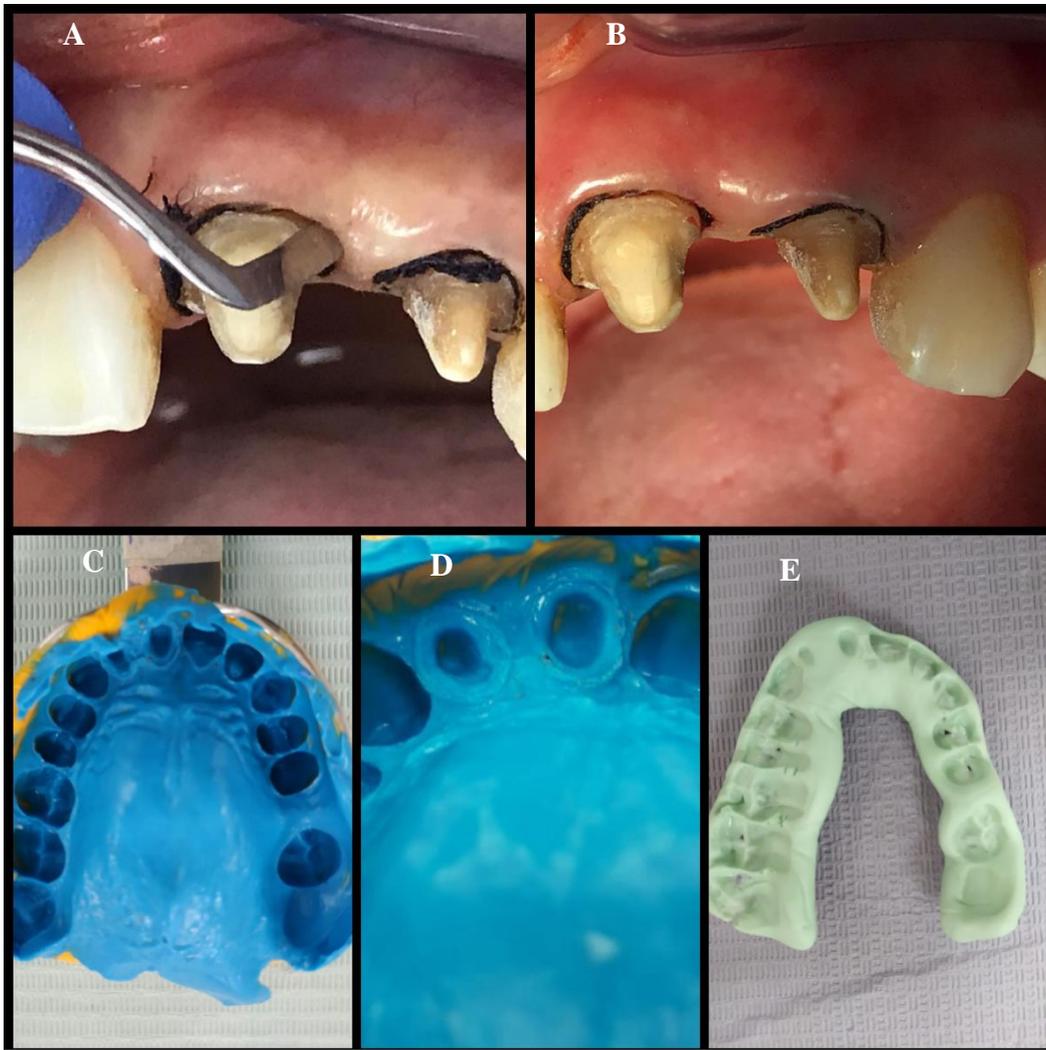


Figura 22: Impresiones definitivas: Colocación de hilo retractor 000; B. Colocación de hilo retractor 00; C. Toma de impresión con pasta de adición liviana y pesada; D. Análisis de registro de detalles; E. Toma de registro de la mordida
 Autor: Andrade M, 2019

Toma de color del diente y la encía

Luego de la toma de impresiones, se decidió el color del puente con base en sus propios dientes y el colorímetro de Chromascop–Ivoclar by Vivadent, donde se determinó que el color que se utilizaría sería el 2A/130. Para establecer el color de la encía, se utilizaron fotografías digitales intraorales de alta calidad y también colorímetros guía, como se puede observar en la figura 25.



Figura 23: Toma de color de la encía con colorímetro guía
Autor: Andrade M, 2019

Provisional

Después de las preparaciones se realizaron puentes provisionales de acrílico (polimetacrilato), utilizando una llave de silicona para mantener la encía en su lugar y lograr una adaptación adecuada, lo cual además evitará que la dentina se encuentre expuesta y ayudará a proteger la estructura como tal.

El uso de un puente provisional bien adaptado es imprescindible en el tratamiento protésico, ya que –además de cumplir las funciones antes mencionadas— ayudará a devolver la estética al paciente; de esta manera, se sentirá cómodo en el lapso en el cual se realiza la prótesis y se cementa de modo permanente.



Figura 24: Colocación de un puente provisional de acrílico
Autor: Andrade M, 2019

Prueba de estructura de zirconio

Se realizó la prueba de la estructura de zirconio, con el fin de cerciorarse de que no existan filtraciones a lo largo de los hombros de cada pilar establecido, tal como se muestra en la figura 27.



Figura 25: Prueba de estructura de zirconio
Autor: Andrade M, 2019

Prueba en cerámica

Se realizó la prueba de bizcocho y la caracterización gingival se evaluó de la misma manera que se mencionó antes, poniendo énfasis en la encía, por lo cual se tomó en cuenta que no causara isquemia en la papila ni lesiones en el tejido blando y se logró el objetivo de brindar la estética anterior apropiada a la paciente; la adaptación fue adecuada tanto en las coronas como en la gingiva. Posteriormente, se procedió a realizar el ajuste oclusal y no se requirió modificación alguna; por lo tanto, fue enviada al laboratorio para su terminado y glaseado.

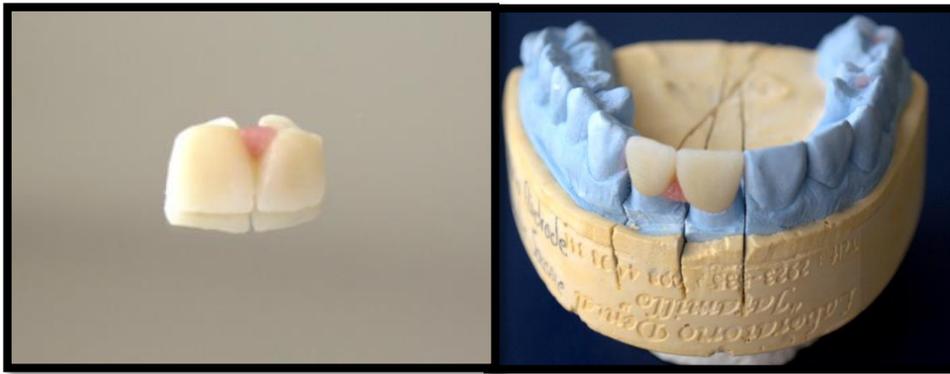


Figura 26: Prueba de cerámica

Autor: Andrade M, 2019

Cementación de coronas de zirconio

Para la cementación final de las coronas debe realizarse una última prueba, donde se verifique que el sellado a nivel cervical de los dientes pilares sea adecuado para después establecer el protocolo de cementación con los siguientes pasos:

1. Aislamiento relativo.
2. Desinfección con clorhexidina y piedra pómez en los dientes y puente de zirconio.
3. Lavado y secado.
4. Colocación de hilo dental interproximal para evitar los excesos poscementación.
5. Cementación con Relyx U200 (fotopolimerizar por 30 segundos).
6. Retiro de los excesos de cemento.
7. Control oclusal.

