



UNIVERSIDAD

JOSÉ ANTONIO PÁEZ

**CARILLAS DENTALES INYECTADAS CON RESINA FLUIDA
COMO ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO DEL DISEÑO DE
SONRISA EN PACIENTES CON DIASTEMA DEL SECTOR
ANTEROSUPERIOR. REPORTE DE CASO CLÍNICO**

Autores:

Valentina Carrero 27.892.634

María Salazar 28.376.257

Urb. Yuma II, calle N° 3. Municipio San Diego Teléfono: (0241)

8714240 (master) – Fax (0241) 8712394

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ FACULTAD DE
CIENCIAS PARA LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



**CARILLAS DENTALES INYECTADAS CON RESINA FLUIDA
COMO ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO DEL DISEÑO DE
SONRISA EN PACIENTES CON DIASTEMA DEL
SECTOR ANTEROSUPERIOR. REPORTE DE CASO CLÍNICO.**

Trabajo de grado para optar al título de ODONTÓLOGO

Autores:

Valentina Carrero

C.I:27.892.634

María Salazar

C.I:28.376.257

Tutor:

Od. Rosaura Malpica

C.I.: 13.469.086

San Diego, septiembre de 2022

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ FACULTAD DE
CIENCIAS PARA LA SALUD



ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Quien suscribe, odontólogo **ROSAURA MALPICA DÍAZ** portador(a) de la cédula de identidad No **V- 13.469.086** acepto ser tutor académico del trabajo realizado por las ciudadanas **VALENTINA CARRERO** portadora de la **C.I N° V-27.892.634** Y **MARÍA SALAZAR**, portadora de la **C.I N° V-28.376.257** Titulado “**CARILLAS DENTALES INYECTADAS CON RESINA FLUIDA COMO ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO DEL DISEÑO DE SONRISA EN PACIENTES CON DIASTEMA DEL SECTOR ANTEROSUPERIOR. REPORTE DE CASO**

CLÍNICO.”. Adscrito a la línea de investigación: **PATOLOGÍA GENERAL Y BUCAL**. Y declaro que acepto la tutoría del mencionado proyecto y trabajo de grado durante su etapa de desarrollo hasta su presentación y evaluación por el jurado evaluador que designe; según las condiciones del Reglamento de estudio de la Universidad José Antonio Páez.

En San Diego a los veinticinco días del mes de febrero del año dos mil veintidos

OD. ROSAURA MALPICA DÍAZ

C.I. V- 13.469.086

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ FACULTAD DE
CIENCIAS PARA LA SALUD



ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



**CONSTANCIA DE APROBACION PARA LA
PRESENTACION PUBLICA DEL TRABAJO DE GRADO**

Quien suscribe, Odontólogo **ROSAURA MALPICA DÍAZ**, portador(a) de la cédula de identidad N° V- 13.469.086, en mi carácter de tutor

(a) del trabajo de grado presentado por el (la) los ciudadanos (as)

VALENTINA CARRERO y MARÍA SALAZAR, portador(es) de la cédula de identidad N° V-27.892.634 y N°V-28.376.257 titulado **“CARILLAS DENTALES INYECTADAS CON RESINA FLUIDA COMO ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO DEL DISEÑO DE SONRISA EN PACIENTES CON DIASTEMA DEL SECTOR**

ANTEROSUPERIOR. REPORTE DE CASO CLÍNICO”, presentando como requisito parcial para optar al título de Odontólogo, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En San Diego, a los trece días del mes octubre del año dos mil veintidós.

OD. ROSAURA DÍAZ MALPICA

C.I. V-13.469.086



ACTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud para la evaluación del trabajo de grado titulado "Carillas Dentales Inyectadas con Resina Fluida como Alternativa de Tratamiento del Diseño de Sonrisa en Pacientes con Diastema del Sector Anterosuperior. Reporte de Caso Clínico" presentado por las ciudadanas Valentina Carrero y María Salazar, portador(as) de la cédula de identidad N° V-27.892.634 y N°V-28.376.257, cursantes de la carrera de odontología hace constar después de analizar su contenido y oír su exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación.

Tutor:

Nombre:

C.I:

Doscar Rojas D

13469086



Jurado

Nombre:

C.I:

Elizabeth Villasana

24300679

Jurado

Nombre:

C.I:

MARIN CARROA

6.138509

Fecha:

13/10/22

DEDICATORIA

A Dios todo poderoso a quien con fe pedimos guiara y fortaleciera nuestros conocimientos para el logro de esta importante meta.

A nuestros padres por ser guías incondicionales, quienes con sus ejemplos de perseverancia han permitido nuestros logros personales y profesionales, hasta ellos nuestro amor y el logro de este éxito.

Valentina y María Fernanda

AGRADECIMIENTOS

Con especial significación queremos agradecer a todas aquellas personas que hicieron posible el logro de esta meta.

A nuestros profesores de nuestra alma mater **UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PAEZ** por sus valiosos aportes y orientación para culminar con éxito esta meta.

A nuestra tutora Rosaura Malpica por su estímulo constante y sus asertivas sugerencias para culminar el trabajo de grado.

Valentina y María Fernanda

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE

CONTENIDO		pp.		
Resumen informativo		IX		
Abstract		X		
Introducción		1		
Capítulo I EL PROBLEMA				
1.1 Planteamiento del problema		3		
1.1.1 Formulación del problema		7		
1.2 Objetivos de la investigación		8		
1.2.1 Objetivo General	8	1.2.2 Objetivos específicos	8	
1.3 Justificación de la investigación		9		
1.4 Alcance y limitaciones		11		
II MARCOTEÓRICO				
2.1 Antecedentes		12		
2.2 Bases teóricas		16		
2.3 Bases legales		27		
2.4 Definición de términos		29		
III MARCO METODOLÓGICO				
3.1 Tipo y diseño de la investigación		31		
3.2 Unidad de Análisis		32		
3.3 Procedimientos		32		
IV CASO CLÍNICO				
4.1 Primera Etapa		34		
4.2 Segunda Etapa		37		
4.3 Tercera Etapa		40		
4.4 Cuarta Etapa	42	4.5 Quinta Etapa	47	4.6
Discusión		49		
Conclusiones		51		
Recomendaciones		53		
Referencias		54		
Anexos		60		



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ FACULTAD
DE CIENCIAS PARA LA SALUD ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



CARILLAS DENTALES INYECTADAS CON RESINA FLUIDA COMO ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO DEL DISEÑO DE SONRISA EN PACIENTES CON DIASTEMA DEL SECTOR ANTEROSUPERIOR. REPORTE DE CASO CLÍNICO

Autores

Br. Valentina Carrero

Br. María Salazar

Tutor

Od. Rosaura Malpica

Septiembre, 2022

RESUMEN

Introducción: Las carillas dentales con resinas compuestas son una extraordinaria técnica para solucionar los problemas de diastemas en el sector anterosuperior, sin embargo, condiciones inherentes al diastema como la distancia interdental y tipologías de la encía a nivel cervical pueden comprometer el éxito de este método, por lo que es necesario emplear procedimientos sistemáticos y predecibles en este exigente campo de la odontología. **Objetivo general:** Analizar la utilidad de la técnica de carillas dentales inyectadas con resina fluida con flujo digital como alternativa de tratamiento del diseño de sonrisa en un paciente con diastema del sector anterosuperior. **Metodología:** Para la presente investigación se empleó el método descriptivo, modalidad reporte caso clínico. **Resultado y conclusión:** se realizó un protocolo con flujo digital óptimo, logrando una rehabilitación y cierre de diastema exitosa y satisfactoria para el paciente según sus estándares estéticos biológicos y funcionales.

Palabras claves: carillas dentales, diastemas, resinas inyectadas.



**BOLIVARIAN REPUBLIC OF VENEZUELA
UNIVERSITY JOSÉ ANTONIO PÁEZ FACULTY OF
HEALTH SCIENCES DENTISTRY SCHOOL**



**DENTAL VENEERS INJECTED WITH FLUID RESIN AS AN
ALTERNATIVE TREATMENT OF SMILE DESIGN IN PATIENTS WITH
DIASTEMA OF THE ANTEROS SUPERIOR SECTOR. CLINICAL CASE
REPORT**

Autors

Br. Valentina Carrero

Br. María Salazar

Tutor

Od. Rosaura Malpica

September, 2022

ABSTRACT

Introduction: Dental veneers with composite resins are an extraordinary technique to solve diastema problems in the upper anterior sector, however, conditions inherent to the diastema such as interdental distance and types of gums at the cervical level can compromise the success of this method. Therefore, it is necessary to employ systematic and predictable procedures in this demanding field of dentistry. **Research Aim:** To analyze the usefulness of the technique of dental veneers injected with fluid resin with digital flow as an alternative treatment for smile design in a patient with a diastema in the anterosuperior sector. **Methodology:** For the present investigation, the descriptive method was used, clinical case report modality. **Result and conclusion:** a protocol with optimal digital flow was carried out, achieving a successful and satisfactory rehabilitation and diastema closure for the patient according to their biological and functional aesthetic standards.

Keywords: dental veneers, diastemas, injected resins

INTRODUCCIÓN

En la sociedad contemporánea, dentro de las relaciones sociales y laborales, una de los principales factores considerados importantes para lograr el éxito es la estética; lo que significa una preocupación actual de los pacientes odontológicos; de allí que, la presencia de diastemas, una de las anomalías más comunes relacionada con la posición dentaria, representa una incomodidad que muchas veces genera inseguridad en las personas.

Los diastemas pueden ser congénitos o adquiridos, logrando ser clasificados según su tamaño y según sean simétricos o asimétrico, no obstante, sin importar su codificación u origen son una condición que afecta la estética de muchas por zonas, motivo por el que el odontólogo está en el deber de procurar la solución más apropiada para remediar el aspecto antiestético que incomoda al paciente.

Por tratarse de una entidad que es tan antigua como la humanidad, el tratamiento para el cierre de diastemas siempre ha sido del interés de la odontología, de allí que siempre se ha orientado a conferir estética en armonía con la salud periodontal, por tanto, entre los tratamientos para el cierre de diastemas más comunes se encuentran la rehabilitación protésica y la ortodoncia. Sin embargo, estas opciones generalmente requieren de preparaciones del tejido sano, e incluyen procedimientos de laboratorio, lo que aumentan el tiempo clínico.

Con el avance en biomateriales y biotecnología odontológicas se ha planteado la a utilización de resinas compuestas como una opción estética y funcional para casos en los que se pretende una mínima intervención sobre el tejido sano o de ninguna, a lo que hace referencia cuando se plantea el cierre de diastema con la técnica de resinas directas.

Sin embargo, existen casos de diastemas muy pequeños, con separaciones menores a 8 mm que comprometen seriamente el desempeño y éxito de la técnicas directas; de allí la utilización de métodos que combinando en sinergia las cualidades de la odontología digital con procedimientos de laboratorio y la tecnología en biomateriales buscan elevar el nivel de las restauraciones de resina indirecta para lograr el cierre de diastema de manera duradera y predecible.

El propósito de esta investigación es presentar un caso de cierre de diastema en el sector anterosuperior utilizando la técnica de resinas fluidas inyectadas con apoyo en el flujo digital como una opción sencilla, expedita y predecible en condiciones con cortas distancias interdentes.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

La tendencia en la odontología contemporánea es la prevención en todas sus áreas, por tanto, ha ido evolucionando en cuanto a conceptos, tecnologías de diagnóstico, técnicas de tratamiento, biomateriales, que obligan a trabajar dentro de la multidisciplinariedad proyectados hacia una odontología con altas demandas en aspectos biológicos, estéticos y funcionales¹. De allí que una de las áreas con más desarrollo en estas últimas décadas sea la rehabilitación y estética dental, cuyo principal reto lo representan las desarmonías dentales, principalmente los diastemas dentales.²

Odontológicamente, el diastema se define como un espacio interdentario ubicado entre dientes adyacentes del arco dental, siendo su presencia considerada normal en el periodo de dentición mixta³. De allí que, estudios estiman que el 98 % de los niños de 6 años y el 49 % de los de 11 años tienen un Diastema, el cual generalmente desaparece luego de la erupción de los caninos permanentes aproximadamente a los 13 años. Aun así, se estima que este espacio se mantendrá en un 7 % de los adolescentes y así perduran hasta la madurez⁴. Asimismo, es común en el área de incisivos superiores, generando una brecha estética que muchas veces se convierte en un motivo de consulta por parte de los pacientes. .

Las causas que permiten la permanencia de los diastemas son variadas, e incluyen, hábitos orales, desequilibrios musculares, una estructura anormal del arco maxilar, anomalías dentales o la presencia de un frenillo labial hipertrófico³; por tanto, es de gran importancia definir las posibles causas de esta condición, ya que puede influir en el tratamiento y su estabilidad dependen del correcto diagnóstico de la etiología y su subsecuente eliminación. De ahí que, al ubicarse un

diastema en el sector anterosuperior donde se incluyen los incisivos centrales, incisivos lateral y canino es imprescindible considerar las características de dicho espacio, como la ubicación, distancia, superficies involucradas, estructuras anatómicas relacionadas, a fin de determinar el tratamiento idóneo y más conservador posible².

