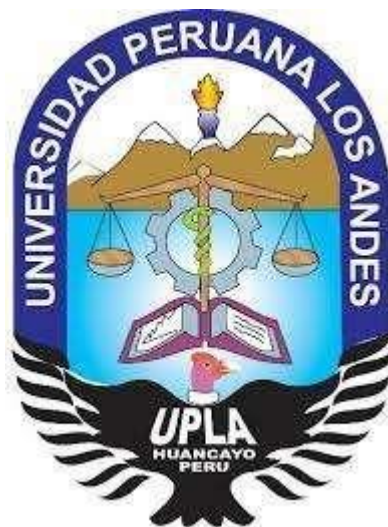


UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

CARILLA DE COMPOSITE PARA TRATAMIENTO ORTODÓNTICO

PARA OPTAR EL TITULO DE CIRUJANO DENTISTA PRESENTADO

POR: BACH. ANA VÁSQUEZ DÍAZ.

ASESOR: PORTAGUILLEN, MARIBEL

Líneas de Investigación de Universidad: Salud y Gestión de la salud

Líneas de Investigación de la Escuela Profesional: Investigación clínica y patológica

Lugar o institución de investigación: Clínica Odontológica Privada

Huancayo – Perú

2021

DEDICATORIA

A: Dios porque siempre está conmigo, en todo lo que hago está presente y me da fuerzas para conseguir mis metas, a mis padres, quienes desde el primer momento de mi vida siempre velan por mi bienestar y son mi apoyo en toda circunstancia a ellos mi reconocimiento

AGRADECIMIENTO

Mi reconocimiento, a Dios, y a mi Alma Mater la Universidad Peruana Los Andes, a mis profesores condiscípulos y a todas las personas que colaboraron en mi formación profesional.

Mi agradecimiento a mis Padres, a mi familia por su apoyo incondicional

Ana Vásquez Díaz.

CONTENIDO

| | Págs |
|--|--------------------------------------|
| I. Título | 1 |
| Dedicatoria | 2 |
| Agradecimiento | 3 |
| Contenido | 4 |
| Contenido de Figuras | ¡Error! Marcador no definido. |
| Resumen | 8 |
| II. INTRODUCCIÓN | 9 |
| 2.1 Planteamiento del problema | 10 |
| 2.2 Marco Teórico | 11 |
| 2.2.1 Antecedentes | 11 |
| 2.2.2 Bases teóricas | 15 |
| 2.3 Objetivos | 25 |
| III. DESARROLLO | 26 |
| 3.1 Historia Clínica | 26 |
| 3.2 Examen clínico general | 27 |
| 3.3 Evaluación integral | 27 |
| 3.4 Diagnostico | 32 |
| 3.5 Pronostico | 32 |
| IV. PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL | 33 |

| | |
|---|----|
| 4.1 Formulación del Plan de tratamiento general | 33 |
| 4.2 Plan de control y mantenimiento | 41 |
| V. DISCUSION | 41 |
| VI. CONCLUSIONES | 45 |
| VII.RECOMENDACIONES | 46 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS | 47 |
| ANEXOS | 50 |

CONTENIDO DE FIGURAS

Figura 1 y 2 Posicionamiento de brackets

Figura 3 Odontograma

Figura 4. Radiografía panorámica.

Figura 5. Fotografías 1, 2 y 3. De cara, en sellado labial, y de perfil derecho e izquierdo.

Figura 6. Fotografías Mostrando alteración en tamaño del Incisivo central superior izquierdo 21.

Figura 7. Fotografía Limpieza del diente 21 incisivo central, utilizando cepillos Robinson o de profilaxis, punta de goma con piedra pómez.

Figura 8. Fotografía de Toma del color, comparandolo con el incisivo central adyacente, valorar el color del diente estando humedecido con saliva. Guía de colores Vita, (guía Vitapan).

Figura 9. Fotografía Aislamiento relativo con rollos de algodón

Figura 10. Fotografía Tratamiento de asperización superficial del esmalte en la zona del incremento, en la cara vestibular del incisivo central izquierdo.

Figura 11. Fotografía Grabado con ácido del esmalte (15-30 seg.) y posteriormente se pulverizó con agua/aire durante 10 segundos. (Aislamiento de dientes adyacentes con tiras de celuloide laminado).

Figura 12. Fotografía Secado del esmalte dejando húmeda la dentina, para aplicar adhesivo de manera que moje toda la superficie, esperamos 20 segundos y soplamos con la jeringa de aire para eliminar el solvente y se realizó fotopolimerizado durante 10-20 seg.

Figura 13. Fotografía de colocación del composite por capas de 1-2 mm: empleamos una preforma, en el diente incisivo central izquierdo 2,1 con alteración del tamaño se modelo la resina condensándola y foto polimerizando, se incrementó de a poco, capas de 1-2 mm incluye ello las caras vestibular y palatina.

Figura 14. Fotografía de aplicación de glicerina, después de colocar el último incremento de resina (composite Tetric Ceram fotopolimerizable con microrrelleno) se aplica glicerina para evitar la capa inhibida de oxígeno.

Figura 15. Fotografía de Obtención de forma y tamaño de la restauración.

Figura 16. Fotografía Paciente sonriendo.

Figura 17. Fotografías Antes y después de la restauración.

Figura 18. Fotografía de Brackets en posición.

RESUMEN

Los factores que afectan la colocación ideal del brackets incluyen la forma y el tamaño de los dientes, los pacientes suelen presentar problemas tanto de ortodoncia como de restauración, es necesario restaurar los dientes o colocar una restauración provisional antes, durante o después del tratamiento de ortodoncia, si un diente incisivo izquierdo es más corto que el otro Incisivo derecho, colocar, en posición correcta y precisa los brackets tendrá una influencia importante en el resultado del tratamiento de ortodoncia, para el tratamiento de anomalías dentarias en los incisivos se colocan carillas, las de resinas compuesta, fueron la elección en el presente informe, cuyo objetivo fue Restaurar funcional y estéticamente el incisivo central superior izquierdo, con alteración de tamaño, mediante el uso de resina compuesta a fin de ubicar correctamente el Brackets y recuperar la funcionalidad y la estética de la cavidad oral del paciente. La metodología empleada fue de recopilación bibliográfica de casos tratados sobre carillas de resina en dientes que presentan alteraciones de tamaño y forma, con el respaldo de la base teórica, se procedió a confeccionar una carilla empleando resina compuesta, para restaurar un diente incisivo central izquierdo 21 con alteración de tamaño, para posicionar el brackets, se concluye que se debe planificar cuidadosamente el tratamiento con las carillas directas con resinas (composite), y posterior tratamiento ortodóntico, siendo una elección adecuada, para reconstruir el tamaño de dientes que presentan esta alteración, nos permiten el posicionamiento adecuado de los brackets, no interfieren en la salud gingival permitiendo la conservación de esmalte natural.

Palabras clave. Carillas de composite, pieza dentaria, técnica directa, técnica adhesiva, posicionamiento de brackets, cementación de brackets.

II. INTRODUCCIÓN

El trabajo de suficiencia Profesional, trata sobre el empleo, de una carilla de composite para tratamiento ortodóntico en anomalías dentarias, siendo una de ellas, la del tamaño de la corona que impide la colocación adecuada del brackets en posición de realizar el torque justo, los frentes estéticos pueden ser de cerámica o resina compuesta ,se eligió el composite para darle tamaño y forma al incisivo central izquierdo 21,para equilibrar la altura de la corona con el incisivo central superior derecho, La precisión en la colocación de los brackets es uno de los pilares del tratamiento de ortodoncia con brackets, el posicionamiento correcto de los accesorios de ortodoncia es esencial, ya que los errores pueden afectar la oclusión, la sonrisa y la estabilidad de los casos, se ha recomendado utilizar calibradores y tablas estandarizadas, en la práctica ortodóntica, en general hay un objetivo común en el tratamiento clínico de pacientes que es lograr el éxito en la correcta colocación de los brackets, por lo que se disminuirían los efectos negativos posteriores en el tratamiento de ortodoncia¹.