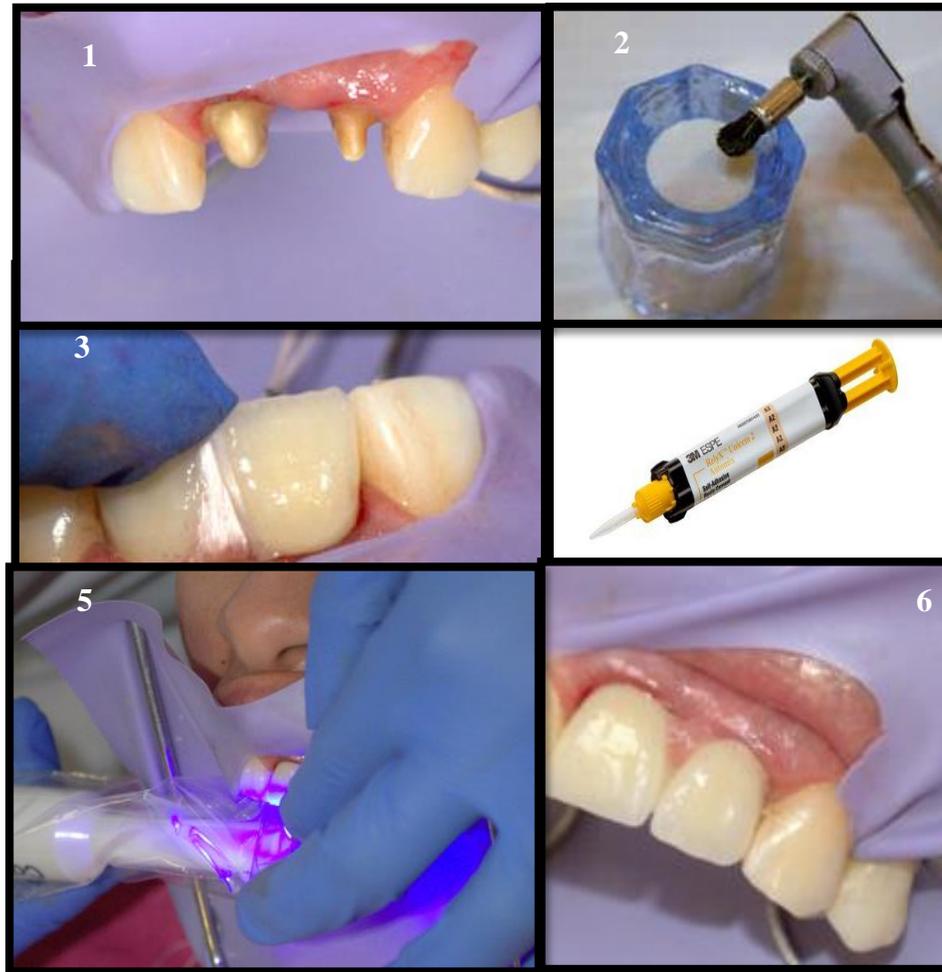


Figura 27: Cementación de coronas de zirconio
 Autor: Andrade M, 2019



Figura 28: Fotografías finales extraorales: A. Vista lateral izquierda; B. Vista lateral derecha; C. Vista frontal
 Autor: Andrade M, 2019

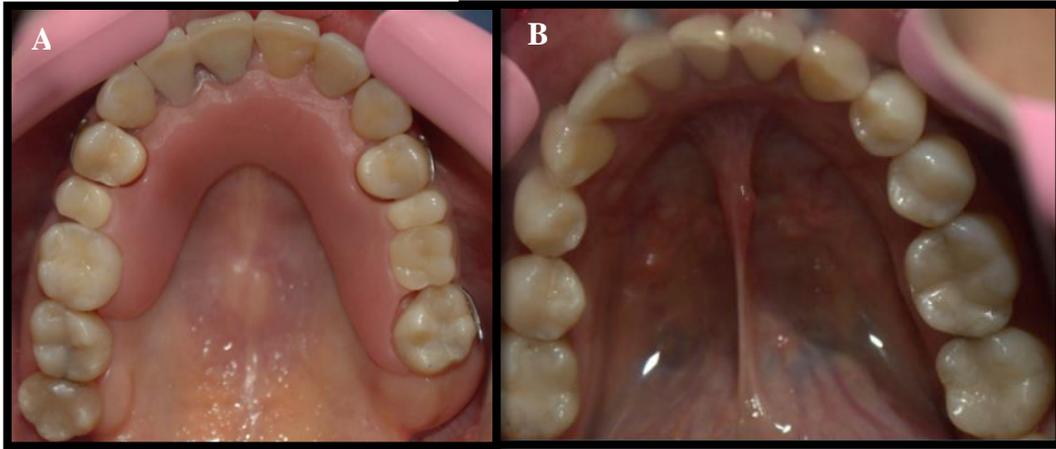


Figura 29: Fotografías intraorales oclusales: A. Fotografía oclusal superior; B. Fotografía oclusal inferior
Autor: Andrade M, 2019



Figura 30: Fotografías intraorales: A. Vista frontal; B. Vista lateral izquierda; C. Vista lateral derecha
Autor: Andrade M, 2019

Control

Se realizó un control postoperatorio a los ocho días, donde se observó una ligera inflamación gingival; sin embargo, a los quince días esta había desaparecido y, por lo tanto, se procedió a dar el alta integral.

3.2.14.2.3. Apicectomía y retrobturación

Una vez realizado el primer control posterior a la cementación, se procedió a la apicectomía del diente 2.2, con el fin de evitar futuras complicaciones y el fracaso del tratamiento. Para realizarla se escogió como material obturador Biodentine, por su capacidad para regenerar los tejidos y evitar filtraciones (Correa Terán, M., Castrillón Sarria, N., 2015).

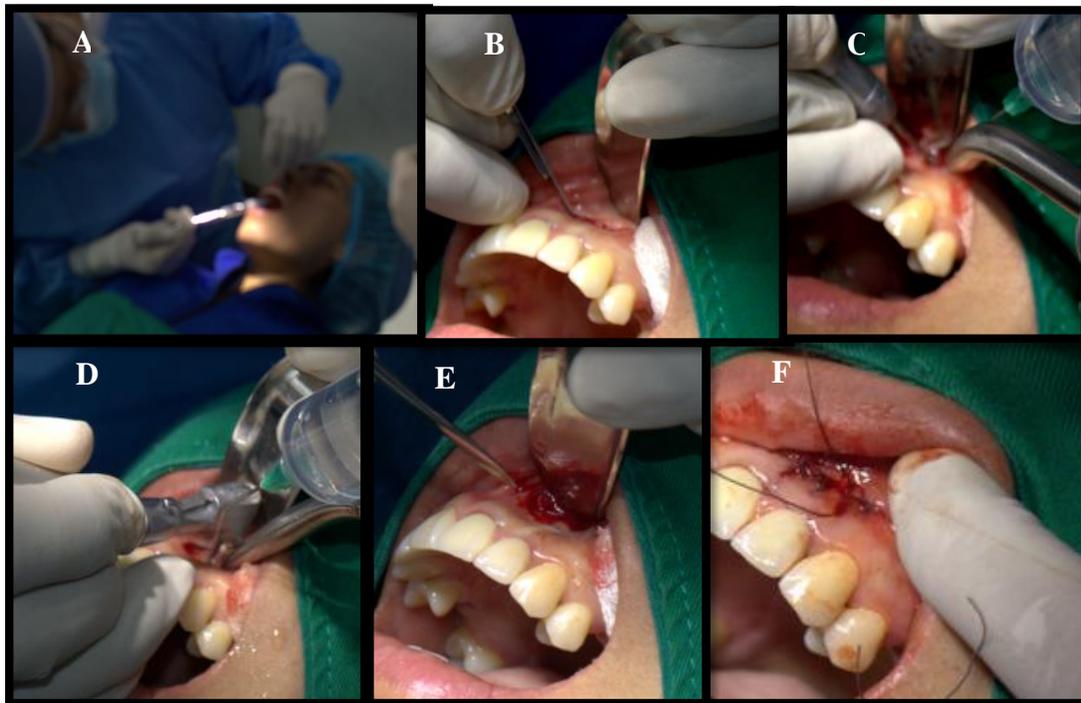


Figura 31: Apicectomía: A. Anestesia y colocación de campos; B. Incisión semilunar y levantamiento del colgajo; C. Osteotomía; D. Retiro de la lesión periapical y biselado del ápice; E. Colocación de Biodentine; F. Sutura.

Autor: Andrade M, 2019

3.2.14.2.4. Tallado y cementación para incrustaciones de cerómero

Al extraer los dientes 1.5 y 2.5 se detectó la presencia de caries en los dientes 1.4 y 2.6; por lo tanto, se determinó la necesidad de realizar incrustaciones de cerómero, debido a la extensión y profundidad de ambas piezas, por lo que las cavidades se trataron respetando el principio de conservación de los tejidos, tallando sus paredes de manera que sean convergentes y que sus ángulos se encuentren redondeados para lograr una mejor retención y estabilidad en la incrustación (Pujia, 2014). La toma de impresiones fue realizada con pasta de adición liviana y pesada para lograr una reproducción correcta de las estructuras.

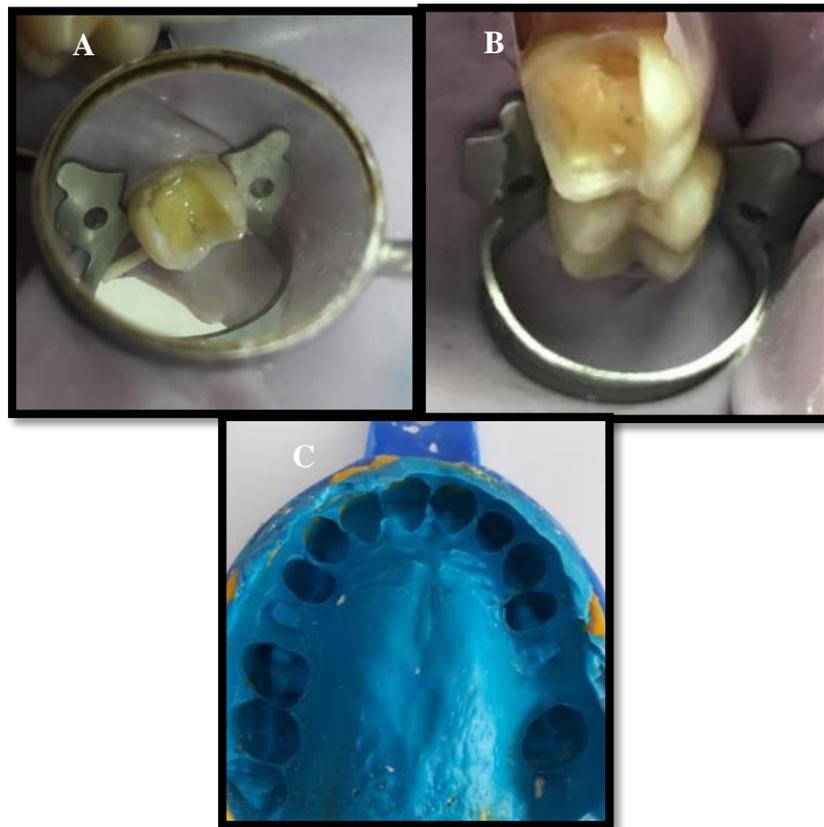


Figura 32: Preparación para las incrustaciones. : A: Tallado del diente 1.4; B. Tallado del diente 2.6; C. Impresión con pasta de adición liviana y pesada.

