

**UNIVERSIDAD MAYOR REAL Y PONTIFICIA DE
SAN FRANCISCO XAVIER DE CHUQUISACA
VICERRECTORADO
CENTRO DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**



**PERCEPCIÓN SOBRE LA ESTÉTICA DE LA SONRISA ANTES Y DESPUÉS DEL
ALARGAMIENTO CORONARIO, ADVERTIDOS POR LOS REHABILITADORES
ORALES Y ODONTÓLOGOS GENERALES, SUCRE, GESTIÓN 2025**

**TRABAJO EN OPCIÓN AL GRADO DE ESPECIALISTA EN
REHABILITACIÓN ORAL Y ESTÉTICA DENTAL**

AUTOR: RÍOS ROMERO DAVID ROMNY

SUCRE, MAYO, 2025

**UNIVERSIDAD MAYOR REAL Y PONTIFICIA DE
SAN FRANCISCO XAVIER DE CHUQUISACA
VICERRECTORADO
CENTRO DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**



**PERCEPCIÓN SOBRE LA ESTÉTICA DE LA SONRISA ANTES Y DESPUÉS DEL
ALARGAMIENTO CORONARIO, ADVERTIDOS POR LOS REHABILITADORES
ORALES Y ODONTÓLOGOS GENERALES, SUCRE, GESTIÓN 2025**

**TRABAJO EN OPCIÓN AL GRADO DE ESPECIALISTA EN
REHABILITACIÓN ORAL Y ESTÉTICA DENTAL**

TUTOR: MSC.SUSANA DELGADO

SUCRE, MAYO, 2025

CESIÓN DE DERECHOS

Al presentar este trabajo como uno de los requisitos previos para la obtención del certificado de especialista en rehabilitación oral y estética dental, de la Universidad Mayor, Real y pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisa, autorizo al Centro de Estudios de Post grado e Investigación o a la biblioteca de la Universidad para que se haga de este trabajo un documento disponible para su lectura, según normas de la Universidad.

También cedo a la Universidad Mayor Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca los derechos de publicación de este trabajo o parte de él manteniendo mis derechos de autor hasta un periodo de 30 meses posterior a su aprobación.

RÍOS ROMERO DAVID ROMNY

SUCRE, MAYO, 2025

DEDICATORIA

A mi hija **Isabella Rios**

Por ser fuente de amor, esperanza y motivación. Tú eres la razón de conseguir esta meta, la fuerza para crecer cada día como profesional y ser humano.

Este logro académico está dedicado a ti para que, como ejemplo de perseverancia y disciplina, luches por tus sueños, con la certeza de que todo es posible.

con profundo cariño y gratitud,

David Rios Romero

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, deseo expresar mi más profundo agradecimiento a mis padres, por su apoyo incondicional, sus enseñanzas y su constante motivación a lo largo de mi formación académica y profesional.

A mis docentes y tutores, gracias por compartir sus conocimientos, experiencia y valiosas críticas que enriquecieron mi aprendizaje. Sus aportes fueron decisivos en el desarrollo de esta investigación y en mi crecimiento como rehabilitador oral.

A mis colegas, extendo mi gratitud por el intercambio de ideas, el trabajo en equipo y el acompañamiento durante este proceso. Cada discusión y momento compartido contribuyó al éxito de este proyecto.

Finalmente, agradezco a todas las personas que, de manera directa o indirecta, colaboraron en la realización de este trabajo. Este logro es también el resultado de su apoyo y estímulo.

DAVID RIOS ROMERO

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
1. Antecedentes de la investigación.....	2
2. Situación problemática	5
3. Formulación del problema de investigación.....	8
4. Justificación	8
5. Hipótesis	10
6. Objetivos.....	10
6.1. Objetivo general.....	10
6.2. Objetivos específicos.....	10
7. Diseño metodológico	11
Métodos teóricos	12
Métodos empíricos	12
Técnicas procedimientos e instrumentos.....	12
Población	14
Técnica de muestreo	14
Muestra	15
Criterios de inclusión	15
Criterios de exclusión	15
Identificación de variables	15
Operacionalización de variables	16
8. Plan de análisis de los resultados.....	16

CAPITULO I

MARCÓ TEÓRICO CONTEXTUAL

1.1. Marco teórico conceptual.....	17
1.1.1. Rehabilitación oral y estética	17
1.1.2. Odontología Estética	18
1.1.3. Alargamiento coronario en rehabilitación oral	19
1.1.4. Alargamiento estético de corona	21
1.1.5. Técnicas para el alargamiento de corona	22
1.1.6. Gingivectomía/ gingivoplastía	23
1.1.7. Sonrisa	25

1.1.8. Parámetros estéticos de la sonrisa	26
1.1.9. Clasificación de la sonrisa	27
1.1.10. Componentes de la sonrisa	28
1.1.11. Proporción Dentaria Individual.....	30
1.1.12. Sonrisa Gingival	32
1.1.13. Percepción de la estética de la Sonrisa	34
1.1.14. Escala visual análoga de percepción	35
1.2. Marco contextual.....	37
1.2.1. Análisis macro situacional.....	37
1.2.2. Análisis micro situacional.....	37
1.2.3. La especialidad de la rehabilitación oral en la ciudad de Sucre	38