2.1 Planteamiento del problema

Las alteraciones de tamaño, en cualquier pieza dentaria puede ocasionar modificaciones en las dimensiones sagitales del arco y las mismas pueden ser tratadas a través de procedimientos restauradores para preservar la estética y la oclusión teniendo en cuenta un diagnóstico multidisciplinario que incluya valoración por periodoncia, ortodoncia, rehabilitación y endodoncia, por lo que es necesario considerar diferentes factores tanto estéticos, funcionales, sociales y culturales: el posicionamiento preciso del brackets tiene una influencia importante en el resultado del tratamiento de ortodoncia. Los factores que afectan la colocación ideal del brackets incluyen los siguientes: forma y malformación de los dientes^{1,2}.

Para corregir dichas alteraciones se emplean las carillas, siendo de elección las de resina compuesta, se pueden realizar en una sola sesión, no se tallan los dientes se preserva estructura dentaria y se emplea, técnica adhesiva. Las anomalías dentarias suceden entre la sexta y octava semana de vida intrauterina, ya que en esta etapa se lleva a cabo la conversión de estructuras embrionarias como son el saco dentario, papila dentaria y el órgano dentario los cuales en el proceso de histodiferenciación darán lugar a la formación del esmalte, dentina y cemento². La paciente de sexo femenino presenta incisivos centrales disimiles en tamaño siendo el diente 12 más pequeño en longitud que el diente 11, requiere tratamiento de ortodoncia, considerando, ello la colocación de brackets se dificulta. Un bracket colocado a 5 mm del borde incisal, tiene diferente expresión del torque, en un diente pequeño que en uno grande, para poder colocar adecuadamente, este dispositivo en los dientes anteriores, se confecciono una carilla de composite utilizando la técnica directa, el trabajo realizado completamente en el consultorio, se estratifico usando una cofia

preformada, empleándose un material de resina compuesta de buena propiedad óptica de excelente estética y de buena resolución para emplearse en pacientes jóvenes, que nos permite trabajar en forma menos invasiva .

2.2 Marco Teórico

2.2.1 Antecedentes

Orozco J. et al (2015), presentan su artículo de investigación “Carillas de composite como alternativa a carillas cerámicas en el tratamiento de anomalías dentarias; Reporte de un caso, Su objetivo fue describir un tratamiento restaurador estético realizado con resinas compuestas, utilizando cofias preformadas, en dientes que presentaban anomalías dentarias de tamaño y forma ,caso de los dientes 12 y 22, afirman que hay demanda en restauraciones directas hechas con resina compuesta concluyen afirmando que : La restauración estética no es tarea fácil, pero hay disponibilidad de técnicas y materiales en gran variedad y calidad, las resinas compuestas son materiales estéticos, resistentes, y muy duraderos, precisos para ser usados en tratamientos estéticos. Se garantizará un tratamiento restaurador exitoso siempre y cuando el objetivo de tratamiento esté basado en un exhaustivo examen clínico de la oclusión y función del paciente, se tome en cuenta la destreza del operador y la cooperación con los hábitos alimentarios del paciente³.

De Los Reyes K. (2015), presenta su trabajo de grado a la que denomino “Tratamiento de las alteraciones de las caras vestibulares de los dientes con carillas de resina, da a conocer casos clínicos que presentan distintas alteraciones en la superficie vestibular del elemento dentario, resolviéndolos con un sistema de resinas compuestas fotopolimerizables en forma directa y con un bajo costo, el método fue descriptivo, no experimental y bibliográfico, como conclusión afirma que los tratamientos restauradores a base de carillas de resina compuesta son una alternativa válida,

económica y complaciente, para los pacientes Las indicaciones para confeccionar carillas directas de resina son muy amplias para solucionar las alteraciones de las caras vestibulares, sin embargo tienen ciertas limitantes que tienen que ver en los casos de cambios de color muy fuertes, mal posiciones dentarias muy marcadas en donde estaría indicado el tratamiento ortodóntico⁴.

Pérez F.(2015) ,en un artículo titulado “Posicionamiento de Brackets en arco recto, sostiene que el posicionamiento adecuado de los brackets es de vital importancia para el correcto tratamiento ortodontico, para lo cual es necesario tener un muy buen ojo clínico y el conocimiento teórico científico, esto nos llevará a encontrar el área de mayor convexidad de la corona clínica siendo esta la mitad de la corona, al hacer coincidir el centro de nuestro brackets con el centro clínico de la corona, se expresará correctamente toda la información contenida en la aparatología de arco recto (movimientos de primer segundo y tercer orden)obteniendo la medición individual para nuestro incisivo central podremos entonces obtener los puntos específicos para el posicionamiento del resto de nuestros brackets reflejados en nuestra tabla de posicionamiento, concluye afirmando que el éxito de todo tratamiento ortodontico, dependerá en gran manera del preciso posicionamiento de nuestros brackets⁵.

Rodríguez M. et al (2017), dan a conocer su investigación, desde Ecuador , a la que denominan “Alargamiento de corona realizado con carillas de composite directas para corregir la desproporción de prótesis parcial metal-porcelana; en ella sostienen que el objetivo del alargamiento de la corona es devolver la estética y armonía del sector anterior superior mediante la confección de carillas de composite utilizando la técnica a mano alzada para corregir la desproporción anatómica de una prótesis parcial fija metal-porcelana, en este caso clínico se describe cómo se puede corregir la estética del sector anterior superior causado por desarmonía

entre las piezas dentales naturales y una prótesis parcial fija metal – porcelana de 3 unidades en las piezas 21, 22 y 23, esto se logra gracias a la realización de carillas de composite en las piezas 11, 12 y 13 mediante las cuales se logró el control del color, morfología y textura, devolviendo la estética a este sector, como conclusiones nos dicen que la restauración de las piezas perdidas mediante una prótesis parcial fija metal-porcelana en el sector anterior superior devuelve al paciente funcionalidad y estética, siempre que esté en armonía con las piezas naturales del paciente, cuando existe una desarmonía entre la prótesis parcial fija y las piezas naturales, una alternativa eficaz, son las carillas de resina, por medio de este tipo de restauraciones podemos controlar la morfología, color y textura de las piezas, de esta forma podemos armonizar el sector anterior superior con un método rápido, económico y altamente estético⁶.

Mechanic E. (2018), investigación realizada en Estados Unidos ; “Pre-Orthodontic Set-Up for a Patient with Teeth Too Small for his Dental Arches,(Configuración previa a la ortodoncia para un paciente con dientes demasiado pequeños para sus arcos dentales), afirma que los pacientes suelen presentar problemas tanto de ortodoncia como de restauración, es posible que sea necesario restaurar los dientes o colocar una restauración provisional antes, durante o después del tratamiento de ortodoncia, presenta un caso de estudio; un paciente de 14 años y sus padres se presentaron deseando un tratamiento de ortodoncia para “cerrar los espacios” entre sus dientes, la evaluación concluyó que tenía una hermosa cara de forma ovalada y un ancho de arco dental casi ideal, explicaron que los espacios entre sus dientes se debían principalmente al hecho de que los dientes estaban deformados y eran demasiado pequeños para adaptarse al ancho de sus arcadas dentales consideraron la estética facial presente y futura del niño, como el paciente y sus padres querían asegurarse de que su apariencia permaneciera inalterada, se decidió restaurar sus dientes a las

proporciones ideales, con carillas estéticas, en lugar de contraer su dentición y unir los dientes podría crear problemas oclusales y de las vías respiratorias durante su vida, estos problemas serían muy difíciles de resolver en una fecha posterior, al explicar cuidadosamente todos los hechos y las posibles soluciones, el paciente recibe la información que necesita para tomar una decisión informada⁷.