Ahora bien, como respuesta a esta problemática la odontología estética ha dado paso a técnicas a fin de obtener sonrisas funcionales, biológicas y armónicas, siendo la más exitosa la técnica de carillas dentales⁵, uno de los métodos más empleados los diseños de sonrisa, y como se mencionó previamente, las condiciones de cada caso lo hacen particular y por ende, con necesidades y procedimientos individuales; lo que obliga a un continuo desarrollo de biomateriales, técnicas y procedimientos que buscan la preservación del tejido y la adhesión biomimética de las restauraciones⁶, donde las resinas compuestas representan la primera opción.

En función a lo anteriormente expuesto, los tipos de carillas dentales pueden clasificarse de acuerdo al material utilizado en: carillas de resina compuesta, carillas de resina fluida, carillas de cerámicas vítreas y carillas de policristales, y en función a la técnica, en carillas directas o indirectas⁵. Siendo así, las principales diferencias entre las carillas radican en el tipo de preparación de la superficie dental, que lo determina la biología del diente, el uso de materiales de impresión y biomateriales restauradores, siendo estos rasgos los que se tomen en cuenta para escoger la técnica adecuada para cada caso.

Entonces, se entiende que las carillas dentales con resinas compuestas sean una extraordinaria técnica para solucionar estos problemas de diastemas en el sector anterosuperior, sin embargo, aspectos como la destreza y habilidad del operador, condiciones inherentes al diastema como la distancia interdental y tipologías de la encía a nivel cervical pueden comprometer el éxito de este método, por lo que es necesario emplear procedimientos sistemáticos y predecibles en este exigente campo de la odontología.

Las resinas compuestas condensables y resinas compuestas fluidas presentan notables diferencias según la densidad; por una parte, las resinas fluidas, consideradas de baja densidad, poseen sobre todo mayor elasticidad, más escurrimiento que le da la alta humectabilidad de la superficie dental, lo que se traduce en el aseguramiento de penetración en todas las irregularidades de la misma y pueden formar espesores de capa mínimos lo que disminuye las inclusiones de aire además de poseen alta flexibilidad por lo que tiene menos posibilidad de desalajo en áreas de concentración de estrés.

Además, las resinas compuestas condensables, debido al aumento en su proporción de carga inorgánica, han logrado mejorar su resistencia a la fractura, resistencia flexural, baja contracción de polimerización, alta capacidad de pulido y lograr adecuado módulo de elasticidad, que se traduce en notables mejoras en las manipulación, y resistencia al desgaste, permitiendo una excelente reproducción de la anátomomorfología oclusal y proximal de los elementos dentarios resistencia compresiva.⁷

A su vez, es importante destacar que el uso de resina compuesta fluida en odontología restauradora es amplio, incluye reparación de emergencia de fracturas de dientes y restauraciones, coronas de resina en odontopediatría, restauración de la oclusión posterior de restauraciones de resina por desgastes, para establecer la longitud del borde incisal antes del alargamiento de corona estética, para fabricación de provisionales de resina para implantes y en la reparación de dientes fracturados o perdidos de dentaduras protésicas.⁸

Por tanto, el uso de resina inyectada como procedimiento estético permite vaticinar la solución final y trasladar del encerado diagnóstico donde se han establecido los parámetros oclusales como la posición y alineación de dientes, contorno fisiológico, perfil labial, ubicación del borde incisal y posición gingival, así como la forma anatómica

pretendida a una restauración sobre la superficie dental, previendo el aspecto estético para el material restaurador; y considerando que este método puede realizarse con o sin preparación de la superficie aumenta el potencial para diseñar preparaciones más conservadoras, tendencia actual en la odontología.⁵

En otro orden de ideas, las características biológicas inherentes al diastema son importantes para la selección de la técnica y el material; como se ha reportado; el diastema interincisal es el tipo de diastema más común y se presenta predominantemente en los incisivos superiores y más prevalente es aquel que se encuentra entre incisivos centrales superiores, también llamado el de la línea media, es una maloclusión, que principalmente se caracteriza porque se observa un espacio mayor a 0,5 mm entre las superficies proximales de los dientes en un mismo arco dental, o la ausencia de contacto de dos dientes consecutivos.⁹

De allí que tener en cuenta todos los parámetros para establecer según las características clínicas, etiología, tamaño y número, si un diastema es patológico o no, permitirá ofrecer las opciones de tratamiento al paciente más acordes y efectivas de manera simple, rápida, previsible y de bajo costo, devolviendo el equilibrio estético entre los tejidos duros y blandos.

Considerando que este tipo de tratamientos exigen mucha precisión, es válido el uso de la tecnología digital, que ofrece ventajas frente a los protocolos analógicos, entre las cuales destacan la precisión, la rapidez y la optimización de los tiempos de clínica, de ahí que, esta técnica de carillas dentales de resina inyectada se realice con lo que se denomina flujo digital, donde el apoyo de sistemas como el scanner intraoral, impresiones en resinas y encerados con sistemas CAD CAM, sustituye a las impresiones en cubetas, los modelos en yeso y encerados diagnóstico en cera¹⁰.

Ahora bien, en la Clínica Integral del Adulto de la Facultad de Odontología de la Universidad José Antonio Páez, San Diego, Estado Carabobo es frecuente la asistencia de pacientes jóvenes solicitando tratamiento rehabilitador en el sector anterosuperior por presentar una sonrisa “con dientes separados”, por lo general asociado a restos de restauraciones previas con pobre anatomía y mal adaptadas; por tanto se plantea presentar un caso clínico donde se puede restablecer la estética en diastemas anterosuperiores con el uso de resinas directas, evitando mayor desgaste, devolviendo la función y autoestima al paciente; aplicando la técnica de carillas dentales de resina inyectada en un paciente de la Clínica Integral del Adulto de la Facultad de Odontología de la Universidad José Antonio Páez para periodo Julio-Diciembre 2022.

1.1.1 Formulación del Problema

Considerando lo previamente expuesto, surgen las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuál es la distancia mínima de un diastema que debe tener un paciente con diastemas para ser tratado con la técnica de carillas con resina inyectada?

¿Cómo debe ser la superficie dentaria interproximal de los dientes involucrados en el diastema a ser tratado con la técnica de carillas con resina inyectada?

¿Qué tipología gingival a nivel del diastema debe tener el paciente a ser tratado con la técnica de carillas con resina inyectada?

¿Qué características en cuanto a tipo de relleno, humectabilidad, translucidez y color debe cumplir la resina compuesta fluida a ser utilizada en la técnica de carillas dentales inyectadas del caso clínico a tratar?

¿Cuál es el protocolo en flujo digital a seguir en la técnica de carillas con resina inyectada en el caso clínico a tratar?

1.2 Objetivos de la Investigación

1.2.1 Objetivo General

Analizar la utilidad de la técnica de carillas dentales inyectadas con resina fluida con flujo digital como alternativa de tratamiento del diseño de sonrisa en un paciente con diastema del sector anterosuperior que asiste a la Clínica Integral del Adulto de la Universidad José Antonio Páez en el periodo junio-diciembre 2022

1.2.2 Objetivos Específicos

1. Describir la tipología del paciente aspirante a la aplicación de la técnica de carillas dentales inyectadas como alternativa de tratamiento del diseño de sonrisa en pacientes con diastema del sector anterosuperior

2. Identificar las propiedades mecánicas y físicas de las resinas fluidas empleadas en la técnica de carillas dentales inyectadas como alternativa de tratamiento del diseño de sonrisa en pacientes con diastema del sector anterosuperior.

3. Explicar las fases del flujo digital de la técnica de carillas dentales inyectadas en el caso seleccionado como alternativa de tratamiento del diseño de sonrisa en pacientes con diastema del sector anterosuperior.

4. Aplicar la técnica de carillas dentales inyectadas como alternativa de tratamiento del diseño de sonrisa en pacientes con diastema del sector anterosuperior en el caso seleccionado.

1.3 Justificación

Los diastemas tienen una etiología multifactorial y, en la mayoría de los casos, provocan un problema estético y maloclusión, que puede afectar directamente la autoestima y la vida social. Conocer las estrategias de tratamiento es fundamental en la práctica clínica, por tanto, la estética dental es uno de los aspectos que encabeza el ejercicio actual de la odontología, donde existen nuevas tendencias e infinidad de técnicas dirigidas específicamente a satisfacer las exigencias y necesidades de quienes demanden estos tratamientos, pues las nuevas tecnologías adhesivas y la filosofía de mínima invasión son los fundamentos de la odontología restauradora moderna.

Esta investigación contribuye con la sociedad, ya que se desea aplicar y comprobar los beneficios de la técnica de carillas dentales inyectadas en los pacientes que requieran este tipo de rehabilitación, presentando una novedosa opción en operatoria dental del sector anterior para los pacientes que acuden al servicio odontológico, observándose un óptimo control para establecer el color, la forma y mantener su textura a lo largo del tiempo así como otras diversas ventajas que ofrece este procedimiento.

Asimismo, es un aporte institucional para la línea de investigación Diagnóstico y tratamiento de enfermedades bucales, específicamente en el área de Clínica Integral del Adulto; debido a que es una investigación pionera en la Facultad de Odontología de la Universidad José Antonio Páez, teniendo en cuenta que el uso y confección de carillas directas de resina no había sido objeto de investigación en dicha Facultad.

De igual forma, se estima como una contribución teórica, pues podrá ser consultada en el futuro por otros autores que se interesen por investigar lo relativo a la técnica, materiales, procedimientos, aplicaciones y resultados en el área de operatoria dental y rehabilitación considerando criterios específicos como lo son el crear una sonrisa armoniosa teniendo en cuenta los estándares estéticos, manteniendo la salud gingival y una oclusión estable y funcional.

Por otra parte la investigación y sus resultados tendrán utilidad disciplinaria dentro de la Facultad de Odontología de la Universidad José Antonio Páez, ya que expone la utilización de resinas fluidas como una opción novedosa para los pacientes que acuden al área de Clínica Integral del Adulto con necesidad de rehabilitaciones estéticas en el sector anterior y a su vez tomarlo en cuenta para el programa del área antes mencionada para el desarrollo de los futuros odontólogos que egresen de esta prestigiosa casa de estudios.

En función a lo anteriormente mencionado, la presente investigación es relevante pues se enfoca en el estudio de las resinas compuestas fluidas como uno de los principales materiales de elección en restauraciones del sector anterior, debido a que consigue pasar desapercibido e igualar el color exacto del diente natural, es un material de gran resistencia y se mantiene en buenas condiciones con el paso de los años, satisfaciendo las necesidades estéticas y funcionales de los pacientes que opten por esta alternativa.

1.4 Alcances y Limitaciones

En cuanto a los alcances de esta investigación se tiene que la técnica aplicada en este trabajo puede hacerse dentro de la Universidad José Antonio Páez, a su vez, que esta investigación se centra exclusivamente en el diseño de sonrisa de diastemas del sector anterosuperior, pudiendo aplicarse a cualquier caso similar.

Asimismo, se pretenden simplificar procedimientos considerados demasiado complejos de ejecutar cumpliendo con el diseño de un flujo digital en odontología.

No obstante, se presenta como una limitación que esta técnica solo se implementará en un caso muy específico, por lo cual se consideran criterios de inclusión y exclusión para la selección del

mismo; siendo otra limitante para esta investigación las expectativas en cuanto a cánones de estética que pueda manejar el paciente ante los resultados del tratamiento.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Hoy por hoy, la solicitud estética en odontología domina las solicitudes en relación a necesidades de consulta en el consultorio dental, por lo que, es obligación del profesional ofrecer opciones de tratamiento que engloben pautas biológicas, funcionales, estéticas, además de la calidad, accesibilidad y predictibilidad.

Uno de los trabajos en relación a este tema es el de Geštakovski (2021), titulado Técnica de la resina compuesta inyectable: Biocopia de un diente natural - ventajas de la planificación digital, donde describe paso a paso la técnica de resina compuesta inyectable en la rehabilitación de un incisivo lateral superior y el primer premolar superior de una mujer de 25 años para cerrar el corredor vestibular y restaurar la simetría de la sonrisa, donde destaca su naturaleza mínimamente invasiva y la predictibilidad de la misma basándose en el flujo digital. Concluyendo que la predictibilidad, la repetibilidad, la simplicidad, la invasividad mínima y la accesibilidad económica para los pacientes hacen de esta técnica una excelente opción en rehabilitaciones sencillas¹¹.

Ahora bien, en correspondencia con la investigación en curso radica principalmente en que el trabajo de Geštakovski, establece la correspondencia y alcance del flujo digital dentro de la técnica de resina inyectada, como se plantea aplicar en el caso clínico a plasmar.