Autor: Andrade M, 2019

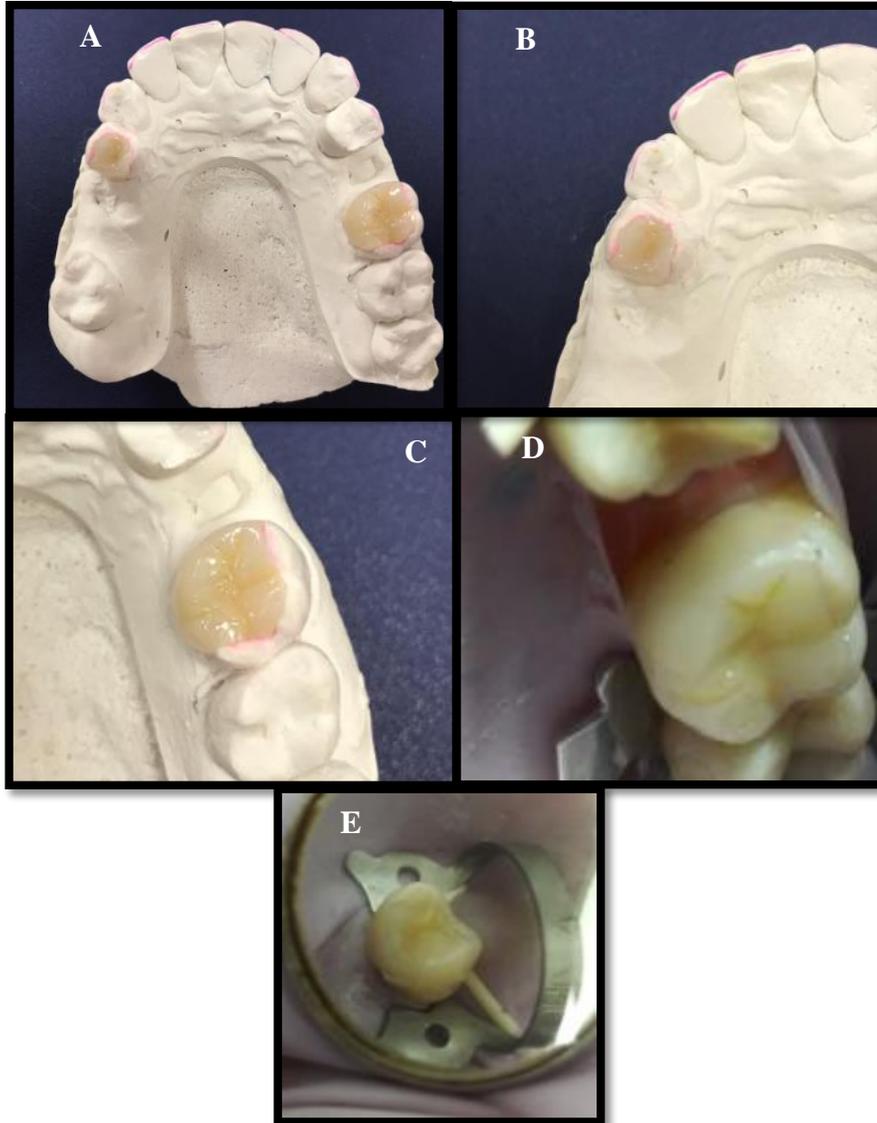


Figura 33: Cementación de incrustaciones. A. Incrustación 1.4 y 2.6; B. Incrustación del diente 1.4; C. Incrustación del diente 2.6; D. Incrustación cementada 2.6; E. Incrustación cementada 1.4.

Autor: Andrade M, 2019

3.2.15. Discusión

En este caso se trató a una paciente de 36 años, con defecto óseo anterior; mediante un exhaustivo examen clínico y radiográfico, se logró un diagnóstico acertado y se estableció un plan de tratamiento basado en las necesidades de la paciente; se le sugirieron varias opciones, entre las cuales se encontraban la intervención quirúrgica con injertos óseos y de mucosa, además de la extracción y posterior colocación de implantes; sin embargo, la paciente no cumplía con los principios necesarios que según Carranza (2009) son necesarios para una evolución adecuada de los injertos, por lo que se determinó como tratamiento una rehabilitación integral, utilizando prótesis fija con caracterización gingival de porcelana rosada, debido a la deficiente presencia de tejidos periodontales, con el fin de brindar una solución estética y funcional (Nihar Ranjan Naik, et. al, 2015).

El uso de prótesis con caracterización gingival es muy útil en la actualidad; sus resultados son extraordinarios si a lo largo del procedimiento el operador realiza todo de manera cautelosa. La elección de los materiales tanto para las coronas como para el reemplazo de la papila interdental es una decisión determinante para el éxito del tratamiento, según lo afirma Juneja (2016). Por consiguiente, se decidió usar la porcelana de zirconio como mejor opción, debido a sus características altamente estéticas y a la resistencia que posee frente a las demás cerámicas existentes, por lo cual se utiliza en zonas de alto compromiso mecánico. Según señala Rus Martínez (2007), este tipo de *composite* —también denominado acero cerámico— está compuesto de óxido de zirconio sinterizado en un 95 % y se estabiliza parcialmente con óxido de itrio en un 5 %, lo cual le brinda las características previamente nombradas.

Sin embargo es importante como profesionales conocer los distintos tipos de materiales que hay en el mercado, los mismos que buscan llegar al mismo objetivo que la porcelana rosada,

dentro de ellos encontramos los composites, los cuales son utilizados con el fin de lograr una cobertura de recesiones gingivales, reducir la sensibilidad del paciente frente a estímulos térmicos provocados por la pérdida de tejidos blandos, sin embargo Laverty (2018) exterioriza mediante una recopilación de casos clínicos que existen limitaciones para el uso del mismo, siendo el más significativo su incapacidad de abarcar múltiples dientes dificultando la corrección de zonas de mayor dimensión como los defectos óseos. Otro de los materiales más utilizados en el mundo de la odontología protésica son las resinas acrílicas, estas son utilizadas para la confección de una técnica poco explorada como lo son las “carillas gingivales”, pero existe una razón por la cual su uso es tan poco frecuente y es que según Chouhari (2015), a pesar de que brindan resultados estéticos convincentes y tienen un bajo costo económico en relación a la porcelana rosada, es el aparato protésico que provoca la mayor acumulación de placa bacteriana, desencadenando una serie de futuros problemas al paciente, por lo que su uso se encuentra contraindicado en aquellos pacientes con índices altos de caries o enfermedad periodontal no controlada como lo dicta Laverty (2018), todos los materiales previamente nombrados pueden ser utilizados para una caracterización gingival, sin embargo es necesario mencionar que solo las porcelanas pueden brindar un resultado estético y una translucidez adecuada, dando como resultado un aspecto natural al aparato protésico.

Como se puede apreciar en la actualidad se han desarrollado distintos tratamientos para la corrección de un defecto óseo; dentro de aquellos encontramos también nuevas técnicas combinadas como lo dicta Daniela Corte Sánchez (2017) , quien a través del uso de ácido hialurónico siendo este un material biocompatible con los tejidos periodontales, intentó la regeneración de la papila interdental, obteniendo resultados desfavorable debido a que no fue el esperado. Por esto, Dino Calzavara (2014) señala que la reconstrucción de la papila

interdental es un tratamiento complejo, por lo cual su pronóstico —pese a las distintas intervenciones, sean estas quirúrgicas o mediante el uso de ácido hialurónico— es impredecible y reservado.

Todos los materiales previamente nombrados tienen una característica en común y es que poseen múltiples limitaciones, este no es el caso de la porcelana ya que uno de sus grandes beneficios es su versatilidad y capacidad de estratificación a través del uso de procesos utilizados por los laboratorios dentales. (Rus Martínez, 2007)

Para la fabricación de la caracterización gingival se utilizaron colorímetros base y fotografías de alta calidad, con el fin de brindar al laboratorio la información necesaria para una confección exitosa; cabe recalcar que la papila interdental es uno de los elementos más importantes de la estética rosa; se define como el tejido epitelial que forma parte de la encía libre, ubicada en la zona interproximal de los dientes, tal como afirma Michael G. Newman (2012). Su pérdida es muy frecuente y se produce debido a varios factores, tales como una enfermedad periodontal no controlada o una mala adaptación de la prótesis fija, por lo cual José Luis Castellanos (2012) señala que recuperar o regenerar la papila interdental no es un trabajo fácil por su ubicación y forma.

3.2.16. Conclusiones

Como profesionales de la salud, debemos tomar en cuenta varios aspectos de la persona, como su estado psicológico, emocional, social y económico antes de señalar un tratamiento definitivo; por lo tanto, es necesario construir una buena relación con el paciente; de esta manera, el trabajo que se realice resultará satisfactorio para ambos. El profesional como tal debe ser capaz de ofrecer distintos planes de tratamiento, indicando los beneficios y riesgos de cada uno; así, se escogerá aquel que cumpla con los requerimientos del paciente.