Cacioli J. et al (2020), en el artículo realizado en Argentina, titulado “Medidas de piezas dentarias para el posicionamiento correcto de brackets en una población latina (Argentina), sostienen que el posicionamiento preciso de los brackets de ortodoncia en las diferentes situaciones clínicas es esencial, estudiaron 200 modelos de pacientes caucásicos, de ambos sexos, emplearon la tabla de McLaughlin-Bennett, buscaron determinar, las alturas de las coronas clínicas de todas las piezas dentarias, para estandarizar las medidas en la colocación de los brackets, como conclusión afirman que los valores que obtuvieron en el estudio, por la variabilidad regional de la muestra, no coinciden con los valores que arroja la tabla de McLaughlin-Bennett, de origen anglosajón, sugieren, la creación de una tabla acorde con las medidas de los pacientes locales⁸.

Bustillo E. (2021) en un artículo denominado “Cementación de brackets en Ortodoncia Filosofía MBT, considera que uno de los procedimientos más importantes en la ortodoncia es la correcta cementación de brackets, una colocación exacta de la aparatología es necesaria para que la información incorporada en el bracket se exprese adecuadamente, y el ortodoncista debe ser responsable de ello, ya sea utilizando un método directo o indirecto, señala que Andrews empleo el eje mayor de la corona clínica (EMCC) siendo su referencia para posicionar brackets y tubos, desde el incisivo central hasta el segundo premolar se dibujaba una línea longitudinal a través del lóbulo central de desarrollo de la corona ,para los molares esta línea de referencia se encontraba en

el surco entre las dos cúspides bucales mayores, para un posicionamiento mesio-distal y axial, el eje mayor de la corona clínica es la línea de referencia clave, con el cementado directo resulta útil evitar observar los dientes desde arriba o abajo, o desde el lado., el paciente necesitará doblar la cabeza de vez en cuando, en tanto que el ortodoncista cambie de posición al sentarse, se debe emplear retractores de labios durante el cementado directo, en la zona posterior es mejor no utilizarlos⁹.

2.2.2 Bases teóricas

Carillas

Bloque que se fija a la superficie vestibular de un diente anterior, fundamentalmente para mejorar sus aspectos estéticos¹⁰.

Clasificación de las carillas:

- En función de la composición del material:
 - Resinas conocidas como Composites.
 - Porcelanas.
- De acuerdo al método: - Resinas compuestas:
 - Directas, se realizan en el consultorio y a mano alzada
 - Indirectas, cuando se realizan enviando los modelos al laboratorio
 - Porcelanas indirectas confeccionadas en el laboratorio¹⁰

Carilla de composite.

Son reconstrucciones estéticas que se realizan sobre la superficie del diente permitiendo modificar su forma, color y brillo, las carillas de composite permiten lograr resultados importantes y mejoras significativas en la estética dental, son un tratamiento de odontología estética mínimamente

invasivo y muy conservador con el diente, es preciso que estas carillas confeccionadas con composite deben seguir un mantenimiento anual por el dentista para preservar su estética, color y brillo¹¹.

Indicaciones de las carillas de composite.

- a) Alteración de forma, tamaño y color.
- b) Dientes con múltiples restauraciones.
- c) Transformaciones de laterales en centrales
- d) Alineamiento.
- e) Grandes abrasiones y erosiones.
- g) Cierre de diastemas.
- h) Provisionales.
- i) Pacientes jóvenes¹¹.

Contraindicaciones de las carillas de composite

- a) Dientes con poco esmalte.
- b) Dientes muy oscuros.
- c) Dientes excesivamente rotados.
- d) Hábitos para funcionales.

Ventajas de las carillas de composite

- a) Es posible modificar el tamaño color y posición en una sola cita
- b) No necesitas del laboratorio, menor costo
- c) No son necesarias impresiones
- d) Tratamiento reversible

- e) Técnica más conservadora, preparación mínima o inexistente

Desventajas de las carillas de composite.

- a) Son vulnerables a la degradación y al cambio de color
- b) Menor resistencia que el esmalte
- c) Porosidades e irregularidades
- d) Poca capacidad para ocultar la superficie oscura del diente preparado
- e) Exige habilidad técnica y capacidad artística para reproducir el contorno, la forma y la textura superficial
- f) Requieren cada cierto tiempo de un pulido.

Resina compuesta

Son materiales sintéticos compuestos por moléculas de elementos variados, dichas moléculas suelen formar estructuras muy resistentes y livianas, son utilizadas desde mediados del siglo XX en varios campos: Aeronáutica, ingeniería civil, ingeniería naval, odontología, fabricación de prótesis, se emplean en odontología en la restauración de dientes, está se adhiere micro mecánicamente a la superficie del diente, y están formadas por un componente orgánico polimérico llamado matriz y un componente inorgánico mineral o relleno, la primera resina compuesta, fue sintetizada por Ray Bowen (1962), estaba formada por bisfenol glicidil como matriz orgánica y cuarzo como relleno inorgánico, una de las grandes ventajas de los composites es que permiten diversos colores, que emulan la coloración de las piezas, la vida media de un composite actual es aproximadamente de 7 años acercándose al de la amalgama de 10 años aproximadamente, las resinas compuestas son materiales restauradores que varía su uso tanto en dientes posteriores como anteriores, permite la preservación de los tejidos duros dentales y un indudable resultado estético³.

La resina compuesta, están mezcladas con partículas de rellenos inorgánicos, para unir las partículas de relleno a la matriz plástica de resina, el relleno es recubierto con silano, un agente de conexión o acoplamiento, otros aditivos se incluyen en la formulación para facilitar la polimerización, ajustar la viscosidad y mejorar la opacidad radiográfica¹².

Composición de las resinas compuestas

Está compuesto estructuralmente en forma básica por:

- a) Matriz: Material de resina plástica que forma una fase continua
- b) Relleno: Partículas / fibras de refuerzo que forman una fase dispersa.
- c) Agente de conexión o acoplamiento, que favorece la unión del relleno con la matriz (conocido como Silano).
- d) Sistema activador - iniciador de la polimerización
- e) Pigmentos que permiten obtener el color semejante de los dientes
- f) Inhibidores de la polimerización, los cuales alargan la vida de almacenamiento y aumentan el tiempo de trabajo ¹².

Anomalías dentales de tamaño en los dientes

Son anomalías del volumen dental, ya sea en mayor tamaño (macrodoncia) o en menor tamaño (microdoncia), en las que la morfología dental es normal y únicamente está alterado el tamaño¹².

MICRODONCIA:

Término usado para designar a dientes que son más pequeños de lo normal, la microdoncia se ha relacionado con un patrón hereditario autosómico dominante, los dientes afectados por

microdoncia presentan la corona con tamaño inferior al normal, la raíz generalmente es de tamaño normal aunque es frecuente encontrar formas anormales, es importante mencionar que los dientes supernumerarios que presentan dientes con tamaño menor al normal, no son clasificados como Microdoncia, según el número de dientes que tengan microdoncia, se reconocen dos tipos: una es la microdoncia parcial y generalizada, se caracteriza por presentar alteración de tamaño y forma en uno o en varios dientes en un mismo paciente, el segundo tipo, se refiere a que todos los dientes en ambas arcadas presentan microdoncia como en el caso del enanismo hipofisiario (microdoncia generalizada verdadera); en otros casos se observan piezas dentarias normales de tamaño, pero que se ven pequeñas en comparación con un hueso mandibular o maxilar aumentado (microdoncia generalizada relativa)^{12,13}.