A su vez, resulta interesante la publicación hecha también por David Geštakovski (2019) titulada La técnica de resina compuesta inyectable reconstrucción mínimamente invasiva de la estética y la función. Informe de un caso clínico con un seguimiento de dos años, donde , además de describir la técnica destaca la utilidad de esta en un hombre de 22 años con problemas estéticos y funcionales asociados con diastemas, por lo que incluyó el uso de una férula protectora de uso nocturno. Obteniendo como resultado final dientes más visibles, diastemas cerrados y caninos remodelados para conformar una guía adecuada en la excursión lateral, a este caso se le hizo un período de seguimiento, de 24 meses. Concluyendo que, una planificación adecuada y un flujo de trabajo cuidadoso, se pueden lograr resultados estables y predecibles¹²

La investigación mencionada previamente es pertinente, en vista de que se presenta el uso de la férula como elemento de éxito de la técnica en casos donde hay ligeros ajustes oclusales además de considerar el seguimiento por un lapso de dos años, que determina que la técnica es estable y perdurable en el tiempo.

Asimismo, Orozco, Rosado- Zapata y Pinzón (2019) en su publicación Previsibilidad y estética en el sector anterior, cuyo objetivo es mostrar el uso de técnicas como el Diseño Digital de Sonrisa (DSD), el wax up, el mockup y la técnica de inyección de resina fluida ofrecen excelentes resultados estéticos predecibles, con la opción de elegir distintos materiales. Mediante la metodología de un caso clínico con la presencia de diastema en los centrales superiores, obteniendo resultados funcionales y estéticos óptimos; llegando a la conclusión de que la técnica de inyección de resina fluida es un buen tratamiento estético y funcional, que en ocasiones no requiere desgaste de los dientes a tratar.¹³

Por tanto; este trabajo es de gran relevancia para esta investigación, en vista de que se traza un caso similar al que se

desplegará en este estudio, sirviendo de referente académico y procedimental.

Además Eng y Ulloa (2019), en su estudio publicado en Revista científica de la Escuela Universitaria de las Ciencias de la Salud con el título Carillas dentales con técnica de resina inyectada: Reporte de caso, describe las bondades de la técnica, su alcance y aplicación en un caso clínico de una chica de 19 años con 4 dientes afectados que presentaban dolor, grietas a nivel del esmalte, pigmentaciones oscuras, restos de restauraciones previas con pobre anatomía y mal adaptadas, presentando este caso con la opción de tratamiento la confección de carillas con técnica de resina inyectada como una solución funcional y estética con que se le dio solución rápida y predecible, concluyendo que este tratamiento forma parte de la continua búsqueda para brindar una sonrisa estética y saludable que todo profesional de la Odontología debe ofrecer⁵

La investigación precedente muestra el alcance de la técnica en casos en situaciones múltiples con defectos en el diente a ser rehabilitado, elemento que es muy común y probable a encontrar en nuestro caso a restablecer.

Destaca también la publicación de Rivera, Armenta, Ponce y González (2019) Diseño de sonrisa: Técnica de resinas inyectadas, cuyo objetivo fue devolver la función y estética con una alternativa de tratamiento mínimamente invasiva a través de un caso clínico de paciente que presenta diastemas en sector anterior superior/inferior, sin alteraciones estructurales, lesiones cariosas o problemas oclusales. Determinando que la técnica de inyección de resina, es un tratamiento predecible cubriendo las expectativas estéticas y funcionales del paciente.¹³

La relevancia de esta publicación estriba en que se describe el tratamiento de superficie de dientes que no han sufrido alteración alguna, por lo que es referente para el procedimiento a realizar en este caso.

Villanueva, Da Silva y Galán (2018) en las III Jornadas de Actualización en Prácticas Odontológicas Integradas de Universidad Nacional de La Plata, en Argentina, presentaron el caso clínico Cierre de Diastemas, Opción de Tratamiento con Resinas donde se describieron el caso de cierre de diastemas en maxilar superior utilizando resinas compuestas híbridas como una opción estética y funcional para casos en los que se requiere de mínima intervención sobre el tejido sano o de ninguna.. Paciente masculino de 21 años de edad acude a la consulta para mejorar su sonrisa y cerrar los espacios que existían entre dientes, logró el cierre de los diastemas y el restablecimiento del punto de contacto sin forzar la papila interdental mejorando la estética y satisfacción del paciente.¹⁵

Finalmente, pero no menos importante, es el trabajo de Abraham y Surendar (2017), titulado Diastema closure using a predictable flowable resin composite injection technique – a case report, donde se presenta la técnica de inyección de resina como tratamiento para rehabilitar la función oclusal, el contorno fisiológico, el color y la textura del material de restauración, el perfil de los labios y la fonética, describiendo la técnica materiales y procedimiento de manera secuencial, siendo así una descripción novel y científica de la misma, por lo que concluye que los resultados clínicos logrados en este informe de caso muestran que la restauración de resina inyectable puede ser un método fiable.¹⁶

La relevancia de esta última investigación se fundamenta en que es la primera publicación científica válida para la técnica, siendo un referente obligado en la descripción de la misma y su alcance en el caso a presentarse

2.2 Bases Teóricas

Diastema

En cuanto a este término, el Diccionario de la lengua española de la Real Academia Española, la palabra Diastema proviene del latín tardío Diastema “intervalo, distancia”, el cual a su vez proviene del término griego διαστημα.¹⁷ Definiéndose como un espacio más o menos ancho en la encía de los mamíferos, como roedores, equinos o rumiantes, que separa grupos de piezas dentarias.¹⁷

Por otra parte, el Diccionario de Términos Médicos explica el vocablo Diastema derivado del griego diastema [diá ‘separación’ + ste- ‘estar situado’ + ma ‘distancia’, ‘separación’]; por tanto, aplicado a la dentadura es el espacio o hendidura anormales o bien un espacio excesivo entre los dientes contiguos de una misma arcada dental¹⁸.

De allí que, diastema se defina como un espacio mayor de 0,5 mm entre las superficies proximales de dientes adyacentes, siendo comunes los diastemas en la línea media, como parte del desarrollo normal de la dentición, desapareciendo al culminar la transición, cuando los incisivos laterales y los caninos erupcionan por completo, como una etapa normal del desarrollo dental ¹⁹⁻²⁰.

Acerca de los tipos y clasificación de los diastemas, es pertinente el estudio de Noureddine et al en el año 2014, que permitió clasificar los diastemas desde los más atractivos hasta los menos atractivos en cuatro (04) categorías ²¹:

- Tipo 1: Diastema Simio (diastema simétrico entre incisivo lateral y canino)
- Tipo 2: Diastemas Sugeridos Por Frush Y Fisher (diastemas asimétricos entre el incisivo lateral y canino y entre incisivo central y lateral)

- Tipo 3: Diastema De Lombardi (diastema leve en la línea media y 2 diastemas mayores entre los incisivos centrales y laterales)
- Tipo 4: Diastema de la Línea Media (diastema entre los incisivos centrales) ²¹

Ahora bien, en cuanto a la etiología del diastema se sabe que es multifactorial²², siendo relevante distinguir las diferentes formas y causas del diastema para saber cuándo y cómo tratarlo, por tanto, la causa de la aparición de diastema varía entre cada paciente, por lo que antes de iniciar cualquier tratamiento es necesario evaluar cuidadosamente las causas, destacando principalmente un fisiológico, que corresponde a la fase de erupción de los dientes, y otro patológico, que obedece a factores genéticos y hereditarios, anomalías dentales, frenillos labiales, orales e incluso hábitos disfuncionales o parafuncionales. ²²⁻²³

De manera que entre los diferentes elementos que pueden dar origen a un diastema dental o Spatium interdentale se encuentran:

- Fisiológicos: Transición entre los dientes primarios y permanentes, la migración dental fisiológica o patológica
- Hereditarios y Genéticos como anomalías dentales, microdoncia, agenesia dental, diente supernumerario, diente ectópico frenillo labial agrandado, discrepancias dentoalveolares.
- Patológicos: Presencia de mesiodens, quiste mandibular, paladar hendido, odontoma, defectos en la sutura intermaxilar, trauma orofacial
- Funcionales: tanto disfunción: macroglosia o deglución atípica como la parafunción: bruxismo, hábitos de lengua o labios hipotónicos, chuparse los dedos

- Iatrogénicos: Tratamientos de Ortodoncia, sobremordidas agudas, perforación en la lengua o entre los incisivos centrales maxilares, pérdida de dientes ²⁴⁻¹⁹

Estética Dental

Existen principios fundamentales en la estética dental como lo son la forma tridimensional de los dientes (morfología y anatomía); la dimensión óptica primaria, compuesta por matiz, saturación y luminosidad-integrada en el concepto de color; y la dimensión óptica secundaria, atenta a la fluorescencia, opalescencia, translucidez (opacidad), iridiscencia y brillo superficial ²⁵ que determinan el desarrollo de los biomateriales que puedan satisfacer las necesidades actuales de la odontología, por ello es importante conocer las dimensiones relativas de los dientes, especialmente la relación altoancho y la proporción áurea, para garantizar resultados estéticos²⁶.

Estas proporciones de las dimensiones de los dientes se han identificado durante mucho tiempo con los principios clásicos del arte y la arquitectura,

De hecho, la relación alto-ancho indica que las coronas de incisivos y caninos tienen una relación alto-ancho entre 77% y 86%; y la proporción áurea establece que la proporción entre el incisivo lateral y el incisivo central debe ser de 1:1.618, y de 1:0.618 con respecto al canino ²⁷.

En cuanto a la textura, hay que observar dos tipos de características de la textura: las líneas horizontales que corresponden a las líneas de crecimiento, y las líneas verticales, relacionadas con la formación de los lóbulos dentarios. La reproducción de estas estructuras en la restauración final es un elemento importante de la estética ²⁸.

Ahora bien, la dimensión óptica primaria tiene en cuenta el tono del diente, es el rango dominante de longitudes de onda en el espectro visible que produce la percepción del color ²⁹. A su vez considera el color reflejado por el objeto, es decir el croma, ³⁰. En un diente natural el croma de un proviene principalmente de la dentina, y el grosor y la

opacidad del esmalte subyacente determinan cuánta influencia cromática tiene la dentina, por ello, cuando el esmalte es delgado en el tercio gingival pero grueso incisalmente, se crea un gradiente cromático³¹.

Por su parte, la dimensión óptica secundaria contempla la opacidad o translucidez del diente, considerando la cantidad de transmisión y difusión de luz a través del objeto³². Asimismo, la opalescencia, permitiendo el efecto luminoso que ocurre cuando la luz se dispersa y se refracta en microcristales y sustancias coloidales en la superficie del diente,³². Igualmente, la fluorescencia, que consiste en la absorción de luz ultravioleta que luego se emite en forma de luz visible, haciendo que los dientes emitan un color blanco con un tinte azulado³².

Carillas

Las carillas dentales son prótesis que se fijan en la superficie anterior de los dientes, otorgando una apariencia idéntica al diente natural, su utilidad se fundamenta en la corrección de dientes fracturados, manchados, desalineados, desgastados, desiguales o con separación anormal³², asimismo, se les define como unas finas láminas que sirven para mejorar la apariencia del sector anterior principalmente de incisivos³³. De hecho, uno de los conceptos más difundido es el traído por Roberson: “una carilla es una capa de material de color dental natural que se aplica a una pieza dentaria para restaurar defectos localizados o intrínsecos”³⁴

En función al material con el cual se elaboran, pueden ser de resinas, cerámicas vítreas o policristales; también según el método pueden ser las de forma directa (mano alzada), y forma indirecta (en modelo).

Como se mencionó anteriormente; existen dos técnicas para elaborar carillas; técnica directa e indirecta. La técnica directa ha sido usada ampliamente en la odontología debido principalmente a que el

paciente puede ver resultados en una única cita. Sin embargo, es muy sensible y exige destreza de parte del operador en varios aspectos, su éxito puede verse limitado por el número de dientes a restaurar y a la clase de defectos que se presenten, motivos que complican el obtener resultados deseados y llegar a cumplir las expectativas del paciente.

Por otro lado, la técnica indirecta puede resolver las dificultades que se presentan durante el tiempo operatorio directo, presenta como ventaja el hecho de demandar menor tiempo con el paciente en la clínica y los resultados se optimizan tanto en el aspecto restaurador como en el aspecto estético; apoyándose en técnicas de laboratorio actuales asociadas a un escrupuloso protocolo clínico se logran satisfacer éstas necesidades del paciente.³⁵

Por otra parte, los factores que deben considerarse para evaluar la pieza que estaría indicada para la opción terapéutica son: evaluación de riesgo de caries, años, comportamiento, salud periodontal, estructura dental ¹⁶, de allí que las indicaciones para carillas dentales abarcan estrictamente las siguientes:

- Alteraciones en la forma dentaria.
- Variaciones de tamaño de piezas dentarias.
- Alteraciones de color en las piezas dentarias, en la mayoría de los casos para jóvenes con tinciones.
- Hipoplasia del esmalte.
- Variaciones de textura de las piezas dentarias.
- Reparación de emergencia de las piezas dentarias y restauraciones fracturadas²³
- Establecimiento longitudinal del borde incisal ante un alargamiento de corona estética. ²³
- Para solucionar en una sola pieza dentaria alteraciones como: giroversión, diastemas, apiñamiento, manchas o tinciones por tetraciclinas. ³²

- Posterior a tratamientos de ortodoncia, para conseguir una sonrisa perfecta que no se alcanzan colocando cada pieza en su posición y oclusión correcta.