En el presente trabajo se constata que se logró planificar un tratamiento integral, lo cual demuestra que un diagnóstico clínico correcto, además del uso de exámenes complementarios, permitirá obtener la información necesaria para el diseño de un plan de tratamiento exitoso, el cual —a más de ser conservador— ayudó a restablecer una estética adecuada y a devolver tanto la armonía como la simetría a la sonrisa, sobre todo en el sector anterior, donde se encontró un defecto óseo causado por la presencia de coronas mal adaptadas, siendo esta la zona de mayor importancia estética.

Según Mallat (2007), una prótesis fija se define como un cuerpo completamente dentosoportado que se apoya únicamente en los dientes, que servirán de soporte, por lo cual se denominan pilares. Cabe recalcar que para resolver la pérdida de la papila interdental, fue necesario el uso de porcelana rosada con el fin de crear una caracterización gingival; por lo tanto, es necesario que el laboratorio y el profesional mantengan una buena comunicación, ya que este tipo de trabajos deben realizarse con la mayor precisión y perfección posibles.

Finalmente, se pudo demostrar que la combinación de porcelana rosada con una prótesis fija convencional puede evitar la necesidad de realizar una intervención quirúrgica para resolver un defecto óseo anterior, ya que en la actualidad existen nuevas técnicas no invasivas, como la

expuesta en el presente caso clínico, con las cuales se logró mejorar la estética y seguridad de la paciente.

3.2.17. Recomendaciones

Una vez determinada el alta integral, se indicó a la paciente como recomendación principal llevar una higiene adecuada con colutorios o enjuagatorios, el uso de hilo dental adaptado estrictamente para la limpieza interdental del puente colocado, conocido como “superfloss”, además de la colocación de una férula oclusal, debido al ruido bilateral que presentaba la paciente. También se le sugirió asistir periódicamente a la consulta, con el fin de mantener el control adecuado tanto de la prótesis como de su salud bucal.

Se recomienda a los odontólogos la mayor recopilación de datos mediante una anamnesis detallada y el llenado correcto de la historia clínica; así mismo, el profesional debe ofrecer todos los posibles planes de tratamiento y capacitarse en las distintas alternativas de t para pacientes cuya condición proponga una limitación a intervenciones quirúrgicas, además el operador debe asegurarse de haber instruido al paciente acerca de los riesgos y beneficios de cada uno de ellos. Una vez determinado el tratamiento, es necesaria la firma del consentimiento informado por parte del paciente, lo cual debe hacerse antes de iniciar cualquier procedimiento operatorio o quirúrgico. Finalmente, una recomendación para el paciente es mantener una buena comunicación con el odontólogo de cabecera, con el fin de intercambiar ideas y obtener una atención dental satisfactoria.

3.3.Bibliografía

- Antón-Radigales, M. (2005). Imitación de la encía con composite. *RCOE*, 10(3).
- Arnett, W., McLaughlin R. (2004). *Facial and Dental Planning for Orthodontists and Oral Surgeons* (1º ed.). (Mosby, Ed.) London: Elviesier.
- Bolívar, M. Á. (Noviembre de 2012). La sonrisa y sus dimensiones. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia*, 23(2).
- Bottino, M. A. (2009). *Percepción: Estética en prótesis libres de metal en dientes naturales e implantes*. Artes Médicas.
- Calzavara, Dino, et al. (2014). Regeneración periodontal multidiciplinaria . *Revista científica de la Sociedad Española de Periodoncia* , 11-21.
- Castellanos, J. L. et al. (2012). Papila gingival. Aspectos biológicos. *Medigraphic*, 10-14.
- Caubet, J. e. (Marzo de 2009). Manejo de defectos óseos anteroposteriores. *Rev Esp Cir Oral y Maxilofac*, 31(2).
- Cedeño, D.J. (2005). La cara y sus proporciones estéticas. *CIMEC*,1-11.
- Cedrés, C. et al. (2014). Una Nueva Alternativa Biocompatible: Biodentine. *Actas Odontológicas*, 11-16.
- Correa Terán, M., Castrillón Sarria, N. (2015). Comparación de microfiltración apico-coronal entre MTA y Biodentine en dientes unirradiculares. *Odontoinvestigación*, 2-6.
- Corte Sánchez, D. (2017). Use of hyaluronic acid as an alternative for reconstruction of interdental papilla. *Medigraphic* , 200-207.
- Dixon Hatrick, C. et al. (2012). *Materiales dentales - Aplicaciones clínicas*. México: El Manual Moderno.

Escudero Castaño N., e. a. (Marzo de 2007). Regeneración ósea de un defecto circunferencial de. *Avances*, 20(2).

Henostroza G. et al. (2006). *Estética en Odontología Restauradora* (1 ed.). (R. López, Ed.) Madrid: Ripano.

Ikeda Artacho, M.C. et al. (Septiembre de 2010). Defectos de furcación. Etiología, diagnóstico y tratamiento. *Revista Estomatol Herediana*, 20(3).

Juneja, A. (2016). Ceramic Veneers and Root Coverage . *StyleItaliano*, 1-14.

Helbert T. Shillinburg, e.a.(2002). *Fundamentos esenciales en prótesis fija*. Barcelona: Quintessence.

Laverty, D. P. (Octubre de 2018). The Aesthetic Prosthodontic. *DentalUpdate*.

López, M. (2015). Recuperado el 11 de Julio de 2015, de Mexico Documents Web site: https://www.emagister.com/uploads_courses/Comunidad_Emagister_68945_68945.pdf

Mallat, E. (2007). *Prótesis fija estética: Un enfoque interdisciplinario*. España: Elsevier .

Manjula, W.S. et al. (April de 2015). Smile: A review. *Dental Science*, 7(1).

Martínez, R. et al. (Diciembre de 2007). Cerámicas dentales: clasificación y criterios de selección. *Scielo*, 12(4).

Montagna, F. (2008). De la cera a la cerámica. Italia: Amolca

Newman, M. et al. (2012). *Carranza's Clinical Periodontology* (11th ed.). St. Louis, Missouri: Elsevier.

Nihar Ranjan Naik, et. al. (Marzo de 2015). Gingival Porcelain': Successful Restoration of Lost Smile- Case Report. *Journal of Dental and Medical Sciences*, 14(pp. 18-20).

Praful Choudhari, e. a. (2015). Gingival Veneer: A Novel Technique of Masking Gingival Recession. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, pp. 12-14.

Pujia, A. (2014). LAS RESTAURACIONES ESTÉTICAS INDIRECTAS EN ODONTOLOGÍA. *La practica cotidiana*, 1-9.

Roy Sabri, D. M. (April de 2005). The Eight Components of a Balanced Smile. *Journal of clinical orthodontics*, 39(3).

Sabri, R. (April de 2005). The Eight Components of a Balanced Smile. *Journal of clinical orthodontics*, 39(3).

Sadaqah N., Abu Tair J. (2012). Prosthetic reconstruction using gingiva-colored ceramic agent in fixed partial restoration. *Dovepress*, pp. 37-41.

Shklar, G. (2009). *Historia de la Peridoncia* (1ª. ed.). (Ripano, Ed.) España: Ripano.

Tonetti, P. N. (Agosto de 2000). Diagnosis and epidemiology of periodontal osseous lesions. *PERIODONTOLOGY 2000*, 22(8-21).

Tortolini P., R. S. (Diciembre de 2012). Diferentes alternativas de rellenos óseos. *Avances en Periodoncia*, 24 (3), 133-138.

Vivadent, I. (2017). Recuperado el 16 de Marzo de 2019, de Ivoclar vivadent technical: <file:///C:/Users/PERSONAL/Downloads/IPS+e-max+Ceram.pdf>

3.4. ANEXOS

Cronograma de actividades: planificación del tratamiento e historia clínica de la paciente

Fecha de atención: sesiones	Procedimiento
Primera cita	Apertura de historia clínica y valoración del caso clínico
Segunda cita	Elaboración del plan de tratamiento
Tercera cita	Presentación de anexos
Cuarta cita	Toma de fotografías intra y extraorales Toma de impresiones y vaciado Toma de serie Rx apical
Quinta cita	Encerado y duplicación de modelos
Sexta cita	Endodoncia en los dientes 1.2, 2.1 y 2.2
Séptima cita	Retratamiento del diente 1.1
Octava cita	Apicectomía y sellado de los dientes 1.1, 1.2, 2.1 y 2.2 con Biodentine. Extracción de los dientes 1.5, 2.5 y 1.8 Colocación de la prótesis acrílica inmediata
Novena cita	Retiro de los puntos Preparación de los pilares Toma de las impresiones definitivas Provisionalización
Décima cita	Prueba n.º 1 Toma del color de la encía Toma del color de los dientes
Decimoprimer cita	Prueba n.º 2
Decimosegunda cita	Prueba n.º 3
Decimotercera cita	Colocación definitiva de la prótesis

ESTABLECIMIENTO		NOMBRE		APELLIDO		SEXO (M-F)	EDAD	Nº HISTORIA CLINICA	
		Alexandra		Vizome		F	37		
RANGO DE EDAD		1-4 AÑOS	5-14 AÑOS PROGRAMADO	15-19 AÑOS NO PROGRAMADO	20-29 AÑOS PROGRAMADO	30-39 AÑOS	40-49 AÑOS	50-59 AÑOS	60-69 AÑOS
									EMBAJAZADA

1 MOTIVO DE CONSULTA MOTIVOS LA CAUSA DEL PROBLEMA DE LA VISIÓN DEL INTERCONSULTANTE
 + Casusum unum me una Invasión bucal +

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL MOTIVOS ENTORNO SOCIOLOGIA EVALUACION CARACTERISTICAS PERSONALES, CLASIFICACION, METODOS DIAGNOSTICOS, PREVISION, ESTADO ACTUAL
 Paciente refiere que hace 8 meses se realizó injerto de hueso en el region anterior y pasado a como obeso en los 9 condilios superiores.