Macrodoncia

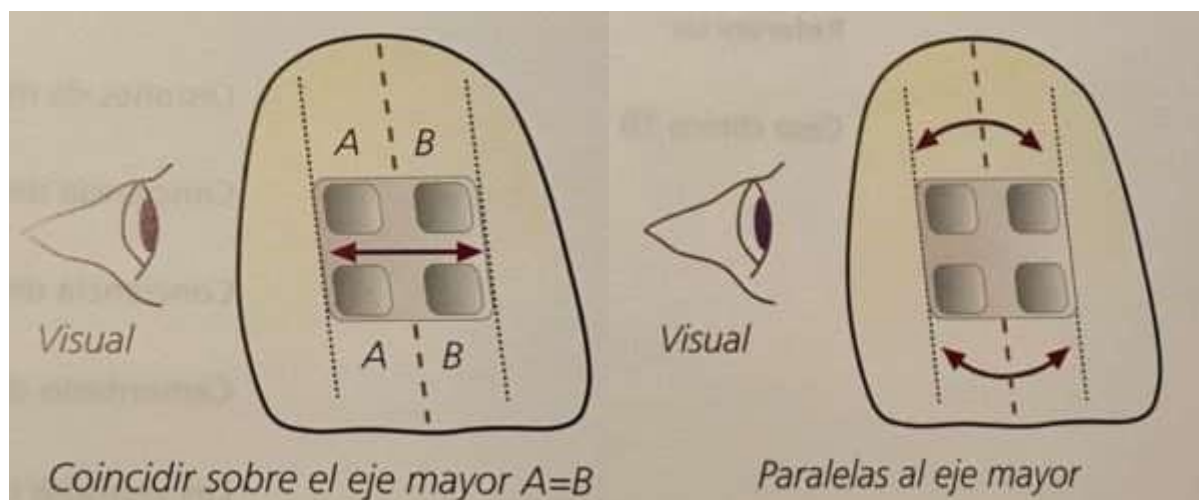
Cuando todos los dientes de ambas arcadas tienen un tamaño objetivamente mayor que lo normal, la alteración se denomina macrodoncia generalizada, el termino macrodoncia generalizada relativa se emplea para describir un estado en la cual la mandíbula o el maxilar son algo menores que lo normal pero los dientes son de tamaño normal, en este trastorno las arcadas presentan apiñamiento de los dientes, la macrodoncia regional o localizada se observa a veces en el lado afectado de la boca en pacientes con hipertrofia hiperfacial y en la displasia segmentaria odontomaxilar, la macrodoncia de un diente aislado se observa en ocasiones, pero es rara y no debe confundirse con la fusión de dos dientes adyacentes^{12,13}.

Posicionamiento de brackets de Ortodoncia (arco recto).

La precisión en la colocación de los brackets es uno de los pilares del tratamiento de ortodoncia con brackets preajustados, el posicionamiento correcto de los accesorios de ortodoncia es esencial,

ya que los errores pueden afectar la oclusión, la sonrisa y la estabilidad de los casos, se ha recomendado utilizar calibradores y tablas estandarizadas para su colocación precisa, una de las tablas fue realizada por McLaughlin y Bennett; y está basada en 120 modelos de estudio de pacientes que se tratarían en la American Board of Orthodontics (Estados Unidos) y en la Angle Society (Europa); la mecánica de tratamiento ortodóntico está determinada por cuatro elementos: selección de brackets, posicionamiento de los brackets, selección de arcos y niveles de fuerza, estos cuatro puntos interactúan entre sí; la variación de uno de ellos puede influenciar sustancialmente los otros elementos y socavar la efectividad del tratamiento; a lo largo de los años, se han recomendado diferentes protocolos de colocación de brackets para el cementado directo, al respecto Andrews observó que el sistema de medición milimétrico constante, que se utilizaba en el aparato de canto estándar para ubicar los brackets, no permitía un correcto punto de referencia, por lo tanto, no se expresaba tridimensionalmente la posición correcta de cada diente dado que dependía del tamaño particular de cada pieza., un bracket colocado a 5 mm del borde incisal tiene diferente expresión del torque que en diente pequeño que en uno grande^{1,14}.

Figuras 1 y 2 .Posicionamiento de brackets



Fuente: Bustillo E. Cementación de brackets en Ortodoncia Filosofía MBT.Bracket 360.2021⁹.

Andrews eligió el centro de la corona clínica como punto de referencia horizontal y el eje largo de la corona clínica (en el centro del lóbulo de desarrollo medio en incisivos, caninos y premolares, y el surco medio vestibular de los molares) como referencia vertical, ubicar las aletas del bracket paralelas al eje vertical de la corona con el centro de la ranura del bracket en el centro de la corona clínica, sin embargo, se pueden observar varios errores en la colocación del bracket, que pueden desviar el resultado del ideal, además, presentan muchos cambios en la forma, el tamaño, las inclinaciones de las caras vestibulares y alturas de crestas y cúspides, entre otros detalles que deben observarse y anotarse, los errores en el posicionamiento y cementado del bracket se pueden diferenciar en cuatro tipos: horizontales, axiales o de paralelismo, de espesor y verticales, todos estos errores son evitables cuando se trabaja sobre pacientes con piezas dentarias totalmente erupcionadas y anatómicamente regulares, como declaró Andrews, el ojo humano es bastante preciso para dividir en dos y localizar el centro de un objeto claramente visible, sin embargo, en las siguientes situaciones clínicas la visualización directa es más difícil^{1,7,14}.

El posicionamiento preciso del brackets tiene una influencia importante en el resultado del tratamiento de ortodoncia, los factores que afectan la colocación ideal del brackets incluyen los siguientes: forma y malformación de los dientes, material de la cubeta de transferencia, agente adhesivo, sensibilidad de la técnica, entorno de la clínica y manejo del paciente, una comprensión de estos factores permitiría el posicionamiento ideal del bracket¹⁴.

Fases previas a considerar (Procedimiento).

- Realizar una Historia clínica, minuciosa

- Exploración clínica y oclusal para evaluar el estado de salud periodontal, importante para restauraciones del tipo adhesiva, se observará si, hay presencia de parafunciones, siendo desfavorable.
- Realizar diagnóstico del estado dentario, antes de iniciar el tratamiento debemos contar con la radiografía panorámica, en ella visualizaremos si el diente a llevar la carilla tiene alguna patología del tipo periodontal o infecciones, en seguida se realiza exámenes clínicos de las encías si las mismas sangran el estado de higiene, y que tipo de tratamiento periodontal requieren, inclusive si hubiese algún diente infectado este se someterá a tratamientos de conducto antes de colocar la carilla.

Fotografías previas al tratamiento que permitan un control del post-tratamiento.

Técnicas Clínicas¹⁵

1. Realizar limpieza del diente incisivo central corto, empleando cepillo punta de goma con piedra pómez, y luego la superficie proximal empleando una tira abrasiva.
2. Determinar el color, compararlo con el incisivo central adyacente, valorar el color del diente estando humedecido con saliva, se debe seleccionar bajo dos fuentes de luz distintas, la del consultorio y la natural, si la resina compuesta a utilizar se basa en la guía de colores Vita, entonces debería utilizarse la guía Vitapan únicamente en la selección inicial del matiz, para tal caso, el borde incisal de la tableta de color se coloca al mismo nivel del borde incisal del diente, en la misma posición y la misma inclinación que el eje del diente que se va a restaurar^{1.15}.