Diseño Inteligente de Sonrisa (DIS)

Al hacer referencia término DIS (Diseño Inteligente de Sonrisa) es la distancia entre un elemento dentario en relación con el otro, para ello se plantea seguir el principio fundamental del diseño de sonrisa³¹. Los principios fundamentales de esta técnica DIS son 3: la integración de los segmentos faciales con su diseño de sonrisa de manera proporcionada, segmento dentario con la sonrisa y rostro³¹.

La primera etapa hacer referencia a la información del contorno y forma del rostro, lo que permite obtener la forma dentaria adecuada, además de determinar si el paciente cumple con la simetría de los tercios faciales.

En cuanto a la segunda etapa, se relaciona con las proporciones entre labio, tejido gingival y elementos dentarios y establecer si cumple un aspecto agradable. Si se ubica generalmente a la altura de los surcos gingivales o zenit se determina un tratamiento restaurador de elementos dentarios, no obstante, si sonrisa es baja, enmascarando el tejido gingival y gran parte de las piezas anterosuperiores; el tratamiento es aumentar el borde incisal el cual en de los incisivos centrales debe ser entre 2-3mm. Por último, en la sonrisa alta, donde se observa tejido gingival abundante, es decir el borde del labio superior se encuentra bastante distante de los elementos dentarios; tratamiento quirúrgico con remodelado de encía es lo indicado.

Por último, pero no menos importante está la etapa tres, relacionada con la proporción dentaria, donde la relación proporcional del sector anterior dará el resultado alto en estética; es aquí donde entra en juego la denominada proporción áurea o divina, entendida como la fórmula que utiliza el odontólogo para crear un sonrisa ideal es la suma

o división de las partes (1,618) que fue denominada como número de oro (0,618)³².

Planificación digital

La planificación digital en odontología, nuevamente de la mano de los desarrollos tecnológicos, ayuda al operador a planificar en el computador los diferentes tratamientos que pueda realizar. La planificación digital va mucho de la mano con los avances en cuanto a tomografías, impresiones 3D, fotografía y distintos softwares. Se aplica en diferentes especialidades de la odontología y sirve como una gran herramienta de diagnóstico y la elaboración del plan de tratamiento. Una de las grandes ventajas de la era digital es que la planificación otorga predictibilidad en las acciones clínicas, reduciendo margen de error y optimizando resultados en el consultorio. Aparte, recordando que ahora los pacientes suelen ser mucho más visuales, la planificación digital también sirve como una herramienta para la aceptación del plan de tratamiento por parte del paciente, brindando seguridad y confianza en lo que se hará para mejorar su salud y/o estética.

Este sistema de planificación digital también es conocido como Flujo Digital, debido al empleo de herramientas tecnológicas aplicadas a la odontología en cadena, que permiten crear restauraciones protésicas dentales con alta calidad, resistencia a fuerzas oclusales, estética mejorada y longevidad.

De esta manera, el flujo consiste básicamente en un protocolo de trabajo combinado entre las acciones que debe desarrollar el odontólogo, el técnico dental de enlace CAD-CAM y el técnico dental protésico. El primero recopila con escáner intraoral y mediante un algoritmo incluido en el escáner, imágenes digitales que son transformadas a modelos tridimensionales de las estructuras anatómicas enviadas al software del escáner. Una vez obtenidas las imágenes tridimensionales, el técnico CAD-CAM las archiva, organiza y procesa

digitalmente para iniciar el diseño de las prótesis sobre los modelos tridimensionales virtuales registrados ³⁵.

Resinas Compuestas

Para parecerse al tejido original, el material restaurador ideal debe presentar características ópticas similares a las que se encuentran naturalmente en las piezas dentarias ²⁵; por tanto es necesario un conocimiento profundo de las dimensiones antes mencionadas, son fundamentales para obtener el resultado estético, siendo el referente el diente natural y, tomando en cuenta las diferentes propiedades de sus constituyentes (esmalte y dentina), un conjunto de técnicas y métodos de restauración directa en resina compuesta “imperceptibles”, es decir, con un resultado similar al diente en su estado natural darán como resultado una rehabilitación realmente estética²⁵.

Dentro de este marco, es importante conocer la composición y estructura de las resinas compuestas; normalmente están constituidas por tres materiales químicos: una matriz orgánica, una matriz inorgánica y un agente de acoplamiento. Como estos requieren un procedimiento de adhesión para brindar durabilidad y confiabilidad, deben ser biocompatibles y exhibir una buena adhesión al esmalte y la dentina ³⁴, y también deben tener las características necesarias para resistir las fuerzas masticatorias y demostrar propiedades mecánicas similares a las de los dientes naturales.

A todo esto, la evolución de las resinas compuestas ha permitido realizar restauraciones estéticas en la zona anterior y posterior, la optimización de las propiedades físicas y ópticas y el desarrollo de nuevas técnicas permitieron el uso confiable y predecible de los resultados estéticos ³⁵. Al mismo tiempo, sus capacidades adhesivas comprobadas contribuyen a planes de tratamiento mínimamente invasivos y conservadores ³⁶. Su evolución se ha destinado a reducir y eliminar las principales desventajas como contracción por

polimerización, fatiga, desgaste, degradación de partículas orgánicas, rugosidad superficial, contactos interdetales y fracturas 37-38.

Técnicas de restauración en la zona anterosuperior

Entre una de las principales técnicas de restauración dentales está la de restauración directa, que radica en instalar un material directamente sobre el diente preparado y su posterior construcción.³² La ventaja de esta es que se puede colocar en un solo procedimiento, en este caso, la decisión generalmente se toma en función de la ubicación y la gravedad de la cavidad asociada, de allí el uso de materiales con diferentes grados de translucidez, el conocimiento de la técnica de estratificación y sus indicaciones, permiten resultados estéticos muy cercanos a las características naturales de la estructura dentaria dentro de los principios mínimamente invasivos.

Por otro lado, el concepto de restauración indirecta consiste en el proceso de realizar la reconstrucción del diente, fuera de la cavidad oral, de tal forma, que pretende que el trabajo sobre el objeto a restaurar pueda realizarse con el tiempo necesario y otras precauciones para que los múltiples cuidados garanticen una adaptación precisa en cuanto a forma, tamaño y encuadre.³³

Técnica de inyección de resina

La técnica de inyección de resina fluida aparece en el área de la Odontología restauradora como una herramienta dentro de la restauración indirecta debido a las numerosas ventajas que presenta, concretamente el hecho de que es mínimamente invasivo ya que puede incluso no requerir ningún tipo de preparación dental, siendo, por tanto, conservadora del tejido dentario en relación a las preparaciones para otros materiales¹²

Esta técnica permite al Odontólogo restaurar y dar forma a dientes previamente seleccionados. Permite la rehabilitación de uno o más dientes en el sector anterior, mediante el uso de resina fluida compuesta directamente, a través de una matriz de silicona transparente¹¹; ofrece la capacidad de mejorar el nivel de comunicación con el paciente y el laboratorio en el proceso, pues ofrece un mock-up, es decir, una guía directa a la visualización del resultado final, brindando así aprobación y corrección en base a un visualmente modelo más visual concreto¹⁴.

Ahora bien, el uso de la resina compuesta inyectable se rige por el hecho de que es una técnica que contribuye a la estandarización de dimensiones en la preparación del material a agregar, la regulación de parámetros especiales del material y la preparación más conservadora del diente¹¹.

Es importante destacar, que para seleccionar este procedimiento, se deben tener en cuenta varios factores de antemano, a saber, la evaluación del riesgo de caries, la edad del paciente, la salud periodontal, la estructura dental remanente, el control de la humedad en el campo que será rehabilitado y la longevidad de la diente¹⁴.

Ventajas y desventajas de la técnica de inyección de resina fluida

En función a esto, se presentan las bondades de esta técnica, considerado hoy por hoy un método seguro, que muchas veces no requiere el uso de anestesia, siendo mínimamente invasiva, y representando, económicamente una opción más favorable en relación al área de prótesis fija, representando una herramienta para la comunicación con el paciente.

No obstante, también presenta algunas dificultades, que incluyen la mayor inversión en tiempo de visitas del paciente al consultorio y material en comparación con las técnicas directas, como el encerado diagnóstico obligatorio modelos espaciadores, hilos de retracción

gingival y cambios en el modelo de silicona individual producido, además de que es imprescindible la experiencia del profesional y su equipo de apoyo involucrado en el proceso que dependen de una curva de aprendizaje, que a pesar de no ser limitantes, si comprometen el éxito de la técnica.⁴⁰

2.3 Bases Legales

Es importante destacar la existencia de la normativa legal venezolana vigente, la cual está enmarcada en acuerdos, convenios y resoluciones de organismos internacionales relativos a la salud; en primer lugar, existe la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela⁴¹(CRBV) la cual reconoce en su artículo 83° a la salud como un derecho social integral, garantizado como parte del derecho a la vida y a un nivel digno de bienestar, quedando superada la concepción de la salud solo como enfermedad⁴¹. De acuerdo con estas disposiciones, el derecho a la salud en Venezuela goza de un reconocimiento amplio, por tanto los profesionales de la Odontología deben tener estos conceptos siempre presentes.

Por su parte, la Ley Orgánica de Salud⁴² vigente en Venezuela desde 1998 define la salud en su artículo 2° como el completo estado de bienestar físico, mental, social y ambiental., además de describir los principios que deben regir los servicios de salud a las personas en su artículo 3°, que han de garantizar la protección de la salud a todos los habitantes del país y funcionarán de conformidad con los principios de universalidad, participación, complementariedad, coordinación y calidad.

Asimismo, en el artículo 69° de la referida ley se presentan los derechos de los pacientes, tales como: 2. Aceptar o rehusar su participación, previa información, en proyectos de investigación experimental en seres humanos. 3. Recibir explicación en términos comprensibles en lo que concierne a su salud y al tratamiento de su enfermedad, a fin de que pueda dar su consentimiento informado ante

las opciones diagnósticas y terapéuticas, a menos que se trate de intervención que suponga riesgo epidémico, de contagio de enfermedad severa, y en caso de extrema urgencia.

Tradicionalmente, la odontología se ha concebido como ciencia que obliga a investigar para ofrecer lo mejor a la salud del cuerpo y como arte compromete a ser creativos, para atender a la salud manteniendo y mejorando las sonrisas, de cuya armonía y estética dependen tanto las relaciones humanas. Por tanto, se fundamenta en la bioética, que como disciplina del quehacer humano se asienta en el bien y hacia el tiende constantemente, de allí que los principios de beneficencia, de no-maleficencia, de autonomía y de justicia sean los que la rigen.

Los principios bioéticos de la profesión odontológica en Venezuela, tal como lo señala la Ley del Ejercicio Profesional de la Odontología ⁴³ en su artículo 17°. “Al ofrecer sus servicios profesionales, el odontólogo deberá acatar las disposiciones que sobre el anuncio público de servicios odontológicos se establezca en el Colegio de Deontología Odontológica” están contemplados en el marco del Código de Deontología

De allí que el Código de Deontología⁴⁴ se declara de aceptación obligatoria para todos los Profesionales de la Odontología autorizados según el Artículo 4° de la Ley de Ejercicio de la Odontología. Destaca en este código de Deontología Odontológica para interés de esta investigación el artículo 1°: El respeto a la vida y a la integridad de la persona humana, el fomento y la preservación de la salud, como componentes del desarrollo y bienestar social y su proyección efectiva a la comunidad, constituyen en todas las circunstancias el deber primordial del Odontólogo⁴⁴.

La declaración de Helsinki⁴⁵, destinada principalmente a los médicos, donde en sus artículos 2° y 6° la Asociación Médica Mundial

insta a otros participantes en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos mismos principios, resaltándose que “el bienestar de la persona que participa en la investigación debe tener siempre primacía sobre todos los otros intereses”.

El consentimiento informado en Venezuela adquiere un rango constitucional al quedar expresado en el artículo 46°, ordinal 3 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela,⁴¹ el cual estipula: “Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral, en consecuencia: Ninguna persona será sometida sin su libre consentimiento a experimentos científicos , o a exámenes médicos o de laboratorio , excepto cuando se encontrare en peligro su vida o por otras circunstancias que determine la ley.

Según lo expresado en la constitución de la República Bolivariana de Venezuela⁴¹ si una persona no puede ser sometida a exámenes clínicos, ni de laboratorios a los fines de lograr un diagnóstico adecuado, tampoco nadie podrá ser sometido a tratamiento médico sin su consentimiento, otorgándose así un rango constitucional al “principio de autodeterminación y autonomía de voluntad” en cuanto a la salud se refiere.

2.4 Definición de Términos

- CAD /CAM : Computer-aided Design and Computer-aided

Manufacturing por sus siglas en inglés, es CAD diseño asistido por computadora y CAM fabricación asistida por computadora en español.