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES
 B.1. Hipertension 9 (madre)

4 SIGNOS VITALES
 FRECUENCIA CARDIACA: / TEMPERATURA: A °C / F. RESPIRATORIA: /

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNATICO DESCRIPCIÓN DE LA PATOLOGIA DE LA REGIÓN ANTERIOR, POSTERIOR, LATERAL
 I. LABIOS / II. GENCIVAS / III. A.T.M. / IV. GANGLIOS / V. LENGUA / VI. PALADAR / VII. PISO / VIII. GANGLIOS

3.1 Edificación de la región anterior.
 II. (Pasado bucal).

6 ODONTOGRAMA MOTIVOS CON EL FIN DE TRATAMIENTO REALIZADO - MOTIVOS PARA REALIZAR ACTUAL, MOTIVOS Y RESEÑA MARCA Nº 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

ÍNDICE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCLUSIÓN	FLUOROSIS
PIEDAS DENTALES				LEVE	ÁNGULO I	LEVE
PLAQA				MODERADA	ÁNGULO II	MODERADA
CÁLCULOS				SEVERA	ÁNGULO III	SEVERA
ENXARTE						
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36	37
38	39	40	41	42	43	44
45	46	47	48	49	50	51
TOTALES						

8 INDICES CPO-ceo

	C	P	O	TOTAL
D	3	4	6	
d				

9 SIMBOLOGIA DEL ODONTOGRAMA

- * BELLANTE NECESARIO
- * BELLANTE MALADAS
- X EXTRACCIÓN NECESARIA
- X PERDIDA POR CARIES
- ⊗ PERDIDA DE LA SALIDA
- △ ENDODONCIA
- PROTESIS Fija
- PROTESIS REMOVIBLE
- ▬ PADIQUIN TOTAL
- ▭ CORONA
- IMP
- IMP

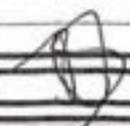
ODONTOLOGIA (1)

10 PLANES DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL

BIOMETRIA	QUÍMICA SANGUÍNEA	RAÍDES-X	OTROS
1. Fijación bucal	5. Restauración 3.8		
2. Motivación	6. Incrustación I.H.		
3. Profilaxis	7. Prótesis inmediata		
4. Exorción 15. 25. 18			

11 DIAGNÓSTICO

1	2	3	4

FECHA DE APERTURA: 21/11/18 FECHA DE CONTROL: PROFESIONAL: Dra. Alexandra Torres FIRMA:  NÚMERO DE HOJA:

12 TRATAMIENTO

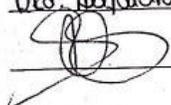
SESIÓN Y FECHA	DIAGNÓSTICOS Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CÓDIGO Y FIRMA
SESIÓN 1 FECHA: 22.11.18		* Fijación HC.		CÓDIGO FIRMA 
SESIÓN 2 FECHA: 22.11.18	Fuertes ambrosionado teñido (KOB)	* Profilaxis.		CÓDIGO FIRMA 
SESIÓN 3 FECHA: 18.03.19	Otras afecciones espe. Fijas de los dientes de las estructuras de soporte (K.OBB)	* Forma de modelos registro de mordida fijas en dentado		CÓDIGO FIRMA 
SESIÓN 4 FECHA: 27.03.19	Otras afecciones espe. Fijas de los dientes de las estructuras de soporte (K.OBB)	* Control copias y personalizar		CÓDIGO FIRMA 
SESIÓN 5 FECHA: 29.03.19	Prótesis bucal con apoyamiento cónico ambrosionado (KOB.1)	* Acero * Instalación		CÓDIGO FIRMA 
SESIÓN 6 FECHA: 3.04.19	Que tratamiento tratado con biocerámico dental cónico (KOB.1)	* Anestesia, aislamiento IT, medicación vegetal dolor, LUC)	Se controló función en dental	CÓDIGO FIRMA 
SESIÓN 7 FECHA: 10.04.19	Que tratamiento tratado con biocerámico dental cónico	* Anestesia, aislamiento, tratado con biocerámico	Fijación con Ombución.	CÓDIGO FIRMA 
SESIÓN 8 FECHA: 11.04.19	Que tratamiento con apoyamiento dental cónico (KOB.1)	* Ombución	Química a instalación	CÓDIGO FIRMA 
SESIÓN 9 FECHA: 17.4.19	Que tratamiento tratado con biocerámico dental cónico	* Anestesia, aislamiento, ambrosionado, fijas, instalación		CÓDIGO FIRMA 

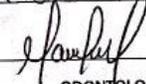
SESIÓN Y FECHA		DIAGNÓSTICO Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CODIGO Y FIRMA	
SESIÓN	24	Otras acciones espe cificadas de los dientes y de las estructuras de soporte (K02.1)	→ Prueba de zircono	* lo inici	CODIGO	
FECHA	05.6.19		* Colocación de prótesis dentica inmediata	a terminar	FIRMA	
SESIÓN	25	Caries en dentina (K02.1)	* Tallado para incrustación		CODIGO	
FECHA	10.6.19		# 1 # 2.6 * Toma de impresiones		FIRMA	
SESIÓN	26	Otras acciones espe- cificadas de los dientes y de las estructuras de soporte (K02.1)	* Cementación para de zirconio # 2.1	Control en 8 días	CODIGO	
FECHA	12.6.19		# 2.2 * Laminado en resina		FIRMA	
SESIÓN	27	Restauración dental cerámica (K02.45)	* Prótesis # 2.2		CODIGO	
FECHA	14.6.19		* Embrujación		FIRMA	
SESIÓN	28	Caries en dentina (K02.1)	* Cementación de incrustaciones de cerámica # 2.4 y # 2.6		CODIGO	
FECHA	19.6.19				FIRMA	
SESIÓN	29	Otras acciones especificadas de los dientes y de las estructuras de soporte	* Control de para de zirconio		CODIGO	
FECHA	19.6.19		* Retiro de para		FIRMA	
SESIÓN	30	Caries en esmalte (K02.0)	ODONTOLOGIA # 20		CODIGO	
FECHA	20.6.19				FIRMA	

No. DE HISTORIA CLÍNICA

PLAN DE TRATAMIENTO

RESOLUCIÓN DE URGENCIAS
NO REQUIERE
CONTROL DE LA INFECCIÓN Y REINFECCIÓN BUCAL
PROFILAXIS.
CONTROL DEL MEDIO ACONDICIONANTE
MANTENER 3 MOMENTOS DE AZÚCAR.
REFUERZO O MODIFICACIÓN DEL HUESPED
NO REQUIERE
CONTROL DE LA INFECCIONES NO RESUELTAS COMO URGENCIAS
Extracción sup. de : 15, 25, 3.2, 2.8.
Apicectomía : 2.2
REHABILITACIÓN
Puente de Zirconio : 21, 22 Inclusión : 2.4, 2.6
Resina Temp. : 28, 1.2
Prot. tempor. : 15, 25
MONITOREO
Inmediato : 1 semana
Medio : 3 meses

TUTOR RESPONSABLE: Des. Alejandra Torres
FIRMA: 

ESTUDIANTE: Maria Andrade
FIRMA ESTUDIANTE: 
ODONTOLÓGIA (B)

HISTORIA CLÍNICA

FECHA	SESIÓN No.	FACTURA No.	MATERIAL	AUTORIZACIÓN MATERIAL	SALA DE MATERIALES
22-11-10	2	4918	- Piedra POM3. - Líquido rellador. - enjuague. - hilo dental.		22-11-10
29.3.19	3	7104	- HPOCARIO - Suro - Jeringas - Questrico cu - Aboja corta		29 MAR 2019
3.4.19	4	7504	- HPOCARIO - esponja - Suro - Jeringas - Questrico cu - Aboja corta		03 ABR 2019
11.04.19	5	7361	- HPOCARIO - conos 30 - Suro - conos A75 - Jeringas - Puntas de papel - Questrico cu - esponja		11 ABR 2019
11.05.19	5		- Camote PE - Adhesivo - ácido ortof		11 MAY 2019
17.04.19	6	7504	- Edta - Puntos 80 - HPOCARIO - conos accesorios - Suro B - conos 80 - Siropex.		17 ABR 2019
17.4.19	6	7933	- Remo prefab # - Clorhexidina - Pajacore.		17 ABR 2019
24.4.19	7	7933	- Remo prefab - Clorhexidina - Pajacore - Questrico cu - dupe		24 ABR 2019
08.05.19	8	7431	- Pasta limada - Pasta resada - Pasta de condensación - yeso - hilo opa - aluminato - questrico cu		08 MAY 2019
17.5.19	9	18040	- Pasta de adhesión - Pasta de condensación - Hilo letra CTR 000 y 00 - Newstranco.		17 MAY 2019
22.05.19	10	18040	- Pasta limada. - reu Bond.		22 MAY 2019