CAPITULO II

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	40
Análisis e interpretación de los resultados.....	51

CAPITULO III

PROPUESTA	54
CONCLUSIONES.....	72
RECOMENDACIONES	74
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	75
BIBLIOGRAFÍA.....	79
ANEXOS.....	80

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Percepción según parámetros estéticos de la sonrisa antes del alargamiento coronario, advertidos por rehabilitadores orales. Sucre. 2025	40
Tabla 2. Percepción sobre la estética de la sonrisa antes del alargamiento coronario, advertidos por rehabilitadores orales. Sucre. 2025	41
Tabla 3. Percepción según parámetros estéticos de la sonrisa antes del alargamiento coronario, advertidos por Odontólogos generales. Sucre. 2025	42
Tabla 4. Percepción sobre la estética de la sonrisa antes del alargamiento coronario, advertidos por Odontólogos generales. Sucre 2025	43
Tabla 5. Percepción según parámetros estéticos de la sonrisa después del alargamiento coronario, advertidos por rehabilitadores orales. Sucre. 2025	44
Tabla 6. Percepción sobre la estética de la sonrisa después del alargamiento coronario, advertidos por rehabilitadores orales. Sucre. 2025	45
Tabla 7. Percepción según parámetros estéticos de la sonrisa después del alargamiento coronario, advertidos por Odontólogos generales. Sucre. 2025	46
Tabla 8. Percepción sobre la estética de la sonrisa después del alargamiento coronario, advertidos por Odontólogos generales. Sucre. 2025	47
Tabla 9. Comparación de la percepción estética antes y después del alargamiento coronario, de rehabilitadores orales. Sucre. 2025	48
Tabla 10. Comparación de la percepción estética antes y después del alargamiento coronario, de Odontólogos generales. Sucre. 2025	49
Tabla 11. Comparación de la percepción estética antes del alargamiento coronario, entre rehabilitadores orales y Odontólogos generales. Sucre. 2025	50
Tabla 12. Comparación de la percepción estética después del alargamiento coronario, entre rehabilitadores orales y Odontólogos generales. Sucre. 2025	50

ÍNDICE DE GRÁFICOS Y FIGURAS

Gráfico 1. Percepción según parámetros estéticos de la sonrisa antes del alargamiento coronario, advertidos por rehabilitadores orales. Sucre. 2025	40
Gráfico 2. Percepción sobre la estética de la sonrisa antes del alargamiento coronario, advertidos por rehabilitadores orales. Sucre. 2025	41
Gráfico 3. Percepción según parámetros estéticos de la sonrisa antes del alargamiento coronario, advertidos por Odontólogos generales. Sucre. 2025	42

Gráfico 4. Percepción sobre la estética de la sonrisa antes del alargamiento coronario, advertidos por Odontólogos generales. Sucre. 2025	43
Gráfico 5. Percepción según parámetros estéticos de la sonrisa después del alargamiento coronario, advertidos por rehabilitadores orales. Sucre. 2025	44
Gráfico 6. Percepción sobre la estética de la sonrisa después del alargamiento coronario, advertidos por rehabilitadores orales. Sucre. 2025	45
Gráfico 7. Percepción según parámetros estéticos de la sonrisa después del alargamiento coronario, advertidos por Odontólogos generales. Sucre. 2025	46
Gráfico 8. Percepción sobre la estética de la sonrisa después del alargamiento coronario, advertidos por Odontólogos generales. Sucre. 2025	47
Figura 1. Corona dental corta y línea labial baja	60
Figura 2. Altura clínica de las coronas	61
Figura 3. Espacio biológico	62
Figura 4. Tipos de sonrisa	63
Figura 5. Procedimiento quirúrgico	64
Figura 6. Análisis de la sonrisa	66
Figura 7. Simetría de la sonrisa	67
Figura 8. Puntos para el análisis de la sonrisa	67
Figura 9. Corredor bucal	68
Figura 10. Índice de la sonrisa	68
Figura 11. Curvatura del Labio Superior	69
Figura 12. Guía incisal normales	69
Figura 13. Dientes anteriores en contacto borde a borde	70

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1	
FICHA DE ENTREVISTA. FOTOGRAFÍAS	80
ANEXO 2	
CONSENTIMIENTO INFORMADO	86
ANEXO 3	
FOTOS DEL ESTUDIO.....	87

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo general, determinar la percepción sobre la estética de la sonrisa antes y después del alargamiento coronario, advertidos por los rehabilitadores orales y Odontólogos generales de la ciudad de Sucre durante la gestión 2025.

La investigación es de tipo descriptivo, transversal y prospectivo, con un diseño no experimental, como técnicas e instrumentos se utilizaron la entrevista, que se aplicó tanto en rehabilitadores orales como a Odontólogos generales, a los cuales se les mostro una serie de fotografías, para valorar los parámetros estéticos de la sonrisa en fotografías realizadas a personas con dientes anteriores naturales antes y después de un tratamiento de alargamiento coronario. Como instrumento de investigación, se utilizó una ficha de entrevista, para ser valorada por los Rehabilitadores orales y por Odontólogos generales y Fotografías.