⁴⁶

- Carilla: Una carilla es un bloque que se fija a la superficie vestibular de un diente anterior, fundamentalmente para mejorar sus aspectos estéticos ⁴⁷

- **Diseño de Sonrisa:** Proyección de los patrones de estética dental representados por una sonrisa que manifiesta dientes claros dentro de una composición armónica con los tejidos blandos, considerando las perspectivas personales y subjetivas del paciente ⁴⁸
- **Encerado Diagnóstico:** término con el que se conoce a una técnica por la que se planifican las reconstrucciones de dientes, sean estas simples o complejas (carillas, coronas, puentes o implantes). también puede transmitir precozmente al paciente una impresión de la estética futura y prevenir así fracasos. ⁴⁹
- **Mock Up:** prototipo de las futuras restauraciones que colocaremos con el fin de mostrar, evaluar y promocionar el tratamiento elegido. Empezando por el principio, el Mock-up dental es un prototipo obtenido de un encerado diagnóstico ¹⁴
- **Oclusión:** Relación de los dientes maxilares y mandibulares que se encuentran en contacto funcional durante los movimientos de la mandíbula.

CAPÍTULO III

3.3 MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo y Diseño de Investigación

En este sentido, el trabajo que se presenta a continuación se basó en el estudio de las carillas dentales inyectadas con resina fluida como alternativa de tratamiento del diseño de sonrisa en pacientes con diastema del sector anterosuperior mediante un reporte de caso clínico por lo cual, la investigación realizada fue de tipo descriptiva, debido a que tuvo como propósito describir situaciones y eventos al mismo tiempo que dijeron como fue y cómo se manifestó determinado fenómeno y este pudo ser sometido a análisis, y a partir de dichos fenómenos medirlos con la mayor precisión posible.

A su vez, se apoyó en un estudio de campo, enmarcado en la modalidad de estudio de casos y de diseño explicativo prospectivo transversal; ya que los datos de interés, se recogieron de manera directa de la realidad mediante el trabajo concreto del investigador, igualmente, enmarcado en la modalidad de estudio de caso, considerando que se hizo la explicación de los objetivos de investigación, lo que permitió obtener un conocimiento amplio y detallado de los mismos, basándose en la idea, de que si se estudia cualquier unidad de un conjunto determinado se está en condiciones de conocer algunos aspectos generales⁵⁰

3.2 Unidad de Análisis

En términos de investigación, al trabajar en un estudio de caso es el término con el cual se identifica al sujeto estudiar ⁵¹, en esta oportunidad estuvo conformada por un paciente con diastema en el sector anterosuperior que asistió a la Clínica Integral del Adulto de la Universidad José Antonio Páez durante el mes de julio de 2022.

3.3 Procedimientos

Los procedimientos seguidos en el presente estudio de caso, se simplificaron en etapas, según se explica:

Primera etapa: En la primera cita se tomaron fotografías iniciales extra e intraorales con smartphone, y se realizó el escaneo intraoral de la arcada superior e inferior, con su respectivo registro interoclusal.

Segunda etapa: En laboratorio se elaboró la impresión tridimensional de los modelos de estudio en acrílico y se realizó el encerado diagnóstico digital, dando detalles anatómicos de forma y posición.

Tercera etapa: Se diseñó de base de la matriz de Polivinilsiloxano transparente (PVS) a partir de una matriz de acetato rígido a la que se le colocó un bloqueo de cera sobre el modelo encerado en una termoplastificadora.

Cuarta etapa: Fase de preparación de la superficie del esmalte dental con micro abrasión con un arenador de partículas de óxido de aluminio de 50 μ de diámetro con presión de aire 0.4 MPA por 10 segundos a una distancia de 5 mm. Se aislaron con teflón los dientes adyacentes a los dientes a tratar, se grabó la superficie del esmalte con ácido fosfórico al

37% durante 20 segundos, se lavó y secó previo a la colocación de adhesivo, se fotopolimerizó por 20 segundos; se colocó la matriz de PVS para realizar la inyección de resina fluida, que fué *Tetric N Flow* de Ivoclar Vivadent, se fotopolimerizó con lámpara LED a 1300 mV y se retiró la guía para la eliminación de excedentes, realizando el mismo procedimiento en todos los órganos dentarios anterosuperiores con diastema.

Quinta etapa: Después de retirar los excedentes y detallar formas y texturas, se procedió al pulido con discos soflext, cepillos, copas y pasta diamantada, repitiendo el procedimiento aislando cada diente y dándole los detalles individualmente.



CAPÍTULO IV CASO CLÍNICO

4.1 Primera Etapa

En primer lugar se partió de una evaluación inicial del paciente, hombre de 27 años de edad, soltero, natural y procedente de Valencia, estado Carabobo; de ocupación vendedor y. que se presenta sano sistémicamente, por tanto no está bajo tratamiento médico. Acude al servicio de Clínica Integral del Adulto de la Universidad José Antonio Páez en el mes de julio de 2022 para “cerrarse el espacio entre los dientes de adelante”.

Se realizó la anamnesis, en evaluación extra e intraoral. En el examen clínico extrabucal; el paciente corresponde al biotipo facial dolicofacial, sin alteraciones faciales, al momento de realizar la palpación de la cadena ganglionar cervicofacial no presentaba adenopatías, los músculos de la masticación y músculos faciales normotónicos, a la palpación de la ATM sin dolor, sin clic articular o desviaciones en sus movimientos habituales. (Figura N° 1). Al hacer una inspección de su sonrisa, se nota una línea de la sonrisa media con presencia de corredores bucales. (Figura N°2)

A

B

Figura N° 1: Fotografías extraorales. A: Frontal. B: Perfil Derecho. C: Perfil Izquierdo





Figura N°2. Fotografía extraoral de la sonrisa del paciente frontal.

En el examen intrabucal, presentó labios sin alteraciones, al evaluar la encía se evidenció un biotipo gingival grueso, por el aspecto denso y fibrótico de la encía; se observaron pigmentaciones melánicas, puntillado gingival presente, contorno gingival festoneado en la unión cemento-esmalte, destacando una ligera gingivitis localizada a nivel de la encía papilar de UD 12 y 22. A nivel de tejidos duros se evidenció la ausencia de restauraciones o caries, destacando a nivel de las UD 11 y 21 un diastema Tipo 4 fisiológico de 5 mm de distancia; en cuanto a la evaluación oclusal del paciente se observó una relación molar clase I conjunto a un perfil recto, over jet de 2 mm y over bite de 2 mm. (Figura N° 3)

Figura N°3. Fotografía intraoral frontal.

Una vez identificado el paciente, posterior al llenado de la Historia Clínica (Anexo N° 1) y seleccionado como sujeto de estudio se le expuso el procedimiento a realizar y se solicitó la firma de un consentimiento informado donde hace constancia del conocimiento del

procedimiento a realizar, los alcances y limitaciones del mismo y la documentación del mismo con fines educativos y de investigación, a lo cual accedió, (Anexo N°2). Seguidamente se procedió al registro digital de las arcadas dentales, mediante tecnología 3D que permitió controlar el tiempo de tratamiento y optimizar la experiencia del paciente a través del flujo de trabajo digital dental; por tanto se arrancó con el escaneo intraoral con el equipo de rápida velocidad y alta precisión *Aoralscan3* de la casa SHINING 3D, que ofrece el flujo digital completo que se fundamenta en escaneo 3D, diseño asistido por computadora e impresión. (Figura N° 4)



Figura N°4: Registro Digital Intraoral al paciente con Scanner *Aoralscan3*

De esta manera, el procedimiento del escaneo intraoral consiste en que un escáner intraoral registra impresiones ópticas directamente sobre los maxilares del paciente, previa profilaxis dental con pasta dental el paciente permaneció en el sillón odontológico, y se deslizó el lápiz de la cámara intraoral por encima de las encías y los dientes del paciente. Es importante destacar que la cámara emitió una fuente de luz mientras pasa por cada una de las estructuras; y simultáneamente se observó una imagen en tres dimensiones en la pantalla de la computadora; correspondiente al modelo que posteriormente se imprimió.

En la misma pantalla, se introdujeron los datos del paciente, y a su vez los datos clínicos relevantes para la impresión en 3D del modelo a trabajar, así como otros detalles morfológicos que fueron capturados al posar el lápiz sobre ellas para luego ser procesadas a través del software integrado que posee el escáner intraoral.

Es importante destacar que este procedimiento fué indoloro y no representó ningún tipo de incomodidad ni molestia para el paciente; además de que se realizó en un lapso de aproximadamente 10 minutos para ambas arcadas, lo que agilizó el tiempo de trabajo. (Figura N° 5).



Figura N° 5. Desarrollo del proceso de escaneo con la digitalización inmediata de la imagen en la computadora

4.2. Segunda Etapa

Para la siguiente etapa, en base a la imagen obtenida con el escaneo digital se elaboró la impresión tridimensional del modelo de estudio superior en acrílico (Figura N°6) y en la imagen de dicho modelo superior se procedió a realizar un encerado diagnóstico digital de las unidades dentarias 11 y 21 , dando detalles anatómicos de forma y posición de dichos incisivos centrales, con la finalidad de planificar el tratamiento para modelar tridimensionalmente la anatomía, los perfiles

de caras proximales, contactos y el volumen de resina a utilizar buscando cerrar el diastema . (Figura N° 7)



Figura N° 6: Impresión en acrílico de la imagen digital posterior al escaneo intraoral del maxilar del paciente.

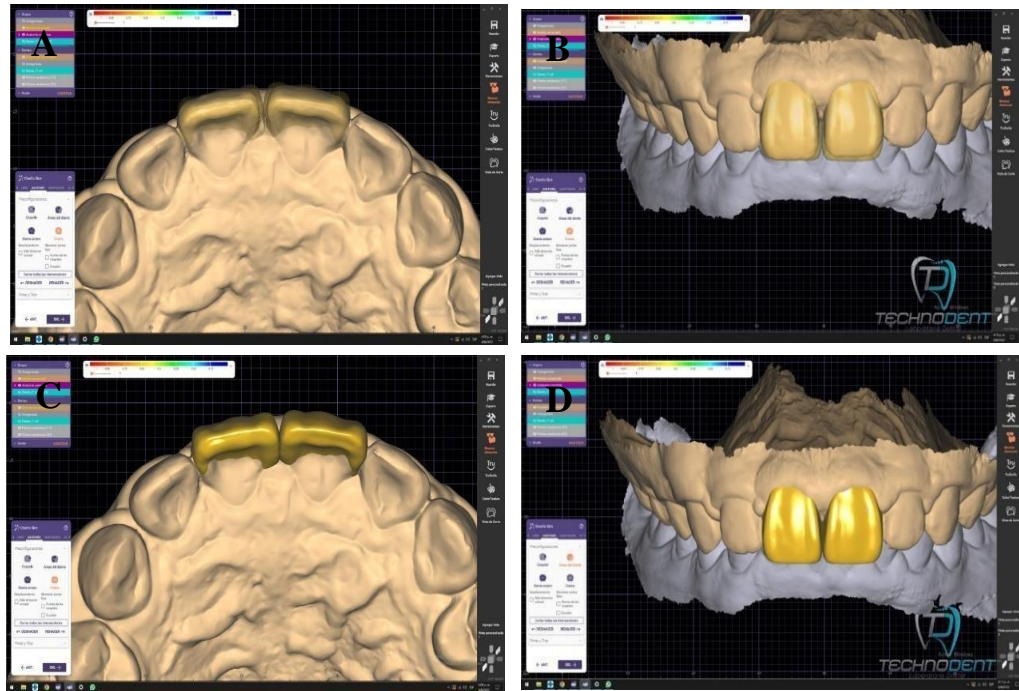


Figura N° 7. A: Vista oclusal de la proyección inicial del encerado digital. UD 11 y UD 21. B: Vista Frontal de la proyección inicial del encerado digital UD 11 y UD 21. C: Vista oclusal del encerado definitivo de UD 11 y UD 21. D: Vista frontal del encerado definitivo con cierre de diastema de UD 11 y UD 21.

4.3 Tercera Etapa

En este momento se efectuó el diseño de base de la matriz de Polivinilsiloxano transparente (PVS) específicamente se trabajó con el PVS *Reveal Clear Matrix*®, de la casa dental BISCO, cuya presentación es en cartucho, por lo cual requiere de una pistola dispensadora y una punta mezcladora. (Figura N°8)



Figura N° 8: Polivinil Siloxano transparente *Reveal Clear Matrix*®, de casa dental BISCO con presentación en cartucho y punta mezcladora

A fin de tener una superficie donde descargar el PVS transparente se elaboró una férula de acetato rígido de 0,4 mm de grosor

en termoplastificadora *PlastVac P7*, marca *BioArt*®, (Figura N° 9) teniendo al modelo superior impreso con el encerado diagnóstico en acrílico como referente, motivo por el cual se colocó un bloqueo fino de cera sobre el modelo a fin de crear el espacio necesario para la colocación del PVS *Reveal Clear Matrix*®; procediendo así a la plastificación del acetato y creando una matriz rígida sobre el modelo de trabajo, el cual, una vez recortado y pulido abarcó tanto los dientes a los cuales se les efectuó el procedimiento de cierre de diastema como a los dientes y tejidos vecinos, con el objetivo de que sirvieran de retención durante el desarrollo de la técnica clínica(Figura N° 10)



Figura N°9: Termoplastificadora *PlastVacP7* marca *Bioart*®





Figura N° 10: Diseño de matriz de PVS *Reveal Clear Matrix* ®, A: Termo plastificadora marca BioArt ®, con la lámina de acetato y el modelo de acrílico en posición durante el proceso. B: Férula de acetato de 0,4 mm de grosor recién elaborada sobre el modelo de trabajo C: Férula de acetato recién cortada y delimitada

Una vez realizada la férula de acetato se procedió a inyectar el material de PVS *Reveal Clear Matrix* ®, fue inyectado dejando un espesor de 2 a 3 mm del mismo en el interior de la estructura de acetato e inmediatamente se procedió a tomar una impresión del modelo con encerado diagnóstico sin bloqueo de cera para reproducir la anatomía dentaria deseada para las UD 11 y 21. Se dejó un lapso de 2 minutos para esperar su vulcanización. Seguidamente se perforaron con una fresa de diamante troncocónica grano grueso de 2 mm de diámetro unas pequeñas aberturas a nivel del borde incisal de los dientes que fueron inyectados con la resina fluida, en este caso la UD 11 y UD 21; para permitir la entrada de la resina fluida que cerraría el diastema; luego se limpió la vía de inserción con un microaplicador de adhesivo y se comprobó que las puntas de la jeringa para la resina fluida entran y salen sin obstáculo. (Figura N° 11)



Figura N° 11: Perforación de férula de acetato. A: Detalle de la perforación con piedra de diamante troncocónica de 2 mm de diámetro. B: Férula perforada a nivel de UD 11 y UD 21.