ODONTOLOGÍA (S)

UIDE

Universidad Internacional del Ecuador

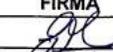
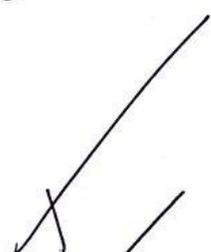
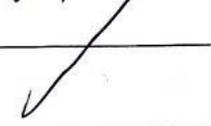
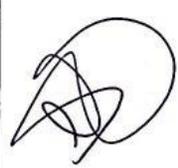
UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

PROTOCOLO DE INCRUSTACIÓN

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: DR. Esmeralda Urcaino No. Historia: 4272

Nombre del Paciente: Alexandra Jácome No. Diente: 14.4.2.6

FECHA	No	PASO CLINICO	FIRMA
10.6.19	1	Preparación de pilares	
10.6.19	2	Elaboración de provisionales	
10.6.19	3	Impresiones funcionales	
10.6.19	4	Registro del color por material para ser elaborado el trabajo	
10.6.19	5	Elección del material Metal <u>Cerómero</u> Cerámica pura	
	6	Prueba de la incrustación	
19.6.19	7	CEMENTACION CERÁMICA PURA <u>Preparación cerámica</u> Colocación ácido fluorhídrico Lavado y secado Silinizado 2 capas Colocación cemento dual fotopolimerización 30 segundos c/cara <u>Preparación diente</u> Desinfección diente Grabado ácido fosfórico Lavado Secado Primer Adhesivo (polimerizar 30 segundos) Cementado	
		CEMENTACIÓN METAL Desinfección diente e incrustación Lavado y secado Cementación - Ionomero de vidrio	
19.6.19		CEMENTACIÓN CERÓMERO <u>Preparación cerómero</u> Ácido orthofosfórico Adhesivo Cemento resinoso <u>Preparación diente</u> Desinfección diente Grabado ácido fosfórico Lavado Secado Primer Adhesivo (polimerizar 30 segundos) Cementado	

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		COD. UD		COD. LOCALIZACIÓN			NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA	
UIDE		#2				PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	14272	
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		No. CÉDULA DE CIUDADANÍA		
JACOBO		AMORADO		ALEXANDRA		JUDITH		1204605758		

1. INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES AL PACIENTE SE HARÁ EN EL ÁMBITO DE LA CONFIDENCIALIDAD.

PROPOSITOS		TERAPIA Y PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS	
Poner bobinas hechas		INCUSIIONES de cemento A, 26	
RESULTADOS ESPERADOS		RIESGOS DE COMPLICACIONES CLÍNICAS	
Recuperación función y estética		Puntos altos de contacto	
NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE		ESPECIALIDAD	
Dr. Esteban Cordero		REHABILITACIÓN	
TELÉFONO		CÓDIGO	
FIRMA		+	

2. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL CIRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

PROPOSITOS		INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROPUESTAS	
RESULTADOS ESPERADOS		RIESGOS DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS	
NOMBRE DEL CIRUJANO		ESPECIALIDAD	
TELÉFONO		CÓDIGO	
FIRMA			

3. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIOLOGO SOBRE LA ANESTESIA

PROPOSITOS		ANESTESIA PROPUESTA	
RESULTADOS ESPERADOS		RIESGOS DE COMPLICACIONES ANESTÉSICAS	
NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO		ESPECIALIDAD	
TELÉFONO		CÓDIGO	
FIRMA			

4. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

A	EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO SATISFACTORIAMENTE ACERCA DE LOS MOTIVOS Y PROPOSITOS DEL TRATAMIENTO PLANIFICADO PARA MI ENFERMEDAD	FIRMAS DEL PACIENTE
B	EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA EXPLICADO ADECUADAMENTE LAS ACTIVIDADES ESENCIALES QUE SE REALIZARÁN DURANTE EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD	
C	CONSENSO A QUE SE REALICEN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS, DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS NECESARIOS PARA MI ENFERMEDAD	
D	CONSENSO A QUE ME ADMINISTREN LA ANESTESIA PROPUESTA	
E	HE ENTENDIDO BIEN QUE EXISTE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LOS MEDIOS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO, PERO NO ACERCA DE LOS RESULTADOS	
F	HE COMPRENDIDO PLENAMENTE LOS BENEFICIOS Y LOS RIESGOS DE COMPLICACIONES DERIVADAS DEL TRATAMIENTO	
G	EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO QUE EXISTE GARANTIA DE RESPETO A MI INTIMIDAD, A MIS CREENCIAS RELIGIOSAS Y A LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN (INCLUSIVE EN EL CASO DE VIH/SIDA)	
H	HE COMPRENDIDO QUE TENGO EL DERECHO DE ANULAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MOMENTO QUE YO LO CONSIDERE NECESARIO	
I	DECLARO QUE HE ENTREGADO AL PROFESIONAL TRATANTE INFORMACIÓN COMPLETA Y FIDELIDAD SOBRE LOS ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE MI TRATAMIENTO.	

5. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE

COMO RESPONSABLE LEGAL DEL PACIENTE, QUE HA SIDO CONSIDERADO POR AHORA IMPOSIBILITADO PARA DECIDIR EN FORMA AUTÓNOMA SU CONSENTIMIENTO, AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO SEGÚN LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN ESTE DOCUMENTO				
NOMBRE DEL REPRESENTANTE		ESPECIALIDAD		FIRMA
TELÉFONO		CÓDIGO		

**CLINICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS
CIRUGIA BUCAL**

Nombre de Paciente: Alexandra Lacombe No Historia Clínica: _____

Nombre del Estudiante tratante: Maria Andradó

Fecha: _____

ENFERMEDAD ACTUAL: (Síntomas locales, generales, dominantes, empezar con los síntomas más cercanos que el paciente pueda relatar. Poner los síntomas en orden cronológico. Fecha de iniciación del proceso, anamnesis relativa al dolor. Tratamiento previo)
Paciente sumido de 3ra grado a control con motivo de "Quiso hacerme una extracción general", para lo cual se le realizó un inciso de hueso y se le dio el sector anterior a campo abierto, cuando al aproximarse los huesos de mandíbula se le a madre con ni rotación y el AP ninguno, (sin rotación de la mandíbula) no hay paraflexia aparente, al examen intraoral observamos

HISTORIA DENTAL ANTERIOR

¿Recibe atención dental periódicamente? Si.
Tiempo Transcurrido de la última extracción 10 años
Indique las razones para extracciones previas malos.
¿Ha tenido alguna reacción a la anestesia local? no
¿Ha sufrido hemorragias después de la Extracción? no
¿Ha tenido alguna complicación después de la Extracción? no

HISTORIA MÉDICA ANTERIOR

¿Está bajo tratamiento médico? no
Historia de Intervenciones quirúrgicas ninguna
¿Padece o ha padecido de?
Enfermedades Cardiovasculares _____ Hipertensión _____
Hígado _____ Riñón _____ Sangre _____
Semana de Gestación _____ ¿Qué semana? _____ T.A. _____
Temperatura _____ Pulso _____ Rep _____ Peso _____
¿Toma medicación? _____

[Firma]
NOMBRE Y FIRMA DEL PROF. Y CODIGO

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

RX panorámica
Laboratorio Clínico: BH, TP, TTP, UREA, CREATININA.

Diagnóstico: 1.5 y 2.5 Dientes no retráctiles y no retráctiles.

Tratamiento (Anestesia empleada, Complicaciones. Post Operatoria Inmediato)
Anestesia, anestesia, anestesia local con oxígeno y plasma en 1.5 y 2.5, sedación, extracción (biceps), extracción posterior dicha, cuidados de la herida, sutura, medicación postoperatoria.

Evolución: En paciente observamos una cicatrización adecuada sin complicaciones

[Firma]
NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

NOMBRE Y FIRMA DEL PROF Y COD.



CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
			PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	No. CÉDULA DE CIUDADANÍA		

TODA LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES AL PACIENTE SE HARÁ EN EL ÁMBITO DE LA CONFIDENCIALIDAD.

1. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO

PROPOSITOS	TERAPIA Y PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS			
RESULTADOS ESPERADOS	RIESGOS DE COMPLICACIONES CLÍNICAS			
NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA

2. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL CIRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

PROPOSITOS	INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROPUESTAS			
RESULTADOS ESPERADOS	RIESGOS DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS			
NOMBRE DEL CIRUJANO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA

Benja. dientes necesarios no reha. Exacción compleja de JS y 2.5
tosos ni rehabilitados
Fractura de corona, raíces, instrumentad, lesión vascular, muscular, nerviosa, luxación de diente

3. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIOLOGO SOBRE LA ANESTESIA

PROPOSITOS	ANESTESIA PROPUESTA			
RESULTADOS ESPERADOS	RIESGOS DE COMPLICACIONES ANESTÉSICAS			
NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA

4. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

A	EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO SATISFACTORIAMENTE ACERCA DE LOS MOTIVOS Y PROPOSITOS DEL TRATAMIENTO PLANIFICADO PARA MI ENFERMEDAD	FIRMA DEL PACIENTE
B	EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA EXPLICADO ADECUADAMENTE LAS ACTIVIDADES ESENCIALES QUE SE REALIZARÁN DURANTE EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD	
C	CONSENSO A QUE SE REALICEN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS, DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS NECESARIOS PARA MI ENFERMEDAD	
D	CONSENSO A QUE ME ADMINISTREN LA ANESTESIA PROPUESTA	
E	HE ENTENDIDO BIEN QUE EXISTE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LOS MEDIOS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO, PERO NO ACERCA DE LOS RESULTADOS	
F	HE COMPRENDIDO PLENAMENTE LOS BENEFICIOS Y LOS RIESGOS DE COMPLICACIONES DERIVADAS DEL TRATAMIENTO	
G	EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO QUE EXISTE GARANTÍA DE RESPETO A MI INTIMIDAD, A MIS CREENCIAS RELIGIOSAS Y A LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN (INCLUSIVE EN EL CASO DE VIH/SIDA)	
H	HE COMPRENDIDO QUE TENGO EL DERECHO DE ANULAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MOMENTO QUE YO LO CONSIDERE NECESARIO	
I	DECLARO QUE HE ENTREGADO AL PROFESIONAL TRATANTE INFORMACIÓN COMPLETA Y FIDELIGNA SOBRE LOS ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE MI ESTADO DE SALUD, ESTOY CONCIENTE DE QUE MIS OMISIONES O DISTORSIONES DELIBERADAS DE LOS HECHOS PUEDEN AFECTAR LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO.	

5. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE

COMO RESPONSABLE LEGAL DEL PACIENTE, QUE HA SIDO CONSIDERADO POR AHORA IMPOSIBILITADO PARA DECIDIR EN FORMA AUTÓNOMA SU CONSENTIMIENTO, AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO SEGÚN LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN ESTE DOCUMENTO.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA
--------------------------	--------------	----------	--------	-------

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
			PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		No. CÉDULA DE CIUDADANÍA	

TODA LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES AL PACIENTE SE HARÁ EN EL ÁMBITO DE LA CONFIDENCIALIDAD.

1. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO

PROPOSITOS	TERAPIA Y PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS			
Reiniciar material en tejido	Reincamamiento # 2.1			
RESULTADOS ESPERADOS	RIESGOS DE COMPLICACIONES CLÍNICAS			
Quitar de habilidad	Fijación de instrumental, sobreestructura, sobreinstrumentación.			
NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA
Dra. Paola Nivelo	Endodoncia			

2. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL CIRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

PROPOSITOS	INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROPUESTAS			
RESULTADOS ESPERADOS	RIESGOS DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS			
NOMBRE DEL CIRUJANO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA

3. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIOLOGO SOBRE LA ANESTESIA

PROPOSITOS	ANESTESIA PROPUESTA			
RESULTADOS ESPERADOS	RIESGOS DE COMPLICACIONES ANESTÉSICAS			
NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA

4. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

A	EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO SATISFACTORIAMENTE ACERCA DE LOS MOTIVOS Y PROPOSITOS DEL TRATAMIENTO PLANIFICADO PARA MI ENFERMEDAD	FIRMA DEL PACIENTE
B	EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA EXPLICADO ADECUADAMENTE LAS ACTIVIDADES ESENCIALES QUE SE REALIZARÁN DURANTE EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD	
C	CONSENTO A QUE SE REALICEN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS, DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS NECESARIOS PARA MI ENFERMEDAD	
D	CONSENTO A QUE ME ADMINISTREN LA ANESTESIA PROPUESTA	
E	HE ENTENDIDO BIEN QUE EXISTE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LOS MEDIOS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO, PERO NO ACERCA DE LOS RESULTADOS	
F	HE COMPRENDIDO PLENAMENTE LOS BENEFICIOS Y LOS RIESGOS DE COMPLICACIONES DERIVADAS DEL TRATAMIENTO	
G	EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO QUE EXISTE GARANTÍA DE RESPETO A MI INTIMIDAD, A MIS CREENCIAS RELIGIOSAS Y A LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN (INCLUSIVE EN EL CASO DE VIH/SIDA)	
H	HE COMPRENDIDO QUE TENGO EL DERECHO DE ANULAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MOMENTO QUE YO LO CONSIDERE NECESARIO	
I	DECLARO QUE HE ENTREGADO AL PROFESIONAL TRATANTE INFORMACIÓN COMPLETA Y FIDELIDAD SOBRE LOS ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE MI ESTADO DE SALUD, ESTOY CONCIENTE DE QUE MIS OMISIONES O DISTORSIONES DELIBERADAS DE LOS HECHOS PUEDEN AFECTAR LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO.	

5. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE

COMO RESPONSABLE LEGAL DEL PACIENTE, QUE HA SIDO CONSIDERADO POR AHORA IMPOSIBILITADO PARA DECIDIR EN FORMA AUTÓNOMA SU CONSENTIMIENTO, AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO SEGÚN LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN ESTE DOCUMENTO				
NOMBRE DEL REPRESENTANTE	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA

UIDE

Universidad Internacional del Ecuador

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR CLÍNICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

HISTORIA CLÍNICA DE ENDODONCIA

Historia Clínica No. 4277

Nombre del paciente: Alexandra Dórame

Diente: 21

Fecha: 03.04.19

Estudiante: Maia Andrade

MOTIVO DE LA CONSULTA

'Necesito hacerme un puente'

ANTECEDENTES SISTÉMICOS DE IMPORTANCIA

ninguno

EXAMEN FÍSICO

Examen Extraoral:

Normal

Tumefacción.....

Fiebre.....

Linfadenopatía.....

Fistula.....

ATM.....

Examen Intraoral:

*Mucosas y Enclás

Normal

Afectada.....

Edema.....

Duro.....

Blando.....

*Diente

Integro.....

Restaurado

Caries.....

Fractura.....

*Percusión Vertical

Positiva.....

Negativa.....

*Pruebas Térmicas:

Frío: Positivo.....

Negativo

Calor: Positivo.....

Negativo

*Exámenes Complementarios:

RX: Espacio periodontal engrosado SI

Radio lucidez: Circunscrita SI

Difusa.....



Scanned with
CamScanner

FORMULARIO UIDE-CEO-001

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

..... Diente frecuentemente tratado con periodontitis apical crónica.....

TRATAMIENTO

BIOPULPECTOMIA NECROPULPECTOMIA I NECROPULPECTOMIA II
 OTRO

GRUPO DENTAL	CONDUCTOS	CONDUCTOMETRÍA		REFERENCIA	LIMA APICAL MAESTRA	TÉCNICA DE INSTRUMENTACIÓN	MEDICACIÓN INTRACONDUCTO
		TENTATIVA	DEFINITIVA				
ANTERIOR	UNICO						
PRE-MOLAR	SUPERIOR	20	17	Borde Masal	45		AC.
	V						
	P						
	INFERIOR						
MOLAR	UNICO						
	SUPERIOR						
	MV						
	MP						
	DV						
	P						
	INFERIOR						
	MV						
	ML						
	D						
Conducto en "C"							

MEDICACION SISTÉMICA

..... se realizó jarón con Biodentine de 3 mm.....

EVOLUCIÓN

FECHA	ACCIÓN CLÍNICA	FIRMA TUTOR
03.04.19	Anestesia, aislamiento, IT, medicación intraconducto	<i>[Firma]</i>
03.04.19	Anestesia, aislamiento, irrigación, jarón con Biodentine	<i>[Firma]</i>
10.04.19	Anestesia, aislamiento, cono MP, jarón, bucho, obturación.	<i>[Firma]</i>

RECOMENDACIONES Y ADVERTENCIAS

.....

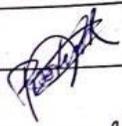
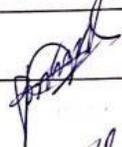
USO DE RADIOGRAFIAS

ENTREGADO
 01 ABR 2019
 FIRMA

**UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
ESCUELA DE ODONTOLOGIA**

PROTOCOLO DE RETRATAMIENTO

PRIMERA CITA:

FECHA	No.	PASO CLINICO	FIRMA
3.04.19	1	Realizar Diagnóstico Clínico y radiográfico q encamine a descubrir por qué fracaso el tratamiento.	
03.04.19	2	Anestesia En el caso de tener perno y/o poste remoción de los mismos	
03.4.19	3	Aislamiento del campo operatorio Remover la gutapercha con aceite de naranja.	
3.4.19	4	Utilizando limas Hedstrom / gattes gliden eliminamos la mayor cantidad de gutapercha. Posterior hacer cateterismo con una lima 10 Determinar LT	
3.4.19	5	Irrigación profusa con Hipoclorito de Sodio Secado de los conductos Colocación de Bolita de algodón estéril Sellado de la cámara pulpar con Oxido de Znc Eugenol	

SEGUNDA CITA:

FECHA	No.	PASO CLINICO	FIRMA
14.04.19	1	Anestesia del diente a tratar Aislamiento del campo operatorio Apertura de la cámara pulpar	
17.04.19	2	Con la LT determinada se procede a la instrumentación que en este caso sería Corono apical. Irrigación profusa	
17.04.19	3	Medicación con Hidróxido de Calcio químicamente puro. Colocación de Bolita de algodón estéril Sellado de la cámara pulpar con Oxido de Znc Eugenol.	