3. Aislamiento relativo con rollos de algodón, al respecto, se puede trabajar con aislamiento absoluto mediante dique de goma o con aislamiento relativo con materiales absorbentes, según las condiciones del caso clínico^{1,15}.
4. Tratamiento de asperización superficial del esmalte en la zona del incremento, en la cara vestibular del incisivo central y caras proximales y parte de la palatina, emplear una piedra diamantada troncocónica de grano mediano, en los casos en los que el borde incisal esté débil o fracturado se lo reconstruirá totalmente con la resina compuesta y se terminará la preparación en la cara lingual, si el borde incisal está sano pero el diente requiere alargamiento, como es el caso presentado, se aplana levemente el borde incisal y se termina la preparación en lingual, con bordes redondeados^{1,15}.
5. Grabado con ácido del esmalte (15-30 seg.) y posteriormente se pulverizó con agua/aire durante 10 segundos.
6. Secado del esmalte dejando húmeda la dentina.
7. Se aplicó adhesivo de manera que moje toda la superficie, esperamos 20 segundos y soplamos con la jeringa de aire para eliminar el solvente y se realizó fotopolimerizado durante 10-20 seg.
8. Se insertó el composite por capas de 1-2 mm: empleamos una preforma, en el diente incisivo central con alteración del tamaño se modela la resina condensándola y foto polimerizando, se incrementó de a poco, capas de 1-2 mm incluye ello las caras vestibular y palatina.
9. Se realizó fotopolimerizado del material durante 30 seg al colocar cada capa.
10. Obtención de forma y tallado y pulido de la restauración.

11. Se aplicó sellador y polimerizado final (glaseado).
12. Finalmente procedimos a reducir el riesgo de melladuras, eliminándose todos los contactos céntricos prematuros y todas las interferencias en los movimientos de desplazamiento labial, retirar excesos de adhesivo y resina compuesta localizados en las regiones cervical y proximal, con el auxilio de una hoja de bisturí N° 12, que debe ser desplazada, de preferencia, en el sentido de la restauración hacia el diente, para evitar una eventual remoción de porciones finas de la resina, la forma se da si se ha controlado cada capa de resina compuesta con la matriz la forma final debe ser muy similar al diente original, se eliminan los excesos por gingival, incisal y en los espacios interproximales con bisturíes de hoja intercambiable N° 11 ó 12 (tipo Bard Parker o similares), para remodelar o afinar la cara labial se usan discos de pulir de grano grueso, se mejora la forma y se acentúan los lóbulos de desarrollo con piedras diamantadas troncocónicas de grano mediano y fino (de entre 30 > 15 μ m), para luego alisar la superficie sin perder la forma obtenida se utilizan fresas de doce filos de forma tronco cónica con punta recta o afilada, para las superficies grandes se utilizan discos de óxido de aluminio (de tipo Soflex, Shofu, Hawe, etc.) de grano mediano y fino, en sus tamaños regular y mini, también se pueden utilizar ruedas y puntas de goma abrasiva, por los espacios interdentarios se pasan tiras de pulir, pero sin destruir la relación de contacto, para luego darle brillo o lustre final se obtiene cuando se ha terminado totalmente la etapa anterior, se emplean ruedas de goma siliconadas, discos abrasivos en su grano más fino, tiras de pulir y/o fresas de cuarenta filos, según el lugar del diente^{1,15}.

Se procedió a posicionar los brackets.

2.3 Objetivos

Restaurar funcional y estéticamente el incisivo central superior izquierdo, con alteración de tamaño, mediante el uso de resina compuesta a fin de ubicar correctamente el Brackets y recuperar la funcionalidad y la estética de la cavidad oral del paciente.

III. DESARROLLO

3.1 Historia Clínica

ECTOSCOPIA

Paciente de sexo femenino, con edad aparente de 18 años de edad, con facies aparentemente normal, con biotipo leptosómico con estado de nutrición, ABEN y ABEH, con estado de conciencia lúcido, en posición semisentada y con actitud preferente, no presenta estado de gravedad.

ANAMNESIS

Datos de Filiación:

- ▶ **NOMBRE Y APELLIDOS:** MARÍA LUISA MATAMOROS QUISPE
- ▶ **EDAD:** 19
- ▶ **SEXO:** FEMENINO.
- ▶ **ESTADO CIVIL:** Soltera
- ▶ **DOMICILIO:** ANEXO CAVITONA -**DISTRITO** SAN ANTONIO DE CUSICANCHA
- ▶ **TELEFONO:**
- ▶ **OCUPACION:** ESTUDIANTE
- ▶ **FECHA DE NACIMIENTO:** 06/05/2001
- ▶ **LUGAR DE PROCEDENCIA:** HUANCVELICA-HUAYTARA
- ▶ **Anamnesis:**
- ▶ **A. MOTIVO DE CONSULTA:** “SE HAN DISMINUIDO EL TAMAÑO DE MIS DIENTES ”

- ▶ **B. ENFERMEDAD ACTUAL:** Llega a consulta una paciente femenina de 19 años de edad, quien precisa tratamiento de ortodoncia, por mala posición de los dientes, al examen intraoral, se observa el Incisivo central superior izquierdo pequeño en relación al otro incisivo central, siendo una alteración de forma, afirma que tiene incomodidad malestar al sonreír, dice que su autoestima está disminuida y demanda una solución estética lo más conservadora posible, precisa que su tratamiento sea el más corto por la pandemia, sus exigencias estéticas son muy altas, no presenta antecedentes médicos ni odontológicos.
- ▶ A la actualidad diente 21 asintomático.
- ▶ **C. ANTECEDENTES MEDICOS FAMILIARES:** no refiere.

3.2 Examen clínico general

PESO Y TALLA: 57 Kilogramos 162 centímetros

PIEL Y ANEXOS: Color de piel trigueña sin lesiones aparentes, con nevus en la parte lateral del cuello, temperatura normal de la piel, humedad normal, sin turgencia y buena elasticidad.

SIGNOS VITALES

- ▶ **PA** : 120 / 80 mm Hg.
- ▶ **PULSO** : 83 pulsaciones x minuto.
- ▶ **TEMPERATURA** : 37 °C.
- ▶ **FREC. RESPIRATORIA** : 20 respiraciones x minuto.
- ▶ **ESTADOS DEL PACIENTE** : ABEG, LOTEP.

3.3 Evaluación integral

Examen clínico estomatológico

Examen extrabucal Facie:

Normal

Cráneo: Normocefalo

Cara: Normofacial

MUSCULOS: Temporal, Masetero, Pterigoideo externo, Pterigoideo Interno, Di
gástrico,Esternocleidomastoideo, Cervicales Posteriores; Asintomáticos y con buena tonicidad.

ATM: Sin alteración evidente.

Región hioidea o Tiroidea: Sin lesión aparente

Ganglios: No presenta ganglios infartados

Examen intrabucal**TEJIDOS BLANDOS**

Labios y comisura labial: Labios de color rosado, humectados, comisuras conservadas con presencia de maculas de color marrón de 1 mm aproximadamente en el labio superior.

Carrillos: De color rosado coral, humectados, presencia de línea oclusal (línea alba), salida de conducto de stemon permeable sin alteración.

Paladar duro y blando: De color rosado coral, rugas palatinas conservadas, rafe medio, sin alteración, no presenta lesión en el paladar.

Oro faringe: Úvula vibrante, amígdalas aumentadas de tamaño no secretante

Lengua: De tamaño normal, húmedo, ovalada, con saburral en el tercio medio del dorso de la lengua, puntillado múltiple en el tercio medio y anterior de la lengua.

Piso de boca: Frenillos sin alteración importante.