4.4 Cuarta Etapa

En una tercera cita, y una vez lista la matriz se inició la fase de preparación de la superficie del esmalte dental utilizando aislamiento relativo con separadores y algodones, a fin de realizar una micro abrasión con un arenador de partículas de óxido de aluminio de 50 μ de diámetro con presión de aire 0.4 MPA por 10 segundos a una distancia de 5 mm., para luego aislar con teflón los dientes adyacentes a la zona a trabajar (Figura N° 12).



Figura N° 12: Inicio de la cuarta etapa del procedimiento. A: Colocación de separadores labiales y lingual. B: Microarenador con oxido de aluminio $50\ \mu$ de diámetro C: UD 11 y 21 posterior al tratamiento de arenado con presión de aire 0.4 MPA por 10 segundos.

Una vez terminado el arenado se grabó la superficie del esmalte de la UD 11 con ácido fosfórico *Select HV® etch* de BISCO al 37% durante 20 segundos a nivel de todas las caras libres del diente, se lavó y secó por un periodo de 20 segundos respectivamente y se aislaron los dientes contiguos a UD 11 con teflón previo a la colocación de adhesivo. (Figura N° 13)



Figura N° 13: Acondicionamiento de Superficies dentarias: A: Aplicación de ácido fosfórico en cara vestibular. *Select HV® etch* de BISCO al 37% durante 20 segundos B: Aplicación de ácido fosfórico en cara palatina UD 11. C: Aspecto UD 11 posterior al grabado ácido y su aislamiento relativo con teflón en dientes adyacentes.

El agente de unión utilizado fue el *All Bond Universal®* de la casa dental BISCO, para ello se dispensaron 2 gotas del adhesivo en un pocillo limpio, inmediatamente se aplicaron dos capas separadas de *AllBond Universal®*, se ejerció fricción sobre la superficie dentaria con un pincel durante 10 a 15 segundos por capa. Seguidamente se evaporó el exceso de disolvente secándolo por completo con aire con una jeringa de aire durante por 15 segundos; observando un aspecto brillante uniforme en la superficie, lo que permitió fotopolimerizar durante 10 segundos y así concluir con la correcta aplicación del producto. (Figura N° 14)



Figura N° 14: Aplicación de sistema adhesivo *All Bond Universal*® de Bisco

A continuación se colocó la matriz de PVS *Reveal Clear Matrix*®, en boca del paciente corroborando posición, ubicación de las perforaciones y asiento de la misma (Figura N° 15) y allí se procedió a la inyección del material de restauración resina fluida, de nano relleno, como lo fue *Tetric N Flow*® de Ivoclar Vivadent color T, (Figura N° 16), según la guía de color para dicha resina en la UD 11, para luego fotopolimerizar por 20 segundos con lámpara LED a 1300 mV. Posteriormente se retiró la guía para la eliminación de los excedentes para proceder de la misma manera con la UD 21, a fin de realizar el cierre de diastema planificado. (Figura N° 17).



Figura N° 15: Colocación de matriz de PVS *Reveal Clear Matrix* en boca observándose la perfecta adaptación de la misma



Figura N° 16: Resina fluida de nano relleno *Tetric N Flow* ® de Ivoclar Vivadent color T

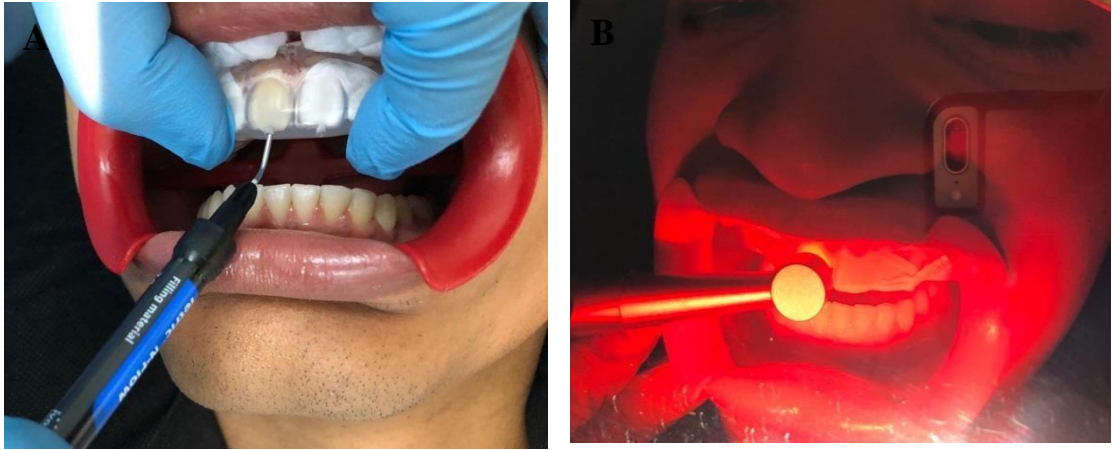


Figura N° 17: Aplicación resina fluida: A: Inyección resina fluida color *T Tetric N Flow* ® B: Fotopolimerización con lámpara LED a 1300 mV con pantalla ámbar de protección

4.5 Quinta etapa

Después de realizar el procedimiento previamente descrito en las UD 11 y 21, se retiraron los excedentes de resina fluida en boca mediante inspección visual y con el uso de papel de articular, además se corroboró el detalle de formas y texturas presentes en el encerado digital que quedaron reproducidas en la matriz de PVS *Reveal Clear Matrix* ®, se realizó el pulido de dichas superficies con el sistema *SofLex* ®XT de discos extra finos de contorneado y pulido, además de los discos en espiral de pulido *Diatech Shape guard*® de la casa dental Ultradent y pasta de pulido diamantada *Universal Polishing Paste*®, de la casa dental Ivoclar Vivadent; repitiendo el procedimiento en cada diente y dándole los detalles individualmente (Figura N° 18)

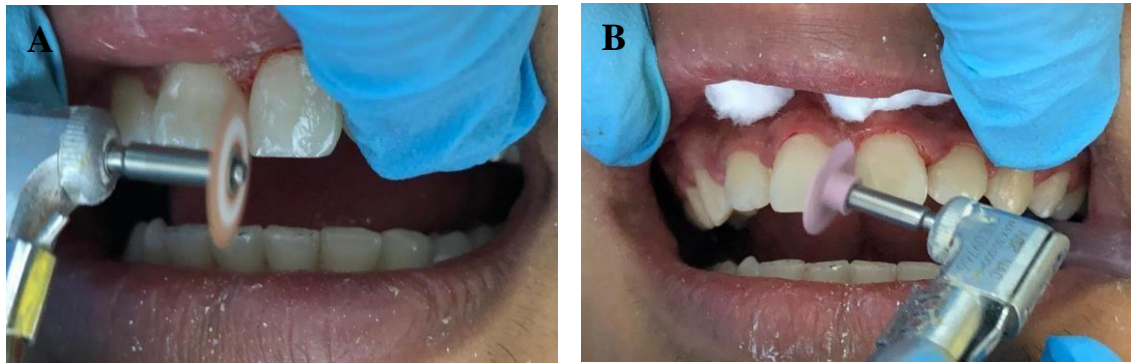


Figura N° 18: Acabado y pulido: A: Contorneado y pulido con discos *Sof-Lex*®XT B: Pulido con disco en espiral *Diatech Shape guard*®

Por último se pidió al paciente que sonriera y se le dieron las indicaciones para su higiene dental, con respecto al cepillado y uso de hilo dental notándose la diferencia en su expresión, derivando en sonrisa renovada con el cierre del diastema central entre UD 11 y UD 21, con color y brillo natural, una simetría anatómica y funcional dando como resultado una apariencia satisfactoria y saludable para el paciente. (Figura N° 19)



Figura N° 19: Resultado del tratamiento. A: Condición Inicial. B: Condición final.

DISCUSIÓN

El caso presentado es ideal para este tipo de tratamiento, por la naturaleza del diastema; un diastema de la línea media ,entre los incisivos centrales, definido dentro de la clasificación de Nouredine et al como diastema tipo 4 ²¹, y según datos de la historia clínica del paciente se determina que es de etiología fisiológico, relacionado con la migración dental fisiológica, producto de la transición entre los dientes primarios y permanentes, con una distancia de 5 mm por lo que su oclusión habitual estaba en normoclusión, además de ser un paciente dentalmente sano, a pesar de presentar una ligera gingivitis localizada relacionada a deficiencia en su hábitos de higiene dental; a su vez, el paciente sentía que ese diastema afectaba su imagen personal y su seguridad al momento de hablar o sonreír, por lo cual fue muy colaborador y presto ante la propuesta del tratamiento.

Se eligieron las carillas inyectadas por la precisión necesaria para cerrar dicho diastema; al tener una separación de 5 mm de ; la cantidad de material de restauración ha de ser de un promedio de 2,5 mm por cada unidad dentaria, lo cual requiere de excesiva precisión y experiencia por parte del profesional, adicionalmente a que no todas las resinas poseen las propiedades mecánicas para resistir ante capas de incremento tan delgada, y considerando que es una opción de menos costo que las restauraciones indirectas, de cerámicas o policristales, coincidimos plenamente con Eng y Ulloa en que este sistema de resina inyectada es un recurso dentro de la odontología estética que permite pronosticar un resultado final y transferir de manera fidedigna y eficaz la proyección del encerado diagnóstico de la forma anatómica pretendida para el cierre del diastema a expensas de la superficie dental.⁵

A su vez, este sistema al requerir el flujo digital para su aplicación, prepara el pronóstico del aspecto estético para así facilitar pasos como la escogencia del color y la textura del material restaurador; y también estableciendo parámetros oclusales como alineación dentaria, contorno fisiológico, perfil labial, ubicación del borde incisal y posición gingival y así diseñar preparaciones más conservadoras.

Es importante destacar que la técnica integra el trabajo clínico y trabajo de laboratorio con modelos de estudio, encerado diagnóstico digital, registros interoclusales, diseño de matriz para PVS proyectado hacia la fase clínica y de esta manera obtener un tratamiento adecuado y acertado.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

Para concluir, la utilidad de la técnica de carillas dentales inyectadas con resina fluida con flujo digital como alternativa de tratamiento del diseño de sonrisa en un paciente con diastema del sector anterosuperior resulta óptima y eficaz, brindando las ventajas relacionadas con el control de predictibilidad del resultado final, la reversibilidad y el tratamiento dentario mínimamente invasivo sobre la técnica directa, con respecto a las otras técnicas de rehabilitación indirecta, esta técnica, debido a su rapidez, simplicidad y bajo costo representa una opción muy favorable para los pacientes que ameriten procedimientos estéticos en condiciones con poco grosor de material restaurador que deseen prescindir de cerámicas y Policristales..

Ahora bien, el procedimiento de diseño de sonrisa mediante el flujo digital permitió disminuir tiempos de trabajo, brindando comodidad al paciente, a la vez que le ofrece confianza y seguridad ya que conoce la visión de lo que será su restauración definitiva. Adicionalmente, esta técnica permite una comunicación más expedita y estrecha entre el laboratorio y el clínico, mediante el mecanismo de escaneo intraoral y a través del software, el profesional de la odontología describe y detalla mejor las necesidades y exigencias para cada caso.

De allí que, el uso de la técnica de resinas inyectadas sea una alternativa idónea en los casos donde se requieren procedimientos mínimamente invasivos como lo son los cierres de diastemas, ya que permite cumplir con parámetros funcionales y estéticos con base en la resina fluida inyectada de nano relleno que gracias a sus propiedades físicas y mecánicas optimizan la durabilidad y éxito de la técnica.

RECOMENDACIONES

A fin de garantizar el éxito de estos procedimientos, se aconseja hacer énfasis a los pacientes tratados con este procedimiento en la higiene dental cuidadosa con el uso correcto del hilo dental, y citas de control y mantenimiento dental y periodontal cada seis meses.