La población de estudio está determinada por dos tipos de población de estudio: Rehabilitadores Orales y Odontólogos generales que trabajan en la ciudad de Sucre. En el estudio se aplicó una técnica de muestreo no probabilística por conveniencia, escogiendo a 10 Rehabilitadores Orales y a 10 Odontólogos generales que trabajan en la ciudad de Sucre.

Dentro de las conclusiones más relevantes del estudio se puede decir que comparando la percepción estética antes y después del alargamiento coronario, de rehabilitadores orales y Odontólogas generales que si existe diferencias significativas en la estética de la sonrisa **$p=0.009$, $p=0.046$**

Comparando la percepción estética antes y después del alargamiento coronario, entre rehabilitadores orales y Odontólogos generales. se puede observar según el estadístico de U de Mann Whitney cuyo valor es de **$p=0.074$, $p=0.687$** que no existe diferencias significativas en la percepción estética de la sonrisa.

Palabra Clave: Percepción de la estética de la sonrisa antes y después del alargamiento coronario.

INTRODUCCIÓN

Una sonrisa estéticamente agradable, es responsable de una búsqueda cada vez mayor de tratamiento en la consulta Odontológica, ya que los estándares estéticos defendidos por la sociedad motivan a las personas a buscar sonrisas más atractivas y agradables.

Es así que los profesionales Odontólogos, deben prestar especial atención para diagnosticar los cambios faciales y, por lo tanto, sugerir el tratamiento adecuado para cumplir los deseos del paciente los cuales se han vuelto cada vez más exigentes y buscan cuidados para mejorar su sonrisa.

Para conseguir este objetivo dentro de la rehabilitación oral de los pacientes, se procede a realizar una serie de técnicas como ser el alargamiento coronario de piezas dentarias buscando aumentar la longitud visible de los dientes y mejorando la estética de la sonrisa al exponer más superficie dentaria y reducir la exposición de la encía, lo cual en algunos casos los resultados son muy visibles y agradables estéticamente para los pacientes.

Por esta razón es importante evaluar la percepción estética que varía de persona a persona, siendo ésta influenciada por su experiencia personal y entorno, por esta razón, las opiniones profesionales respecto a la evaluación de la estética facial pueden no coincidir con las percepciones y expectativas de los pacientes (1).

Los especialistas en rehabilitación oral y Odontólogos generales pueden tener opiniones diferentes en cuanto a la valoración de la sonrisa. Por esta razón, la decisión sobre el tratamiento estético es un procedimiento muy importante del cual el paciente tiene que estar satisfecho La presencia de una pequeña desviación puede aceptarse estéticamente; sin embargo, no todas las variaciones tienen el mismo grado de aceptación estética.

Se comprende entonces que, en esta era actual, no sólo es esencial considerar la salud y función de los dientes con los parámetros del odontólogo; sino, lograr la mayor satisfacción de los pacientes, adecuando sus necesidades y requerimientos a las del profesional, en este entendido con el presente estudio se pretende indagar y comprender las preferencias estéticas de las personas como un componente esencial para dar con sus preocupaciones, percepciones y expectativas de tratamiento, ayudando al análisis de las apreciaciones estéticas.

1. Antecedentes

De acuerdo a la revisión bibliográfica realizada sobre el tema en estudio, (2) se pudo observar que para la sociedad, la estética se ha convertido en la búsqueda más importante para alcanzar una apariencia de confort y bienestar, en la actualidad la estética dental juega un papel preponderante en la belleza facial, ya que en el pasado la demanda funcional era la principal consideración para un tratamiento dental, por lo que hoy la estética se ha convertido en el principal motivo de la atención Odontológica.

Tomando en cuenta los antecedentes históricos sobre el tema, se puede observar que, desde sus inicios en Platón, la filosofía de la estética se ha visto afectada por una dicotomía, que si bien resulta instructiva también induce al error. A la percepción estética se le ha atribuido la capacidad de ofrecer un acceso especial al Ser (Sein), de instaurar un modo especial de apariencia (Schein) (3)

La búsqueda constante de la belleza y estética se remonta a las primeras civilizaciones; primero con los Fenicios (800 a. C.) que hicieron las primeras prótesis dentales elaboradas con dientes de marfil, óptimamente tallados y atados con hilos metálicos, llegando a ser excelentes puentes artificiales y luego los Etruscos (900 a. C.), quienes tallaban, cuidadosamente, los colmillos de los animales para simular la forma de los dientes naturales (4).

No fue sino hasta el siglo XVIII que la Odontología fue reconocida como una disciplina separada y se establecieron las diversas ramas, la población consideraba al dentista como un médico encargado del proceso curativo de las afecciones bucales y además, como un artífice dedicado a brindar belleza a la sonrisa de los pacientes; sobre todo, en aquella época en la que los dientes sanos eran las piezas ideales para portar adornos, artísticamente acoplados con piedras preciosas (5).

En los últimos años, se ha estudiado la percepción a través de fotografías. El individuo común, pareciera tener mayor conciencia estética al evaluar sólo una visión que involucre labios y piezas dentarias en comparación a la evaluación del rostro completo, debido a que se verían influenciados por el color de piel o cabello.

Características transversales de la sonrisa tienen significancia en el atractivo de una sonrisa, la exposición gingival maxilar y la posición de dientes anteriores tienen efectos en la estética

dental. En efecto, los niños muestran mayor cantidad de piezas dentarias y tienen mayor exposición gingival en comparación con los adultos, es por esta razón, que la exposición dentaria junto a un nivel de exposición gingival, hace parecer jovial a la vista (6).

Sobre el tema se desarrollaron una serie de estudios en otros contextos como por ejemplo el trabajo publicado por Véliz Concepción, Olga Lidia, et al. (7) El año 2022 en Cuba Titulado: Percepción estética de la sonrisa en pacientes adolescentes. Tuvo como objetivo conocer la relación entre la percepción estética de la sonrisa, el sexo y las edades en la adolescencia.

Se realizó una investigación analítica, transversal en la Clínica Victoria de Santa Clara, desde el año 2017 al 2019. El universo de estudio fueron todos los pacientes de 12 a 25 años que acudieron a la consulta de Ortodoncia en el año 2018.

Dentro de los resultados se determinó la percepción estética de los pacientes, teniendo en cuenta en el rostro de una persona, fundamentalmente la sonrisa y los ojos, para emitir juicio de valor sobre la belleza.

Se llegó a la conclusión que los pacientes expresaron sus consideraciones sobre los aspectos estéticos del rostro. El sexo y los rangos de edades se relacionaron con las variables de la sonrisa estudiadas.

Otro estudio publicado por S. Bofill Fontboté et al. (8) el año 2020 en Chile, Titulado: Percepción de parámetros estéticos de la sonrisa en Odontólogos, estudiantes de odontología y pacientes de la Universidad Mayor de Santiago, Chile.

El propósito del estudio fue evaluar la percepción de distintos parámetros estéticos de la sonrisa entre Odontólogos, estudiantes de odontología y pacientes. Se utilizaron fotografías que fueron agrupadas de acuerdo a modificaciones efectuadas en 3 parámetros estéticos de la sonrisa: contorno gingival, línea labial y proporción dentaria.

Dentro de los resultados se estableció que un 80% de los Odontólogos y estudiantes consideran más atractivo un contorno gingival simétrico, un 73% de los pacientes consideran más atractivo hasta 1 mm de discrepancia del contorno gingival. Con respecto a la Línea labial A, tanto Odontólogos (67%) como estudiantes (77%) encontraron más atractiva una sonrisa con 2 mm de exposición gingival, 67% de los pacientes optaron 1 mm de exposición gingival.

Para Línea labial B, 1 mm de exposición gingival fue considerado más atractivo por todos los encuestados. La proporción dentaria considerada más atractiva entre el ancho del incisivo central y lateral fue 71%, y para ancho/largo del incisivo central fue más atractiva una proporción del 75% esto para los tres grupos encuestados. El contorno gingival fue el parámetro más sensible al momento de evaluar la estética de la sonrisa, para los otros dos parámetros no se encontraron diferencias significativas en las percepciones.

Un estudio realizado por Abadía Miranda MA, Lugo-Varillas JG, Albites Achata ÚMD. (9) el año 2020 en Perú, Titulado: Percepción estética de la sonrisa según la exposición gingival en estudiantes universitarios de Lima, Perú.

Tuvo como objetivo determinar la percepción estética de la sonrisa según exposición gingival en estudiantes universitarios de odontología y otras carreras. Se fotografió la sonrisa de una mujer siguiendo los parámetros estéticos, se modificó digitalmente la exposición gingival, para obtener seis imágenes digitales. Fueron calificados por 512 estudiantes de odontología y otras carreras, mediante una encuesta virtual utilizando la escala analógica visual (valores 0 al 10).

Los estudiantes universitarios percibieron la sonrisa con 0,5 mm de exposición gingival como más atractiva y la sonrisa con 2,5 mm de exposición gingival como poco atractiva. Según la edad, los estudiantes de 18 a 23 años percibieron más atractiva la sonrisa con 0,5 mm exposición gingival y menos agradable la sonrisa 2,5 mm exposición gingival, los estudiantes de 24 a 29 años percibieron como sonrisa más atractiva con 1 mm exposición gingival y poco atractiva la sonrisa 2 mm exposición gingival. Según el sexo, a ambos les parecía más atractiva la sonrisa 0,5 mm exposición gingival y poco atractiva la sonrisa con 2,5 mm de exposición gingival.

Se llegó a la conclusión que los estudiantes universitarios de odontología y otras carreras tuvieron la misma percepción de la sonrisa con relación a la exposición gingival, percibieron atractiva la sonrisa con 0,5 mm de exposición gingival y poco atractiva la que tiene 2,5 mm.

De acuerdo a los antecedentes descritos se puede establecer que se realizaron diversos estudios, para evaluar la percepción de la sonrisa alterando los parámetros estéticos que la componen; tales como, forma y color de los dientes anteriores, exposición gingival, arco de la sonrisa, corredores bucales, línea de la sonrisa, entre otros; que fueron valorados por odontólogos generales, especialistas y personas comunes (pacientes) para conocer la

coherencia de las expectativas de estos grupos; sin embargo, tienen similares o diferentes percepciones de la estética de la sonrisa, según el parámetro evaluado.

Por ello, el presente trabajo investigativo tiene la finalidad de presentar un análisis sobre la percepción de los parámetros estéticos de la sonrisa después de un procedimiento como es el alargamiento coronario imprescindible en algunos casos para mejorar la estética de la sonrisa en pacientes que acuden a la consulta externa de Odontología en la ciudad de Sucre.

2. Situación problemática

Los parámetros estéticos dentro de la rehabilitación oral, constituyen una guía clínica para el abordaje de los problemas más frecuentes de la zona anterior con énfasis en los aspectos morfológicos; aspectos que se pudieron percibir, sin embargo, la percepción de los mismos difiere según los distintos evaluadores; por ello, es necesario realizar nuevos estudios evaluando la percepción de éstos en cada realidad local ya que no existen estudios que brinden una información actualizada sobre la estética dentro de la rehabilitación oral.

En los últimos años se pudo observar que la estética facial afecta no solo cómo la sociedad percibe a las personas, sino también cómo se perciben a sí mismas. La apariencia de los dientes y la sonrisa de una persona son componentes críticos del atractivo facial.

De hecho, la región orofacial suele ser un área de gran preocupación para muchas personas porque atrae la mayor atención en las interacciones interpersonales y es la fuente principal de comunicación vocal, física y emocional, por lo cual el rostro es la sección física de las personas que se reconoce rápidamente, estableciendo que una sonrisa estética siempre ha sido un elemento atractivo y deseable.

Actualmente en la Odontología existen tratamientos para el manejo de sonrisa gingival, los cuales son técnicas quirúrgicas efectivas, sin embargo, al ser desconocidas para el paciente y el tratante, han sido poco estudiadas, por lo que es necesario conocer la percepción de profesionales especializados en el área y de aquellos que tienen conocimientos relativos pero no como un especialista, permitiendo evaluar resultados desde distintos puntos de vista logrando obtener resultados satisfactorios que sean percibidos y aceptados por los pacientes.

La percepción de la belleza está influenciada por diferentes factores culturales, étnicos o raciales, siendo, además, subjetiva e influenciada por la experiencia personal y el ambiente; por lo anterior, la percepción del profesional puede o no coincidir con la percepción y expectativa de pacientes u otro tipo de profesionales sin especialidad en el área.

Odontólogos generales y rehabilitadores pueden tener diferentes percepciones en el atractivo al evaluar la altura del margen gingival de la piezas dentarias anteriores y la línea media, según estudios (8) los especialistas parecen ser menos tolerantes en la evaluación estética y las diferencias en la percepción, deberían ser discutidas con el paciente cuando se planifica el tratamiento, el paciente puede ayudar para ver la importancia de la simetría y entender que la percepción visual de algunas desviaciones dentales de legos es distinta a la percepción de especialistas.

Las opiniones vertidas por los odontólogos en relación a la evaluación de la estética facial pueden o no coincidir con la percepción y expectativas de los pacientes, siendo de vital importancia un buen entendimiento durante el proceso.

Es por ello que para lograr una sonrisa estética adecuada, la forma de la cara, la cabeza, son importantes y también el volumen, el tamaño, la proporción, la forma, la textura, el patrón de colocación y el color de los dientes. En cuanto a los tejidos blandos y encías, la línea gingival, el ancho y la línea de la sonrisa, la asociativa entre labio inferior y la línea del incisivo superior, las áreas oscuras en las comisuras de la boca, los puntos cenitales y las encías saludables son factores importantes.

Recientemente, el enfoque en la estética facial como indicador de valor social ha aumentado, siendo uno de los cambios radicales que se han producido en la odontología mundial, la aparición de los diseños de sonrisas digitalizados, donde el paciente ve en pocos minutos cómo será el resultado final de su sonrisa que es un aspecto importante de la estética facial.

Por lo tanto, muchos rehabilitadores usan programas digitales, para el planeamiento más eficaz en los tratamientos integrales, logrando una sonrisa bella y juvenil, pero dentro de esta planificación en muchos casos es necesario realizar tratamientos previos como es el alargamiento coronario el cual podría unificar ciertos aspectos que contribuyen a obtener una sonrisa agradable.

Existen varios aspectos que se deben considerar antes de realizar un alargamiento de corona, un periodonto sano es un prerrequisito para controlar la respuesta de los tejidos gingivales y la interconsulta con el rehabilitador es necesaria para determinar el tipo de restauración a realizar, lo cual permite evaluar la viabilidad para ejecutar el procedimiento quirúrgico.

Se debe tomar en cuenta la posición del diente en la arcada, valor estratégico del mismo, el ancho de la encía queratinizada, la distancia desde la unión cemento-esmalte a la cresta alveolar alrededor de los dientes implicados, relación corona-raíz, anatomía de la raíz, biotipo gingival y grosor del hueso alveolar, así como se debe realizar un estudio de la sonrisa del paciente al tratarse la zona antero superior.

En este entendido los hábitos personales y los ámbitos sociales de los pacientes perjudican mayormente la predilección hacia la estética de la sonrisa que la resolución de los Odontólogos generales y especialistas en rehabilitación Oral, por lo que es necesario realizar este tipo de tratamientos los cuales podrían favorecer enormemente la estética de la sonrisa.

Por lo cual estudiar la estética en la sonrisa es una acción muy compleja, porque varía según el criterio y los factores de cada persona, por este motivo el concepto de una sonrisa bella inspira atracción. Además, los tratamientos estéticos están sujetos a cambios constantes debido a los deseos del paciente en obtener una agradable sonrisa, más no en una necesidad, ya que en este campo tan subjetivo el último veredicto lo tiene el paciente, por lo cual la apreciación estética es una parte transcendental.

En la actualidad, lo estético sigue siendo una impresión de la mente motivada por su propia percepción, por lo tanto, en una apariencia armónica la sonrisa es una parte importante del estereotipo físico. La percepción del individuo es una opinión importante en la apreciación que otros tienen de nuestra apariencia y personalidad, este motivo puede dar lugar a diferentes formas de conducta. Cuanto más poderosa sea la repercusión emocional para el individuo, más fuerte será la estimulación.

De la problemática descrita dentro de la especialidad en Odontopediatría se formula la siguiente pregunta de investigación:

3. Formulación del problema de investigación

¿Cuál será la percepción sobre la estética de la sonrisa antes y después del alargamiento coronario, advertidos por los rehabilitadores orales y odontólogos generales de la ciudad de Sucre durante la gestión 2025?

4. Justificación

La presente investigación está enfocada a comparar la percepción que tienen los rehabilitadores orales y los Odontólogos generales, con respecto a los parámetros estéticos de la sonrisa, después de tratamientos quirúrgicos de alargamiento de la corona, siendo la opinión de los profesionales muy importante al momento de realizar un trabajo estético de la sonrisa en los consultorios dentales, para luego saber cuál o cuáles de ellos consideran los más importantes, compararlos con el criterio de un profesional especialista y consensuar un tratamiento estético de sonrisa idónea.

Con los resultados del presente estudio, se pretende plantear una herramienta que permita al Odontólogo especialista, orientar la rehabilitación estética, al conocer lo que el paciente busca en una sonrisa idónea, y conocer la realidad del tratamiento.

A pesar del papel fundamental que la percepción cumple en la vida de las personas, los procesos permanecen poco claros por dos razones principales: Primero, porque los investigadores sólo han obtenido un éxito limitado al intentar descomponer la percepción en unidades analizables más simples y segundo porque las evidencias empíricas, científicamente verificables, se hacen difíciles de repetir e incluso de obtener; con lo que, el estudio de la percepción sigue dependiendo, en gran medida, de informes con un alto grado de subjetividad.

El presente estudio es de mucha importancia porque valorando el contexto problemático, los especialistas y Odontólogos generales, pueden abordar actividades referidas para optimizar la percepción estética de la sonrisa de los pacientes para óptimos tratamientos que los puedan ayudar en un futuro próximo cuando traten este tipo de pacientes.

Con la investigación se pretende justificar la importancia de la rehabilitación oral estética, de los pacientes que requieren mejorar la sonrisa, para lo cual se debería considerar parámetros ya que presenta un grado de complejidad tanto en el diagnóstico como en la realización misma

del tratamiento, lo cual amerita que la atención de este tipo de pacientes, lo realicen especialistas en rehabilitación oral con amplios conocimientos sobre el tema.

Aporte teórico y práctico de la investigación

La investigación tiene una justificación teórica porque plantea ideas y conceptos que respaldan las concepciones del estudio, sirviendo como referencia a fuentes científicas de estudios próximos. El presente estudio aportara información sustanciosa sobre los parámetros dentales, lo cual ayudara a fortalecer los conocimientos de profesionales especialistas en rehabilitación oral, sobre técnicas y procedimientos que lleven al éxito estético y la satisfacción de los pacientes.

Los resultados del estudio se podrán sociabilizar entre los especialistas de rehabilitación oral para fortalecer sus conocimientos sobre el tema y que pueden tomar en cuenta en el desarrollo de sus tratamientos que instauran en su consulta privada.

Actualidad y novedad de la investigación

El presente estudio es muy importante considerando que la perspectiva de la belleza no siempre es percibida de la misma forma entre las personas, lo cual se convierte en un problema a la hora de evaluar la sonrisa de los pacientes, los cuales de alguna manera tiene un criterio sobre su belleza al igual que los rehabilitadores por lo que es muy importante conocer si existen diferencias que afecten los resultados de los tratamientos de rehabilitación oral.

La información que proporciona el estudio ayudara a profesionales en rehabilitación oral, en la elaboración de diseños de sonrisa, donde los pacientes serán los principales beneficiarios ya que podrán obtener una estética satisfactoria en sus tratamientos y sentirse satisfechos mejorando de esta manera su calidad de vida.

El estudio se plantea como una investigación de mucha importancia para el área de la rehabilitación oral, ya que, dentro de la atención de pacientes, se obvia el análisis de algunos parámetros dentales y faciales que podrían coadyuvar a conseguir una estética adecuada, por lo que el estudio aportara información relevante que ayude a considerar aspectos dentro del seguimiento que se desarrolla en la confección de diseños de sonrisa.