Encías: color rosado, textura lisa, ausencia de sangrado, presenta gingivitis leve asociado a placa bacteriana

Frenillos: situación y posición normal **Saliva:** fluida.

TEJIDOS DUROS

Maxilares: Maxilar superior forma ovoide; Maxilar Inferior ovoide

Dientes

Numero: 31 dientes

Zonas edéntulas y reborde alveolar: No presenta

ANALISIS DE PIEZA DENTARIA SÍNTOMÁTICA

Pza N° 21

Inspección: presenta alteración en tamaño respecto al diente 11

Percusión: no presenta molestias a la percusión vertical ni horizontal

Exploración: Se registra esmalte sano, no hay evidencia de caries

Palpación: no presenta movilidad

PVP: Frio: No presenta **Calor:** No presenta

OCLUSION

Relación Molar.- Derecha Clase I; **Izquierda** Clase I

Relación canina.- Derecha Clase I ; **Izquierda** Clase I

Línea media: centrada sin alteración

Trayectoria mandibular:

Apertura: Hacia el lado derecho **Cierre; hacia** el lado izquierdo

Dimensión vertical: Fisiológica

Grado de apertura bucal: amplia normal

Over bite: 4mm , **Over jet:**3 mm

Interferencias oclusales : Ninguna

Movimientos en céntrica: desviación hacia el lado derecho

Movimientos excéntricos: **Contacto** al lado de balance

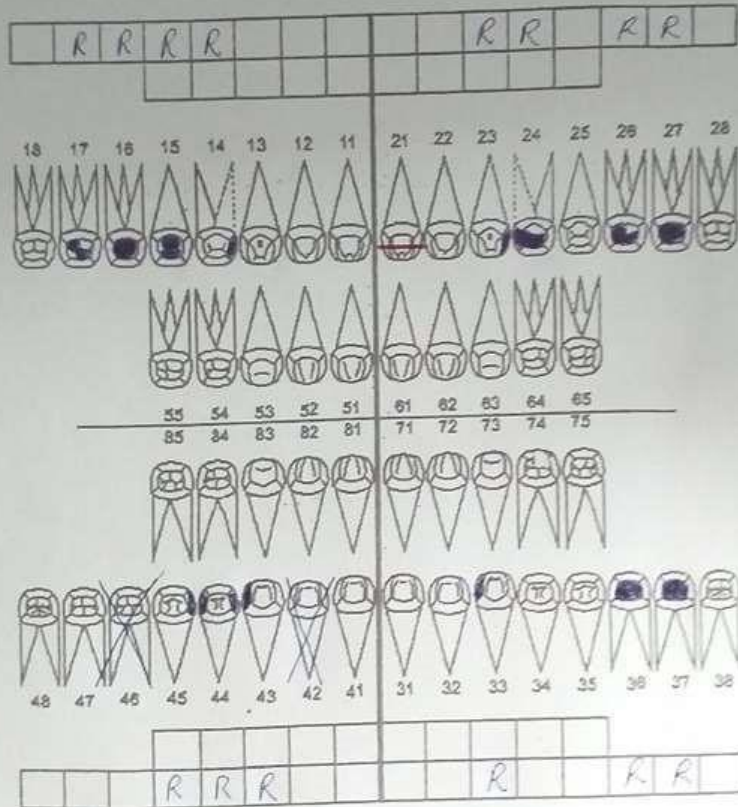
Posición de reposo y espacio libre : 2mm de espacio libre

Relación céntrica y oclusión habitual

Figura 3.Odontograma

Apellidos y nombres: MATA ROSAS QUISPE MARPA LUISA
 Fecha ingreso: _____ Fecha de Nacimiento: 06-05-01 Edad: 19 Sexo: FEMECINO
 Dirección: PASEO CAJONERA Distrito: SAN ANTONIO DE CUSICANCHA
 Operador: _____

ODONTOGRAMA



Fecha:

3.4 Diagnostico

Diagnóstico Presuntivo:

Diente Superior central izquierdo con alteración de tamaño.

EXAMENES AUXILIARES Y OTROS

Diagnóstico del estado dentario:

Figura 4. Radiografía panorámica.



Diagnóstico Definitivo:

Alteración en tamaño del Incisivo central superior izquierdo 21

3.5 Pronostico

Pronóstico: Paciente es favorable y adecuado, con carilla de composite para posterior tratamiento ortodóntico.

IV. PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL

4.1 Formulación del Plan de tratamiento general

Se consideró como plan de tratamiento restaurador, proponer a la paciente, confeccionar una carilla estética de composite empleando cofias preformadas para restaurar la forma y tamaño al incisivo central superior izquierdo 2,1, para luego posicionar adecuadamente los brackets.

Instrumental y material a emplear

- Pieza de mano de baja y alta velocidad.
- Lámpara de fotocurado (intensidad progresiva).
- Espejo bucal.
- Explorador.
- Sonda periodontal.
- Pinza para algodón.
- Tiras de celuloide.
- Puntas de diamante de grano grueso, mediano y fino.
- Ácido fosfórico al 37%
- Instrumentos para aplicar y tallar el material
- Papel de articular
- Adhesivo Prime&Bond NT de quinta generación fotopolimerizable
- Composite Tetric Ceram fotopolimerizable con microrrelleno
- Instrumentos para el pulido: Puntas y copas de goma abrasivas; Tiras de pulir; Discos abrasivos; Pasta para brillo

Examen Extraoral.

Al examen extraoral, paciente braquicéfalo, no presenta asimetrías faciales visibles, realizada la palpación de ganglios linfáticos, articulación Temporomandibular, sin patologías aparentes, ni alteraciones en glándulas salivales.

Figura 5. Fotografías 1, 2 y 3. De cara, en sellado labial, y de perfil derecho e izquierdo.



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Ana Vásquez Díaz

Examen Intraoral

Se realizó un diagnóstico completo, examinamos la cavidad oral, labios, maxilar superior, mandíbula, lengua, paladar duro y blando, piso de boca, carrillos, frenillos, glándulas salivales, orofaringe; las cuales se encontraron sin patología aparente, para luego continuar con el examen dental, encontramos maloclusión, diente 1, 2 desalineado, obturaciones con resina compuesta en el sector inferior posterior izquierdo, ausencia de dientes 4, 6, en el sector mandibular inferior derecho, en el sector superior anterior izquierdo presenta, alteración de tamaño del diente 21.

Figura 6. Fotografías Mostrando alteración en tamaño del Incisivo central superior izquierdo 21.



Fuente: Propia de la investigación.
Autor: Ana Vásquez Díaz

Figura 7. Fotografía Limpieza del diente 2,1 incisivo central, utilizando cepillos Robinson o de profilaxis, punta de goma con piedra pómez.



Fuente: Propia de la investigación
Autor: Ana Vásquez Díaz

Figura 8. Fotografía de Toma del color, comparandolo con el incisivo central adyacente, valorar el color del diente estando humedecido con saliva. Guía de colores Vita, (guía Vitapan).