Así mismo, se recomienda a los profesionales de la odontología ser muy selectivos en cuanto a las características de los pacientes a aplicarles esta técnica, lo ideal es que estén saneados tanto dental como periodontalmente a fin de facilitar y optimizar el desarrollo del tratamiento.

Finalmente, la actualización en cuanto a técnicas y materiales dentales son importantes e imprescindibles para elevar la efectividad de la técnica y así asegurar resultados más funcionales y biocompatibles.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mamani LD, Mercado S, Mercado J, Ríos K, Parámetros estéticos y análisis de la sonrisa. Kiru [Internet]. 2018; 15(1):48–54. [citado el 23

de abril de 2022] Disponible en:
<https://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/Rev-Kiru0/article/viewFile/1423/1197>

2. Carrera RJ. Carilla inyectada de resina compuesta en el sector anterior. [Tesis de Pregrado]. Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2020 [citado el 23 de abril de 2022]. Disponible en:
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/48392/1/3187CARRERAr ene.pdf>
3. Panes C, del Sol M. Diastema (διαστημα): Precisando terminología anatómica. *Int J Morphol* [Internet]. 2020 [citado el 23 de abril de 2022]; 38(1):222–5. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795022020000100222&lng=es
4. Wheeler B, Carrico CK, Shroff B, Brickhouse T, Laskin DM. Management of the maxillary Diastema by various dental specialties. *J Oral Maxillofac Surg* [Internet]. 2018; 76(4):709–15. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.joms.2017.11.024>
5. Eng Mejía EH, Ulloa Ardón JA. Carillas dentales con técnica de resina inyectada. Reporte de caso. *Rev cient Esc Univ las Cienc Salud* [Internet]. 2019;6(1):29–35. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.5377/rceucs.v6i1.8406>
6. Oramas LAC. Biomimética una vía para romper paradigmas. *Acta Odontol Venez* [Internet]. 2016; 54(1):29–30 [citado el 23 de abril de 2022]. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6844532>
7. Sezin M, Lutri MP, Mirotti G, Kraemer ME, Monserrat N. Resistencia a la flexión y módulo elástico de resinas de alta, mediana y baja densidad. Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba Facultad de Odontología Cátedra de Operatoria I “A”, Argentina, *Revista Facultad Odontología Universidad Nacional (Cordoba)* [Internet]. 2018;28(3):14–21 [citado el 23 de abril de 2022] Disponible en:
<https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RevFacOdonto/article/view/22839>
8. Terry DA, Powers J. Using injectable resin composite, part two. *Intern Dent* [Internet]. 2014; 5(1):64-72 [citado 22 de abril 2022]. Disponible en http://www.moderndentistrymedia.com/jan-feb2015/terry_parttwo.pdf.

9. Aquino Sánchez BI, Cachi Rodríguez EM, Jáuregui Becerra DO, Villegas Villegas GO, Valenzuela Ramos MR. Diastemas interincisales en dentición permanente. *Llamkasun* [Internet]. 19 de enero de 2020; 2(1):73-85 [citado 22 de abril de 2022]. Disponible en: <http://llamkasun.unat.edu.pe/index.php/revista/article/view/32>

10. Garza LC, Caponi LQ, Robledo NG. Flujo de trabajo digital para la planificación estética y funcional. *Gaceta dental: Industria y profesiones*. [Internet] 2020; 323, 30–38 [citado 20 de abril de 2022]. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7326362>

11. Geštakovski D. Técnica de la resina compuesta inyectable: Biocopia de un diente natural-ventajas de la planificación digital. *Quintessence: Publicación internacional de odontología*. 2021;9(8):598–615.

12. Geštakovski D. La técnica de resina compuesta inyectable: reconstrucción mínimamente invasiva de la estética y la función. Informe de un caso clínico con un seguimiento de dos años. *Quintessence: Publicación internacional de odontología*. 2019;7(9):654–62.

13. Orozco-Rodriguez R, Rosado-Vila G, Zapata-May R, Pinzon-Sierra P. Predictability and aesthetics in the anterior sector. *ECORFAN Journal Bolivia* [Internet]. 2019[citado 20 de abril de 2022]; 30–4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.35429/ejb.2019.11.6.30.34>

14. Rivera JBM, Ponce CEE, Armenta AG, González BDCR, Salud ;. *Revista Mexicana De Medicina Forense Y. Ciencias De La. Diseño de sonrisa: Técnica de resinas inyectadas*. 2019

15. Villanueva ME, Da Silva CE, Galán J. Cierre de diastemas, opción de tratamiento con resinas. En: *III Jornadas de Actualización en Prácticas Odontológicas Integradas SEPOI-PPS (La Plata, 2018)*. 2018. [citado 25 de abril de 2022]. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/115268>

16. Surendar S, Abraham A. Diastema Closure Using a Predictable Flowable Resin Composite Injection Technique-A Case Report. *Indian Association of conservative dentistry and endodontics*. 2017. [citado 25 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.iacde.in/images/case-of-month/2017/case-of-month-sep-2017.pdf>

17. Real Academia de la Lengua Española, De la Lengua Española Asociación de Academias. *Diccionario de la Lengua Española RAE 23a. Edición, 2 volumen*. Planeta Publishing; 2014

18. RANM - Real Academia Nacional de Medicina. Diccionario de términos médicos. Ed. Medica Panamericana; 2011
19. Abraham R, Kamath G. Midline diastema and its aetiology--a review. *Dent Update* [Internet]. 2014; 41(5):457–60, 462–4. [citado 25 de abril de 2022] Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.12968/denu.2014.41.5.457>
20. Lavelle CL. The distribution of diastemas in different human population samples. *Scand J Dent Res* [Internet]. 1970[citado 25 de abril de 2022];78(6):530–4. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0722.1970.tb02106.x>
21. Nouredine A, Fron Chabouis H, Parenton S, Lasserre JF. Laypersons' esthetic perception of various computer-generated diastemas: A pilot study. *J Prosthet Dent* [Internet]. 2014; 112(4):914–20 [citado 25 de abril de 2022]. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24726592/>
22. Oquendo A, Brea L, David S. Diastema: correction of excessive spaces in the esthetic zone. *Dent Clin North Am* [Internet]. 2011; 55(2):265–81, VIII [citado 25 de abril de 2022]. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.cden.2011.02.002>
23. Buzetto SC, Pedreira PR, Damasceno JE, Pierote JJA, Marchi GM, Paulillo LAMS. Minimally invasive approach to diastema closure using lithium disilicate porcelain veneers: clinical report. *Braz Dent Sci* [Internet]. 2018; 21(4):491–7. [citado 25 de abril de 2022] Disponible en:<https://ojs.ict.unesp.br/index.php/cob/article/view/1633>
24. Maluly-Proni AT, Oliveira-Reis B, Assunção WG, Dos Santos PH. Minimum intervention management of diastema closure using cordless displacement system and laminate veneers: A 2-year followup. *Eur J Dent*. 2018[citado 25 de abril de 2022];12(3):446–9. Disponible en: [pmc/articles/PMC6089050/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30689050/)
25. Paixão T, Vieira F, Tomaz J, Paula A, Carrilho E. Correção Estética do Malposicionamento Dentário em Dentistaria Operatória. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac* [Internet]. 2009[citado 25 de Abril de 2022]; 50(2):93–9. Disponible en:
[http://dx.doi.org/10.1016/s16462890\(09\)70108-6](http://dx.doi.org/10.1016/s16462890(09)70108-6)
26. Kaizer MR, Oliveira-Ogliari D, Cenci A, Opdam MS, Moraes N. Do nanofill or submicron composites show improved smoothness and gloss? A systematic review of in vitro studies. 2014[citado 26 de abril de 2022];30:e41-78 Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S010956411400013X>

27. Tavangar M, Bagheri R, Kwon T-Y, Mese A, Manton DJ. Influence of beverages and surface roughness on the color change of resin composites. *J Investig Clin Dent* [Internet]. 2018[citado el 26 de abril de 2022];9(3):e12333. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/jicd.12333>
28. Moda MD, Godas AG de L, Fernandes JC, Suzuki TYU, Guedes APA, Briso ALF, et al. Comparison of different polishing methods on the surface roughness of microhybrid, microfill, and nanofill composite resins. *J Investig Clin Dent*. 2018 [citado 26 de abril de 2022]; 1;9(1). Disponible en <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jicd.12287>
29. Gomes IA, GGS Mendes H, Maia Filho EM. Effect of Dental Prophylaxis Techniques on the Surface Roughness of Resin Composites *The Journal of Contemporary Dental Practice*. 2018[citado 27 de abril de 2022]; 19(1):37–41. Disponible en: <https://europepmc.org/article/med/29358532>
30. De Moraes RC, Garcia L Da FR, Cruvinel DR, Panzeri Pires-DeSouza F De C. Color Stability and Surface Roughness of Composite submitted to Different Types and Periods of Finishing/Polishing: Physical Properties of Composites. *J Contemp Dent Pract*. 2015 [citado 26 de abril de 2022];. 16(7):565–70. Disponible en: <https://europepmc.org/article/med/26329412>
31. Yáñez P. A. Procedimiento y técnicas de las carillas dentales directas de resina compuesta [Internet]. Universidad de Guayaquil. 2019; [citado 26 de abril de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/40324>
32. Torres, Y. V. Tratamiento estético con carillas de composite inyectada, [Internet]. Universidad de Guayaquil. 2019; [citado 26 de abril de 2022]. Disponible en <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/44271>
33. Acosta NR. Carillas: cerámicas y resina compuesta, estudio comparativo [Internet]. 2016 jun. Disponible en: <https://avancesaludoral.usal.es/portfolio/carillas-ceramica-y-resinacompuesta-estudio-comparativo/>
34. Re D, Augusti G, Amato M, Riva G, Augusti D. Esthetic rehabilitation of anterior teeth with laminates composite veneers. *Case Rep Dent* [Internet]. 2014[citado 26 de abril de 2022]; 2014:849273. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/849273>

35. Ruiz CMH, Aguilar RN, Ochoa DS. Eficacia del Flujo de Trabajo Digital En odontología restauradora: Revisión Ciencia en la frontera. 2021; [Internet]. [citado 27 de abril de 2022]. Disponible en: <http://erevistas.uacj.mx/ojs/index.php/cienciafrontera/article/view/3546>
36. Ferracane J. Resin composite—State of the art. *Dental Materials*. 2011; 27(1): p. 29-38.
37. Cazzaniga G, Ottobelli M, Ionescu A, Garcia-Godoy F, Brambilla E. Surface properties of resin-based composite materials and biofilm formation: A review of the current literature. *Am J Dent*. 2015;28(6):311–20.
38. Pereira CA, Eskelson E, Cavalli V, Liporoni PCS, Jorge AOC, do Rego MA. Streptococcus mutans biofilm adhesion on composite resin surfaces after different finishing and polishing techniques. *Oper Dent* [Internet]. 2011[citado 27 de abril de 2022].;36(3):311–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2341/10-285-L>
39. Yadav RD, Raisingani D, Jindal D, Mathur R. A Comparative Analysis of Different Finishing and Polishing Devices on nanofilled, microfilled, and Hybrid Composite: A Scanning Electron Microscopy and Profilometric Study. *Int J Clin Pediatr Dent* [Internet]. 2016[citado 27 de abril de 2022].;9(3):201–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5005/jp-journals-10005-1364>
40. Mitre ZDC. Facetas cerâmicas no encerramento de diastemas no setor anterior. CESPU; 2021. Disponible en: <https://repositorio.cespu.pt/handle/20.500.11816/3731>
41. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Caracas 1999.
42. Ley Orgánica de Salud de la República Bolivariana de Venezuela, Gaceta Oficial N° 36.579 de fecha 11 de Noviembre de 1998.
43. Ley del Ejercicio de la Odontología en Venezuela. 27 de Julio de 1970
44. Código de Deontología Odontológica. Convención Nacional del Colegio de Odontólogos de Venezuela. Yaracuy. 1992.
45. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Octubre, 2000, Edimburgo, Escocia.
46. Piza Pellizzer E, de Luna Gomes JM. La odontología digital en rehabilitación oral. *Odontol Sanmarquina* [Internet]. 2021; 24(2):115-

6 [citado 27 de abril de 2022]. Disponible en: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/19882>

47. Cedillo Valencia J. Carillas de porcelana sin preparación. Revista ADM [Internet]. 2011, [citado 27 de abril 2022]; 69(6):291-299. Disponible en:: Dentistry & Oral Sciences Source
48. Espinosa DM, Pérez, YJM. La Odontología estética como arte. Acta Médica del Centro, [Internet] 2014[citado 27 de abril 2022]; 8(4), 107-109. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=54422>
49. Lasseigne TP. Estado de la técnica: encerado estético. Quintessence Técnica. 2011; 22(5):327–33.
50. Ruiz E. Introducción a la Investigación. Maracaibo-Venezuela. Talleres de ARS Graficas S.A. 2005.
51. Sampieri, R. Metodología de la Investigación. 4ta Ed. México. 2000

ANEXOS ANEXO N° 1: HISTORIA CLÍNICA

UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD - ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
HISTORIA CLÍNICA DEL ADULTO

Escuela de Odontología
EJAP

N° de Historia: 21698058
Fecha: 06/04/2022

Datos personales:
Nombre: Leticia D. Giron CI: 27.698.058 Edad: 22 Sexo: Femenina
Lugar de Nacimiento: Palabozo, Guayana Fecha de Nacimiento: 24/04/1999 Procedencia: Venezuela
Dirección: SAN JESUS, CARACAS Ocupación: Estudiante Correo: leticia2404@gmail.com
Teléfono: 0424 3833045 Teléfono: 0414 0397549 Profesión: Abogada
Nombre de un familiar: Laita

Motivo de consulta: Avanzar mi dental, no me gusta un espacio que tengo en mis dientes.
Enfermedad Actual: Paciente masculina de 22 años de edad acude a consulta respecto a inconformidad con la apariencia en sus dientes.

ANAMNESIS		Especifique
Padece Usted o ha padecido de	SI	NO
¿Alteraciones cardiovasculares?		<input checked="" type="checkbox"/>
¿Hemorragias o sangrados frecuentes?		<input checked="" type="checkbox"/>
¿Anemia u otra alteración sanguínea?		<input checked="" type="checkbox"/>
¿Enfermedades renales?		<input checked="" type="checkbox"/>
¿Enfermedades hepáticas?	<input checked="" type="checkbox"/>	
¿Asma o alguna dificultad para respirar?	<input checked="" type="checkbox"/>	
¿Enfermedades respiratorias?		<input checked="" type="checkbox"/>
¿Diabetes mellitus?		<input checked="" type="checkbox"/>
¿Hipertensión?		<input checked="" type="checkbox"/>
¿Dolores de cabeza frecuentes, migrañas, jaquecas?		<input checked="" type="checkbox"/>
¿Dolor reumático?		<input checked="" type="checkbox"/>
¿Enfermedades infecciosas?		<input checked="" type="checkbox"/>
¿Enfermedades de transmisión sexual?		<input checked="" type="checkbox"/>
¿Enfermedades gastrointestinales?		<input checked="" type="checkbox"/>
¿Dolores de oído frecuentes o zumbidos?		<input checked="" type="checkbox"/>
¿Se le inflaman los pies o articulaciones frecuentemente?		<input checked="" type="checkbox"/>
¿Enfermedades de los senos paranasales (sinusitis)?		<input checked="" type="checkbox"/>
¿Aspirador bucal?	<input checked="" type="checkbox"/>	
¿Padece usted alguna enfermedad congénita?		<input checked="" type="checkbox"/>
¿Tiene algún tipo de terapia hormonal?		<input checked="" type="checkbox"/>

Historia General

	SI	NO	Especifique
¿Alguna vez ha estado enfermo (a)?	<input checked="" type="checkbox"/>		
¿Ha sido intervenido quirúrgicamente?	<input checked="" type="checkbox"/>		<u>COVID, Múltiple Abdominal</u>
¿Toma más de 8 vasos de agua al día?	<input checked="" type="checkbox"/>		
¿Toma frecuentemente aspirina o similar?	<input checked="" type="checkbox"/>		
¿Come frecuentemente durante el día (más de 6 veces)?	<input checked="" type="checkbox"/>		
¿Está tomando algún tipo de medicamento o está bajo algún tratamiento médico?	<input checked="" type="checkbox"/>		
¿Se cansa fácilmente al realizar algún esfuerzo físico?	<input checked="" type="checkbox"/>		<u>Poco frecuente</u>
¿Come algún alimento que no pueda comer?		<input checked="" type="checkbox"/>	
¿Se siente nervioso (a) durante la consulta?	<input checked="" type="checkbox"/>		
¿Se abstiene o alguna sustancia o medicamento?	<input checked="" type="checkbox"/>		
¿Está usted embarazada?	<input checked="" type="checkbox"/>		
¿Toma algún tipo de terapia hormonal, anticonceptiva?	<input checked="" type="checkbox"/>		

Hábitos

	SI	NO	Especifique
¿Fuma?	<input checked="" type="checkbox"/>		<u>Poco frecuente</u>
¿Consumo alcohol?	<input checked="" type="checkbox"/>		<u>Poco frecuente</u>
¿Se recuerda los viajes?	<input checked="" type="checkbox"/>		<u>Frecuentemente</u>
¿Se recuerda los labios?	<input checked="" type="checkbox"/>		<u>Frecuentemente</u>
¿Altera cosas con sus dientes?	<input checked="" type="checkbox"/>		
¿Droga?	<input checked="" type="checkbox"/>		

Historia Bucal

	SI	NO	Especifique
¿Ha presentado alguna reacción al anestésico local?		<input checked="" type="checkbox"/>	
¿Ha presentado mal olor o sabor de boca (halitosis)?		<input checked="" type="checkbox"/>	
¿Está satisfecho (a) con la apariencia de sus dientes?		<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Noneceptación después que tengo</u>
¿Se sangran los encías frecuentemente?		<input checked="" type="checkbox"/>	
¿Siente que sus dientes se mueven?		<input checked="" type="checkbox"/>	
¿Tiene sensibilidad o dolor en alguno de sus dientes?		<input checked="" type="checkbox"/>	
¿Consumo muchos alimentos ácidos, calientes, o frío?	<input checked="" type="checkbox"/>		
¿Siente molestias en la boca frecuentemente?	<input checked="" type="checkbox"/>		<u>Poco frecuente</u>
¿Siente molestias por alteraciones en la boca?	<input checked="" type="checkbox"/>		<u>Poco frecuente</u>
¿Le molesta o le suena la mandíbula al masticar?	<input checked="" type="checkbox"/>		

Observaciones:

Antecedentes familiares

	SI	NO	Especifique
Alteraciones cardiovasculares	<input checked="" type="checkbox"/>		
Enfermedades hemorrágicas		<input checked="" type="checkbox"/>	
Alteraciones renales, hepáticas o gastrointestinales	<input checked="" type="checkbox"/>		<u>Abuelos (Insuficiencia hepática)</u>
Diabetes mellitus		<input checked="" type="checkbox"/>	
Hipertensión o hipertensión arterial	<input checked="" type="checkbox"/>		<u>Madre (No en tratamiento)</u>
Enfermedades infecciosas	<input checked="" type="checkbox"/>		
Enfermedades de transmisión sexual	<input checked="" type="checkbox"/>		
Alergias	<input checked="" type="checkbox"/>		
Cáncer	<input checked="" type="checkbox"/>		

Observaciones:

Firma Paciente: Leticia D. Giron Firma Odontólogo: _____

Signos Vitales

Frecuencia Respiratoria: 18 rpm
Pulso: 70 rpm
Temperatura: 37°C
Tensión Arterial: 120/80 mmHg

Examen Clínico Extrabucal (Cabeza y Cuello)

Observaciones:

Aspecto del paciente (raza, talla, peso, biotipo)	<u>Raza: Afrodescendiente</u> <u>Talla: 1m 85cm</u> <u>Peso: 72 kg</u> <u>Biotipo: Leptolíneo</u>
Cabeza y Cara (forma, tamaño, inserción del cabello)	<u>Forma: Antropoidea</u> <u>Cabello: Antrópico</u> <u>Cuero cabelludo: Normal</u> <u>Cabello: Normalmente repartido</u>
Ganglios linfáticos (tamaño, consistencia, movilidad, localización y dolor)	<u>Consistencia elástica</u> <u>Movilidad adecuada</u> <u>Sin dolor a la palpación</u>
Palpación tiroidea (tamaño, consistencia, movilidad, superficie, dolor)	<u>Palpable durante la deglución</u> <u>Sin sensibilidad a la palpación</u>
Palpación muscular (tono muscular, dolor)	<u>Sin reflejos patológicos</u> <u>Sin sintomatología dolorosa</u>
Articulación temporomandibular (Ruidos articular, movimientos, Patológicos mandibulares, dolor)	<u>Sin ruidos articulares</u> <u>Sin dolor aparente</u>

UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA DE ODONTOLÓGIA
CLÍNICA INTEGRAL DEL ADULTO
ANEXO DE OCCLUSIÓN-HOJA DE REGISTRO DE OCCLUSIÓN

Fecha: 06 / 04 / 2023
CIN: 23.646.039
Edad: 22 años

I. Información del Paciente
Nombre y apellido del paciente: Fabiano Di Giosa

II. Examen de la ATM

Ruidos articulares

Movimiento	Ninguno	Ok	Ocupación	Derecho	Izquierdo
En apertura	✓				
En cierre	✓				
En lat. Der.	✓				
En lat. Izq.	✓				
En protrusión					

Dolor

Presenta dolor	Si		Severo		Sordín	Pulsátil
	Leve	Moderado	Agudo	Después de comer		
Cuando	Al levantarse	Cuando come	Antes de dormir	Después de comer	Cuando duerme	Al bostezar
Ubicación	Localizado	Difuso	Unilateral	Bilateral		
Frecuencia	Ocasional	Diario	Semanal	Mensual		
Duración	Minutos	Horas	Días	Siempre		
Severidad	Al inicio	Aumenta	Dominante			

Hábitos Parafuncionales

Eructos	Degi. arpa	Succión pulg.	Oncofagia	Quelofagia
Mord. Carillas	Morder objetos	Mascar chicle		

Observaciones:

III. Examen Muscular

Clave para determinar el tipo de dolor a la palpación

Sin dolor	Dolor leve	Dolor moderado	Dolor severo
0	1	2	3
Músculos			
Temporal	0	0	0
Masetero	0	0	0
Digástrico	0	0	0
Pterig. Lateral	0	0	0
Pterig. Medial	0	0	0

Observaciones:

ANEXO N° 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD - ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
CONSENTIMIENTO INFORMADO ADULTO
Escuela de Odontología
UJAP

Yo, Estebano Di Giosa portador (a) de la C.I. N° 27698058 a través de la presente declaro y manifiesto el buen uso de mis facultades mentales libre, espontáneamente y en consecuencia AUTORIZO al bachiller Valentina Carrero y al /los Profesor/es Rosaura Malpica Más abajo identifico lo siguiente.

1_ he sido informado/a y comprendo la necesidad y fines de ser atendido/a por el /los especialista/s más abajo reseñado.

2_ he sido informado/a de las alternativas posibles del tratamiento.

3_ Acepto la realización de cualquier prueba diagnóstica necesaria para el tratamiento médico Odontológico, incluyendo la realización de estudios radiográficos y analíticos, interconsultas con cualquier otro servicio médico y en general, cualquier método que sea propuesto en orden a las consecuencias de los fines proyectados y conocer el estado general de mi salud.

4_ Comprendo los posibles riesgos y complicaciones involucradas en los tratamientos médicos y quirúrgicos, y que en ningún caso la duración de estos fenómenos no está determinada, pudiendo ser irreversible. Comprendo también que la medicina no es una ciencia exacta por lo que no existen garantías sobre el resultado exacto de los tratamientos proyectados.

5_ Además de esta información que he recibido, seré informado/a en cada momento y a mi requerimiento de la evolución de mi proceso, de manera verbal y/o escrita si fuera necesaria y a criterio del Odontólogo.

6_ Si surgiese cualquier situación inesperada o sobrevenida durante la intervención o tratamiento, autorizo al Cirujano Bucal a realizar cualquier procedimiento o maniobra distinta de las proyectadas o usuales que a su juicio estimase oportuna para la resolución, en su caso, de la complicación surgida.

7_ Me ha sido explicado que para la realización del tratamiento es imprescindible mi colaboración con una higiene oral escrupulosa y con visitas periódicas para mi control clínico y radiográfico, siendo así que su omisión puede provocar resultados distintos a los esperados.

8_ A continuación, me informan sobre las complicaciones que se pueden presentar en los procedimientos anestésicos: Dolor en los sitios de punción. Multipunciones vasculares, "Moretones" por punción vascular. Ruptura y/o extracción de piezas dentales. Lesión de las mucosas de la boca y/o nariz. Ronquera y/o dolor de garganta. Depresión respiratoria. Respuesta adversa a los medicamentos. Efectos anafilácticos. Adición de efectos indeseables. Imposibilidad para oxigenar adecuadamente al paciente. Aspiración de materiales contenidos en el estómago. Daño cerebral u orgánico, así como complicaciones severas que pueden provocar el fallecimiento.

9_ Doy mi consentimiento al Cirujano Bucal y al Alumno tratante de la Universidad José Antonio Páez que se designe a realizar el tratamiento pertinente PUESTO QUE SE QUE ES POR MI PROPIO INTERES, con el buen entendido que puede retirar ese consentimiento por escrito cuando así lo desee.

ACEPTO

Nombre, apellido del paciente o Representante legal	Nombre y apellido del Alumno	Nombre, apellido del Profesor tutor
<u>Estebano Di Giosa</u> C.I. <u>27698058</u> <u>Profes</u>	<u>Valentina Carrero</u> C.I. <u>27892634</u> Valencia <u>18</u> de <u>Agosto</u> del 20 <u>22</u>	<u>Rosaura Malpica</u> C.I. <u>13.469.086</u>