TERCERA CITA:

FECHA	No.	PASO CLINICO	FIRMA
17.04.19	1	Anestesia del diente a tratar Aislamiento del campo operatorio Apertura de la cámara pulpar	<i>[Firma]</i>
17.04.19	2	Se retoma la instrumentación de los conductos radiculares y con profusa irrigación con Hipoclorito de Sodio al 2.25% . Cronometría	<i>[Firma]</i>
17.04.19	3	Prueba de penacho (Rx) Obturación Colocación de Ionometro de vidrio en la entrada de los conductos radiculares	<i>[Firma]</i>
17.04.19	4	Y sellado con material provisional restaurador coronal Control radiográfico.	<i>[Firma]</i>

Recibí el trabajo a entera satisfacción

[Firma]

Firma del Paciente
C.I.

Estudiante
Nombre: Maria José Andrade
Firma: *[Firma]*

Tutor
Nombre: DR. Paola Nieto
Firma:

**CLINICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS
CIRUGIA BUCAL**

Nombre de Paciente: Alexandra Lacombe No Historia Clínica: _____

Nombre del Estudiante tratante: Maria Andradó

Fecha: _____

ENFERMEDAD ACTUAL: (Síntomas locales, generales, dominantes, empezar con los síntomas más cercanos que el paciente pueda relatar. Poner los síntomas en orden cronológico. Fecha de iniciación del proceso, anamnesis relativa al dolor. Tratamiento previo)
Paciente sumando de 37 años acude a consulta con motivo de "Quiso hacerse una extracción general", para lo cual se le había realizado un inciso de hueso y cerrado el sector anterior a campo abierto, cuando al aproximarse los huesos de mandíbula tenía a madre con ni rotación y el AP ninguno, (sin rotación de hueso) Etípicamente no hay paraflexia aparente, al examen intraoral observamos

HISTORIA DENTAL ANTERIOR

¿Recibe atención dental periódicamente? Si.
Tiempo Transcurrido de la última extracción 10 años
Indique las razones para extracciones previas malos.
¿Ha tenido alguna reacción a la anestesia local? no
¿Ha sufrido hemorragias después de la Extracción? no
¿Ha tenido alguna complicación después de la Extracción? no

HISTORIA MÉDICA ANTERIOR

¿Está bajo tratamiento médico? no
Historia de Intervenciones quirúrgicas ninguna
¿Padece o ha padecido de?
Enfermedades Cardiovasculares _____ Hipertensión _____
Hígado _____ Riñón _____ Sangre _____
Semana de Gestación _____ ¿Qué semana? _____ T.A. _____
Temperatura _____ Pulso _____ Rep _____ Peso _____
¿Toma medicación? _____

[Firma]
NOMBRE Y FIRMA DEL PROF. Y CODIGO

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

RX panorámico
Laboratorio Clínico: BH, TP, TTP, UREA, CREATININA.

Diagnóstico: 1.5 y 2.5 Dientes no retráctiles y no retráctiles.

Tratamiento (Anestesia empleada, Complicaciones. Post Operatoria Inmediato)
Anestesia, anestesia, anestesia local con oxígeno y oxígeno en 1.5 y 2.5, sedación, extracción (biceps), extracción posterior dicha, cuidados de la herida, sutura, medicación postoperatoria.

Evolución: En paciente observamos una cicatrización adecuada sin complicaciones

[Firma]
NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

NOMBRE Y FIRMA DEL PROF Y COD.



PROTOCOLO DE ENDOPOSTES (PERNO PREFABRICADO)

Nota: No se realizará ningún procedimiento de prótesis fija sin la previa realización de tratamientos de otras especialidades, de acuerdo con el plan de tratamiento establecido.

NOMBRE DEL PACIENTE: Alexandra Jácome
 No. HISTORIA CLÍNICA: _____
 NOMBRE DEL TUTOR: Dra. Alejandra Torres
 No. DE DIENTE: # 2.1

FECHA	No	PASO CLINICO	FIRMA
17.04.19	1	Radiografía / Control inicial	
17.04.19	2	Medida obturación endodóntica.....mm.	
17.04.19	3	Desobturación.....mm con dique	
17.04.19	4	Radiografía de control	
24.04.19	5	Preparación: - Ácido Fosfórico - Adhesivo	
24.04.19	6	Preparación Diente: - Desinfección (Clorhexidina y secado) - Grabado ácido a nivel de esmalte. - Adhesivo a nivel esmalte.	
24.04.19	7	Colocación cemento autograbado.	
24.04.19	8	Fotocurado 20 segundos.	
24.04.19	9	Reconstrucción de muñón	
24.04.19	10	RX - Final	

Recibí el trabajo a entera satisfacción.

FIRMA DEL PACIENTE
 C.I.

ESTUDIANTE
 NOMBRE: Maria Indio

TUTOR
 NOMBRE: Dra. Alejandra Torres

FIRMA:
 Scanned with CamScanner

FIRMA:



UIDE

Universidad Internacional del Ecuador

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

PROTOCOLO DE CORONA

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: Dra. María Alejandra Torres No. Historia: 14222

Nombre del Paciente: Amanda Jácome No. Diente: # 21, # 22

FECHA	No	PASO CLINICO	FIRMA
8.03.19	1	Modelos de Estudio	
15.03.19	2	Encerado	
8.05.19	3	Preparación de pilares	
8.05.19	4	Elaboración de provisionales	
15.05.19	5	Impresiones funcionales	
15.05.19	6	Elección del material Metal porcelana <input type="checkbox"/> Porcelana pura <input type="checkbox"/> Zirconio <input checked="" type="checkbox"/>	
15.05.19	7	Registro del color por material para ser elaborado el trabajo	
22.5.19	8	Prueba de cofia	
05.06.19	9	Prueba de porcelana sin terminado	
12.06.19	10	Terminado, cementación definitiva metal/porcelana/zirconio.	
	11	CEMENTACION: CERÁMICA Preparación cerámica Colocación ácido fluorhídrico Lavado y secado Silinizado 2 capas Colocación cemento dual fotopolimerización 30 segundos c/cara Preparación diente Desinfección diente Grabado ácido fosfórico Lavado Secado Primer Adhesivo (polimerizar 30 segundos) Cementado	
12.6.19		CEMENTACION: METAL CERÁMICA / ZIRCONIO Desinfección diente y corona Lavado y secado Cementación - Ionómero de vidrio	

Recibí el trabajo a entera satisfacción

Firma del Paciente



Scanned with
CamScanner

FORMULARIO UIDE-CEO-002

Estudiante

Nombre: Maria José Andrade

Firma: [Handwritten Signature]

C.I.

Tutor

Nombre: DR. Alejandra Torres

Firma: [Handwritten Signature]

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
			PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	No. CÉDULA DE CIUDADANÍA		

TODA LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES AL PACIENTE SE HARÁ EN EL ÁMBITO DE LA CONFIDENCIALIDAD.

1. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO

PROPOSITOS	TERAPIA Y PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS			
Quelvar exéncio y Acción	puete de zirconia el # 21 y 2.2			
RESULTADOS ESPERADOS	RIESGOS DE COMPLICACIONES CLÍNICAS			
	Puntos deos de contacto, fractura quón tejidos blandos			
NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA
Dra. Alejandra Jones	Rehabilitación			

2. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL CIRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

PROPOSITOS	INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROPUESTAS			
RESULTADOS ESPERADOS	RIESGOS DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS			
NOMBRE DEL CIRUJANO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA

3. INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIOLOGO SOBRE LA ANESTESIA

PROPOSITOS	ANESTESIA PROPUESTA			
RESULTADOS ESPERADOS	RIESGOS DE COMPLICACIONES ANESTÉSICAS			
NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA

4. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

A	EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO SATISFACTORIAMENTE ACERCA DE LOS MOTIVOS Y PROPOSITOS DEL TRATAMIENTO PLANIFICADO PARA MI ENFERMEDAD	FIRMAS DEL PACIENTE
B	EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA EXPLICADO ADECUADAMENTE LAS ACTIVIDADES ESENCIALES QUE SE REALIZARÁN DURANTE EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD	
C	CONSENSO A QUE SE REALICEN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS, DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS NECESARIOS PARA MI ENFERMEDAD	
D	CONSENSO A QUE ME ADMINISTREN LA ANESTESIA PROPUESTA	
E	HE ENTENDIDO BIEN QUE EXISTE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LOS MEDIOS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO, PERO NO ACERCA DE LOS RESULTADOS	
F	HE COMPRENDIDO PLENAMENTE LOS BENEFICIOS Y LOS RIESGOS DE COMPLICACIONES DERIVADAS DEL TRATAMIENTO	
G	EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO QUE EXISTE GARANTÍA DE RESPETO A MI INTIMIDAD, A MIS CREENCIAS RELIGIOSAS Y A LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN (INCLUSIVE EN EL CASO DE VIH/SIDA)	
H	HE COMPRENDIDO QUE TENGO EL DERECHO DE ANULAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MOMENTO QUE YO LO CONSIDERE NECESARIO	
I	DECLARO QUE HE ENTREGADO AL PROFESIONAL TRATANTE INFORMACIÓN COMPLETA Y FIDELIGNA SOBRE LOS ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE MI ESTADO DE SALUD, ESTOY CONCIENTE DE QUE MIS OMISIONES O DISTORSIONES DELIBERADAS DE LOS HECHOS PUEDEN AFECTAR LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO.	

5. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE

COMO RESPONSABLE LEGAL DEL PACIENTE, QUE HA SIDO CONSIDERADO POR AHORA IMPOSIBILITADO PARA DECIDIR EN FORMA AUTÓNOMA SU CONSENTIMIENTO, AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO SEGÚN LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN ESTE DOCUMENTO				
NOMBRE DEL REPRESENTANTE	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA