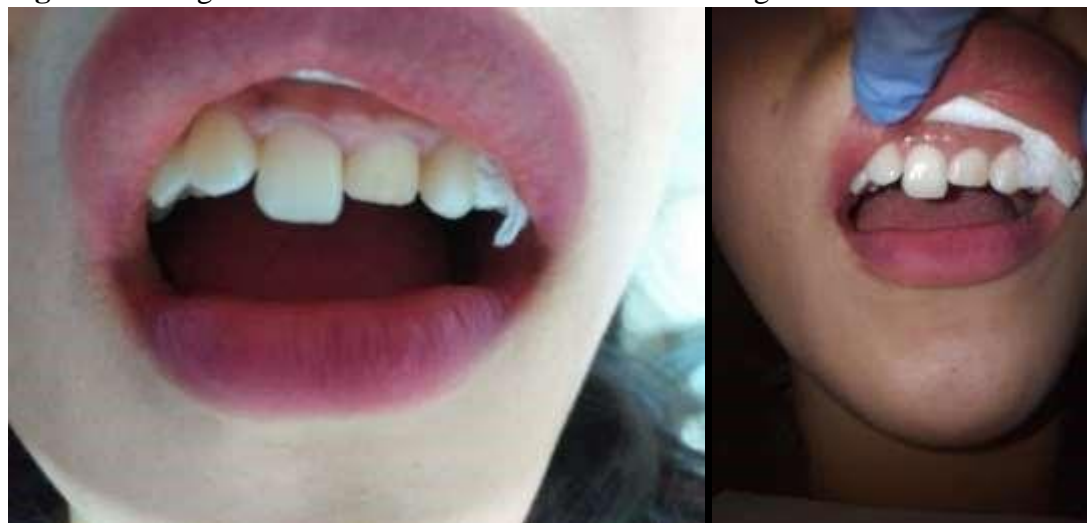


Color A2

Fuente: Propia de la investigación.

Autor: Ana Vásquez Díaz

Figura 9. Fotografía Aislamiento relativo con rollos de algodón.



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Ana Vásquez Díaz

Figura 10.Fotografía Tratamiento de asperización superficial del esmalte en la zona del incremento, en la cara vestibular del incisivo central izquierdo.



Fuente: Propia de la investigación
Autor: Ana Vásquez Díaz

Figura 11.Fotografía Grabado con ácido del esmalte (15-30 seg.) y posteriormente se pulverizó con agua/aire durante 10 segundos. (Aislamiento de dientes adyacentes con tiras de celuloide laminado).



Fuente: Propia de la investigación.
Autor: Ana Vásquez Díaz

Figura 12.Fotografía Secado del esmalte dejando húmeda la dentina, para aplicar adhesivo de manera que moje toda la superficie, esperamos 20 segundos y soplamos con la jeringa de aire para eliminar el solvente y se realizó fotopolimerizado durante 10-20 seg.



Fuente: Propia de la investigación.
Autor: Ana Vásquez Díaz

Figura 13. Fotografía de colocación del composite por capas de 1-2 mm: empleamos una preforma, en el diente incisivo central izquierdo 2,1 con alteración del tamaño se modelo la resina condensándola y foto polimerizando, se incrementó de a poco, capas de 1-2 mm incluye ello las caras vestibular y palatina.



Fuente: Propia de la investigación
Autor: Ana Vásquez Díaz

Figura 14. Fotografía de aplicación de glicerina, después de colocar el último incremento de resina (composite Tetric Ceram fotopolimerizable con microrrelleno) se aplica glicerina para evitar la capa inhibida de oxígeno.



Fuente: Propia de la investigación
Autor: Ana Vásquez Díaz

Figura 15. Fotografía de Obtención de forma y tamaño de la restauración.



Fuente: Propia de la investigación
Autor: Ana Vásquez Díaz

Figura 16. Fotografía Paciente sonriendo.



Fuente: Propia de la investigación.
Autor: Ana Vásquez Díaz

Figura 17.Fotografías Antes y después de la restauración.



Fuente: Propia de la investigación.
Autor: Ana Vásquez Diaz

Figura 18. Fotografía de Brackets en posición,



Fuente: Propia de la investigación
Autor: Ana Vásquez Díaz

4.2 Plan de control y mantenimiento

Se debe programar al paciente en citas de seguimiento cada mes, con la finalidad de evaluar las carillas si presentan desgaste y de seguir con el tratamiento ortodóntico, y determinar a futuro el tiempo útil de las carillas de resina compuesta.

V. DISCUSION

.Las carillas de resina compuesta se realizan en el consultorio dental y de precios accesibles, consiste en colocar por incremento composite en la parte vestibular de los dientes principalmente anteriores con la finalidad de mejorar su aspecto estético, ya sea por alteraciones de forma , tamaño y color, el caso clínico que nos ocupa es por alteración de tamaño del diente 2,1, y por el motivo de colocar ortodoncia posteriormente, no existe ningún impedimento, para

posicionar adecuadamente los brackets, por lo expuesto sostenemos que si la paciente tiene carillas este no será un obstáculo para su tratamiento de ortodoncia, apreciaciones tomadas en cuenta en nuestro informe al respecto de la colocación de brackets estos deben de tener en cuenta la altura de los incisivos. Afirma categóricamente, Orozco³ las anomalías dentarias de forma y tamaño son alteraciones anatómicas frecuentes que comprometen la estética del sector anterior, existen distintos abordajes para tratar esta alteración morfológica, el procedimiento con mayor demanda es la restauración con carillas estéticas, cuyos materiales de elección son la cerámica en el caso de restauraciones indirectas y resinas compuestas en el caso de las restauraciones directas, informa haber realizado tratamiento con resinas compuesta, en los dientes 12 y 22 en forma de espiga, presentando diastemas, el plan de tratamiento fue la restauración estética del sector anterosuperior con carillas en resina compuesta empleando preformas plásticas³. En nuestro trabajo de suficiencia profesional se presentó un problema de alteración de forma, en la paciente de sexo femenino; el incisivo central superior izquierdo 21 es más corto que el otro incisivo Central superior, se emplean en la actualidad una serie de materiales dentales que permiten el tratamiento estético para el sector anterior, como la cerámica, con aplicaciones para carillas estéticas, coronas de metal-cerámica y coronas cerámicas libres de metal, es de precisar que existen procedimientos mínimamente invasivos que son realizados con resinas compuestas que permiten la restauración directa del sector anterior asimismo, sostiene Pérez⁵ que el posicionamiento adecuado de los brackets es de vital importancia para el correcto tratamiento ortodóntico, para lo cual es necesario tener un muy buen ojo clínico y el conocimiento teórico científico, esto nos llevará a encontrar el área de mayor convexidad de la corona clínica siendo esta la mitad de la corona, al hacer coincidir el centro de nuestro brackets con el centro clínico de la corona, se expresará correctamente toda

la información contenida en la aparatología de arco recto respecto a ello Bustillo⁸ uno de los procedimientos más importantes en la ortodoncia es la correcta cementación de brackets, una colocación exacta de la aparatología es necesaria para que la información incorporada en el bracket se exprese adecuadamente, y el ortodoncista debe ser responsable de ello, afirma que Andrews empleo el eje mayor de la corona clínica (EMCC) siendo su referencia para posicionar brackets y tubos, desde el incisivo central hasta el segundo premolar se dibujaba una línea longitudinal a través del lóbulo central de desarrollo de la corona, concluimos considerar el aumento del tamaño del diente con resina compuesta con finalidad estética funcional y para el posicionamiento correcto de los brackets para que ejerzan el torque necesario. Teniendo en cuenta lo descrito confeccionamos la carilla estética con resina compuesta, para conseguir la posición correcta de los brackets, para el tratamiento en segunda fase. Sobre el uso de carillas estéticas en el tratamiento de ortodoncia fundamenta Mechanic⁷ los pacientes suelen presentar problemas tanto de ortodoncia como de restauración, es posible que sea necesario restaurar los dientes o colocar una restauración provisional antes, durante o después del tratamiento de ortodoncia, narra el caso de un paciente de 14 años quien en compañía de sus padres se presentaron deseando un tratamiento de ortodoncia para “cerrar los espacios” entre sus dientes, la evaluación concluyó que tenía una hermosa cara de forma ovalada y un ancho de arco dental casi ideal explicaron que los espacios entre sus dientes se debían principalmente al hecho de que los dientes estaban deformados y eran demasiado pequeños para adaptarse al ancho de sus arcadas dentales, siendo la estética facial presente y futura del niño, importante, el paciente y sus padres querían asegurarse de que su apariencia permaneciera inalterada, se decidió restaurar sus dientes a las proporciones ideales en lugar de contraer y contraer su dentición, unir los dientes podría crear problemas oclusales y de las vías respiratorias durante su vida, estos

problemas serían muy difíciles de resolver en una fecha posterior, explicados cuidadosamente todos los hechos y las posibles soluciones, se colocaron carillas de resina compuesta y luego se fijaron los brackets⁷. Consideraciones tomadas en cuenta en nuestro trabajo de suficiencia profesional el caso tratado en el diente 21 con alteración de tamaño, que necesitamos con la forma y tamaño adecuado para el ulterior tratamiento o de ortodoncia y nos facilite el posicionamiento de los brackets.

VI. CONCLUSIONES

- Se debe planificar cuidadosamente el tratamiento con las carillas directas con resinas (composite), y posterior tratamiento ortodóntico, siendo una elección adecuada para reconstruir el tamaño de dientes que presentan esta alteración, al ser estéticas y nos permiten el posicionamiento adecuado de los brackets, no interfieren en la salud gingival permitiendo la conservación de esmalte natural.
- La técnica directa, para confeccionar carillas con resina compuesta es segura y de gran performance, duradera en el tiempo, biológica y estética, y no interfiere en el tratamiento de ortodoncia.

VII. RECOMENDACIONES

- Recomendamos a clínicos y pacientes el empleo de carillas confeccionadas con resina compuesta, porque es importante, conservar las estructuras dentarias, el esmalte, en dientes con alteración de tamaño, tanto sea necesario realizar otro tipo de restauración, siendo muy útiles para un tratamiento de ortodoncia, adecuado para el posicionamiento de brackets.
- Se debe realizar un tratamiento de asperización superficial del esmalte en la zona del incremento, en la cara vestibular de los dientes a tratar para lograr una superficie con mayor micro retenciones

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Chipana E. Adhesión indirecta de brackets. [Tesis de grado].Perú: Universidad Privada de Tacna. 2019 .21 p.
2. Macías T, Gutiérrez J. Percepción de microdoncia y alteración vertical de tamaño de incisivos superiores por estudiantes de la Licenciatura de Cirujano Dentista de la Universidad Autónoma de Nayarit. *Odontoestomatología* [Internet]. 2018 Dic [citado 2021 Jul 15] ; 20(32): 62-67.

Disponible en:
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168893392018000200062&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.22592/ode2018n32a8>.
3. Orozco J, Berrocal J, Díaz A. Carillas de composite como alternativa a carillas cerámicas en el tratamiento de anomalías dentarias: reporte de un caso. *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral*, 2015, vol. 8, no 1, p. 79-82.
4. De Los Reyes K. Tratamiento de las alteraciones de las caras vestibulares de los dientes con carillas de resina. [Tesis de grado].Guayaquil: Universidad de Guayaquil. 2015 .p.69.
5. Pérez F. Posicionamiento de Brackets en arco recto. Wikipedia. [Internet]. 2017 [citado 2021 Jul 14]; Disponible en: <https://wikiortodoncia.com/posicionamiento-de-brackets-en-arco-recto/>.
6. Rodríguez M. et al. Alargamiento de corona realizado con carillas de composite directas para corregir la desproporción de prótesis parcial metal-porcelana. *Polo del Conocimiento*. 2017. [Consultado 19 de Junio del 2021]. Recuperado a partir de: URL <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/download/229/pdf>.
7. Mechanic E. Pre-Orthodontic Set-Up for a Patient with Teeth Too Small for his Dental

Arches.Oral health.2018. [Consultado 19 de Junio del 2021]. Recuperado a partir de:
URL<https://www.oralhealthgroup.com/features/pre-orthodontic-set-patient-teeth-small-dentalarches/>.

8. Cacioli J. et al. Medidas de piezas dentarias para el posicionamiento correcto de brackets en una población latina (Argentina).Ortodoncia.2020. [Consultado 19 de Junio del 2021]. Recuperado a partir de: URL <http://fi-admin.bvsalud.org/document/view/cbuny>.
9. Bustillo E. Cementación de brackets en Ortodoncia Filosofía MBT.Bracket 360.2021. [Internet]. 2017 [citado 2021 Jul 14]; Disponible en: <https://blog.bracket360.com/cementacion-debrackets-en-ortodoncia/>.
10. Salgado A, et al. Carillas sin tallado. Gaceta dental: Industria y profesiones, 2015, N° 268, p. 151-163.
11. Ortiz G, Gómez L. Aspectos relevantes de la preparación para carillas anteriores de porcelana: Una revisión. Revista Estomatológica Herediana, 2016, vol. 26, no 2, p. 110-116. [Internet]. 2017 [citado 2021 Jul 14]; Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552016000200008.
13. Meneses A. Frecuencia de anomalías dentarias de forma, tamaño y numero en estudiantes de 12 a 17 años de la Institución Educativa Secundaria San Andrés de Atuncolla–Puno 2017. [Tesis de grado].Perú: Universidad Nacional del Altiplano. 2017. p. 51.
13. Mazariegos, H. Alteraciones de tamaño, forma y número en piezas dentales, [Consultado 19 de Junio del 2021]. Recuperado a partir de; <http://www.odontocat.com/odontocat/nouod2/pdf/article%20cita%20odt%2035.pdf>.

14. Chipana E. Adhesión Indirecta de Brackets. [Tesis de Grado].Perú: Universidad Privada de Tacna. 2019 .21 p.
15. Navarro A, Cores A; Chaviano J. Restaurando con composites y técnicas directas. Gaceta dental: Industria y profesiones, 2009, no 200, p. 126-143. . [Internet]. 2017 [citado 2021 Jul 14]; Disponible en: <https://gacetadental.com/2011/09/restaurando-con-composites-y-tnicas-directas25818/>.

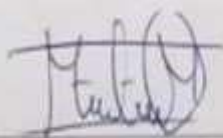
ANEXOS

Anexo 1 Consentimiento informado

Consentimiento informado para tomar fotos, y entrevista

Yo MARÍA LUISA MATAMOROS QUISPE ,con DNI;Nº 74568394, doy mi autorización a la Bachiller en Odontología ANA VASQUEZ DIAZ para que tome fotografías, y la realización de entrevista y estas puedan ser copiadas, publicadas, impresas solo con fines académicos, asimismo para el procedimiento de colocación de carillas estéticas con resina compuesta, para posicionar correctamente los brackets, para mi tratamiento de ortodoncia, cuyo procedimiento se me ha explicado satisfactoriamente, para tal fin doy mi consentimiento.

Huancayo; Marzo del 2021



MARÍA LUISA MATAMOROS QUISPE

DNI;Nº 74568394

Anexo 2

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA

En la fecha, yo ANA VÁSQUEZ DÍAZ, identificada con DNI N° 45122171, domiciliada en el Prog. Tambo Inga, Mz. B, Lote 06, distrito de Puente Piedra, provincia y departamento de Lima, estudiante de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Odontología, me **COMPROMETO** a asumir las consecuencias administrativas y/o penales que hubiera lugar si en la elaboración de mi investigación titulada “CARILLA DE COMPOSITE PARA TRATAMIENTO ORTODÓNTICO”, se haya considerado datos falsos, falsificación, plagio, auto plagio, etc. y declaro bajo juramento que mi trabajo de investigación es de mi autoría y los datos presentados son reales y he respetado las normas internacionales de citas y referencias de las fuentes consultadas.

Huancayo, 19 de abril de 2021.



Ana Vásquez Díaz
DNI N° 45122171