Pertinencia social de la investigación

Presenta una justificación social basada en la insuficiente investigación actual de las variables planteadas en el presente estudio ya que se logrará comprender cual grupo de estudio presentó una mayor percepción estética de la sonrisa, el cual fue un beneficio para un adecuado manejo y plan de tratamiento que cumpla las necesidades y exigencias de los mismos, porque es transcendental saber cómo esta percepción afecta en el tratamiento y el éxito de este de los cual se beneficiaran tanto los pacientes como los profesionales rehabilitadores orales con una bibliografía actualizada y puntual sobre la estética de la sonrisa.

5. Hipótesis

HI: Existe cambios positivos significativos en la percepción, sobre la estética de la sonrisa antes y después del alargamiento coronario, advertidos por los rehabilitadores orales y odontólogos generales de la ciudad de Sucre.

HO: No existe cambios positivos significativos en la percepción, sobre la estética de la sonrisa antes y después del alargamiento coronario, advertidos por los rehabilitadores orales y odontólogos generales de la ciudad de Sucre.

6. Objetivos

6.1. Objetivo general

Determinar la percepción sobre la estética de la sonrisa antes y después del alargamiento coronario, advertidos por los rehabilitadores orales y Odontólogos generales de la ciudad de Sucre durante la gestión 2025.

6.2. Objetivos específicos

- Identificar la percepción según parámetros estéticos de la sonrisa antes del alargamiento coronario, advertidos por los rehabilitadores orales y Odontólogos generales.
- Evaluar la percepción según parámetros estéticos de la sonrisa después del alargamiento coronario, advertidos por los rehabilitadores orales y Odontólogos generales.
- Comparar la percepción estética antes y después del alargamiento coronario, de rehabilitadores orales y Odontólogos generales.

- Comparar la percepción estética antes y después del alargamiento coronario, entre rehabilitadores orales y Odontólogos generales.
- Elaborar una guía de procedimientos clínicos para el alargamiento coronario con fines estéticos dirigido a especialistas en rehabilitación oral de la ciudad de Sucre.

7. Diseño metodológico

Tipo de investigación

El presente estudio es de tipo, descriptivo transversal y prospectivo, con un diseño no experimental porque se pretende determinar la percepción estética antes y después de tratamientos de alargamiento coronal, para luego proponer una guía clínica que ayude a tomar algunas decisiones estéticas dentro de la rehabilitación oral en pacientes que necesitan realizar un levantamiento coronario.

La presente investigación corresponde a un diseño no experimental porque las variables no serán manipuladas por el investigador, observando los fenómenos de estudio tal y como se presentan en un contexto determinado, para luego poder analizarlos.

Es un estudio descriptivo, porque durante el desarrollo de la investigación se presentará los aspectos relacionados con el objeto de estudio tan cómo se presentan en una realidad determinada.

Es transversal porque la característica fundamental es que las mediciones se hacen en una sola ocasión, por lo que no existen períodos de seguimiento, en otras palabras, el estudio es un diseño que se efectuó en un momento determinado. Se realizó, una sola vez, la encuesta a los Rehabilitadores Orales y a Odontólogos generales.

Se enmarca en un enfoque cuantitativo, ya que se apoya la investigación en datos numéricos, procesados mediante paquetes informáticos estadísticos, en base al análisis bivariado de las variables buscando la objetividad de los resultados.

Métodos

En el presente estudio se aplicarán tanto métodos teóricos como empíricos, que proporciona el método científico, para poder desarrollar los diferentes capítulos en la investigación.

Métodos teóricos

Dentro de los métodos teóricos que se utilizaron en el desarrollo de la investigación se tiene:

Método Análisis documental. Método que permitió la recopilación de datos, teorías, gracias a revisión documental referida al tema de investigación, principalmente en la construcción del marco teórico, conceptual y referencial.

Método Histórico lógico. Permitted comprender la trayectoria real de los fenómenos y los acontecimientos en el pleno de la historia, tratando de realizar el análisis de las leyes generales del funcionamiento y el desarrollo de los procesos.

Método análisis síntesis. Método que permitió descomponer los componentes del objeto de estudio en partes para su posterior unión y ser analizadas, permitiendo volver a reunir las partes de un todo y analizarlas como una sola unidad.

Método de la modelación. Se utilizó en la elaboración del modelo teórico del objeto de estudio, a fin de poder analizarlo, caracterizarlo y esquematizar las cualidades fundamentales aspecto aplicado en el capítulo final de la propuesta.

Métodos Empíricos

Medición. Permitted organizar las variables en estudio en función a categorías previamente establecidas, designando valores numéricos para su posterior análisis y presentación en tablas y gráficos.

Método Estadístico. Permitted realizar el procesamiento de la información de forma cuantitativa para luego presentarlo a través de tablas y gráficos.

Técnicas, instrumentos y procedimientos

Técnicas

Como técnica de investigación se utilizó la entrevista, que se aplicó tanto en rehabilitadores orales como a Odontólogos generales, a los cuales se les mostro una serie de fotografías, para valorar los parámetros estéticos de la sonrisa en fotografías realizadas a personas con dientes anteriores naturales antes y después de un tratamiento de alargamiento coronario.

Instrumento

Como instrumento de investigación, se utilizó una ficha de entrevista, para ser valorada por los Rehabilitadores orales y por Odontólogos generales. Fotografías y Ficha de entrevista. **(Anexo 1)**

Procedimientos

Para recolectar los datos se proporcionó 10 imágenes de sonrisas de pacientes antes y después de tratamientos de alargamiento coronario en el sector antero superior de canino derecho a canino izquierdo.

Se estructuró una ficha de entrevista donde se colocaron las fotografías de cinco pacientes con imágenes antes del alargamiento coronario y después del alargamiento coronario, para que los sujetos de estudio lo califiquen según la Escala Visual Análoga.

Para el registro de las fotografías se aplicó una cámara Nikon D 5200 con lente de 100 mm se aplicó a los sujetos a 30 cm de la pared de fondo blanco, la posición del individuo fue con la mirada al frente con referencia al plano de Frankfort y líneas Inter pupilares estén análogos al plano horizontal.

El grupo de especialistas evaluaron las fotografías y certificaron que la sonrisa es estéticamente óptima y que las modificaciones guardan asociativa con la categorización que se propone como indicadores en el estudio.

Se seleccionó la población en referencia a las estipulaciones de inclusión, al momento de la encuesta se les informó sobre los objetivos del estudio y les fue adicionada la ficha de consentimiento informado **(Anexo 2)** y de recopilación de cifras.

Para calcular la perceptiva estética se empleó la escala analógica visual, que abarco en recta dibujando debajo de cada fotografía, sobre la que vertieron su opinión de acuerdo a cinco parámetros estéticos antes y después del alargamiento dentario y calificar según:

- Muy desagradable: 1
- Desagradable: 2
- Aceptable: 3

- Estética: 4
- Muy estética. 5

Luego de la valoración de los cinco aspectos estéticos antes y después del alargamiento coronario se procedió a la sumatoria de los valores de cada participante, para luego clasificar de forma general la percepción en:

- Buena: De 19 a 25 puntos.
- Regular: De 12 a 18 puntos.
- Mala: De 5 a 11 puntos.

Una vez obtenido los resultados de la percepción de los rehabilitadores oral y Odontólogos generales antes y después del alargamiento coronario, se procedió a la comparación de los resultados para verificar si existen diferencias significativas en la percepción.

Población

La población de estudio está constituida por dos grupos profesionales: Rehabilitadores orales y Odontólogos generales que ejercen su actividad profesional en la ciudad de Sucre durante la gestión 2025. Ambos grupos son de interés porque participan directamente en la valoración y ejecución de tratamientos estéticos de sonrisa, incluyendo procedimientos de alargamiento coronario.

Técnica de Muestreo

En el estudio se aplicó una técnica de muestreo no probabilística por conveniencia. Esta estrategia se adoptó debido a la naturaleza especializada de la población objetivo (profesionales con experiencia en rehabilitación oral) y a la necesidad de seleccionar participantes que cumplan criterios específicos de experiencia y residencia (habitantes y ejercientes en Sucre). La muestra por conveniencia permite garantizar la participación de profesionales con conocimiento directo y continuado sobre el objeto de estudio, aspecto clave para un análisis comparativo de percepciones profesionales.

Muestra

La muestra quedó constituida por 20 profesionales, distribuidos de la siguiente manera:

- 10 rehabilitadores Orales.
- 10 odontólogos generales.

Criterios de Inclusión

- Especialistas en rehabilitación oral y odontólogos generales que tengan una experiencia profesional mayor a 5 años
- Especialistas en rehabilitación oral y odontólogos generales que radiquen en la ciudad de Sucre.
- Aceptar participar voluntariamente y firmar el consentimiento informado.

Criterios de Exclusión

- Especialistas en rehabilitación oral y odontólogos generales que no tengan una experiencia profesional en realizar alargamientos coronarios.
- Especialistas en rehabilitación oral y odontólogos generales que no firmen el consentimiento informado para participar del estudio

Identificación de variables

Variable independiente

- Percepción antes y después del alargamiento coronario

Variable dependiente

- Estética de la sonrisa

Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION
Percepción antes y después del alargamiento coronario	Sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos antes y después de un procedimiento quirúrgico	Opinión sobre la estéticas de la sonrisa antes y después del alargamiento coronario	Percepción, antes del alargamiento coronario Percepción, después del alargamiento coronario	Según la línea del labio Según arco de la sonrisa Según exposición gingival Según componente dental Forma dentaria Proporción dentaria general	Cualitativa ordinal 0-20: Muy desagradable 21-40: Desagradable 41-60: Aceptable 61-80: Estética 81-100: Muy estética
Estética de la sonrisa	Procedimiento dental que busca mejorar la apariencia de los dientes y la sonrisa, logrando una armonía entre los dientes, las encías, los labios y el rostro.	Modificaciones significativas percibidas sobre la estética de la sonrisa	Modificaciones significativas en la estética según dimensiones	% de Modificaciones positivas y negativas	Cualitativa nominal Positivo: Más del 25 % de modificación. Negativo: Menos del 25% de modificación

8. Plan de análisis de los resultados

Los datos obtenidos a través de la aplicación de las técnicas e instrumentos de investigación se los llevó a una planilla Excel diseñada exclusivamente para este fin y posteriormente aplicar el paquete estadístico SPSS 24 realizando el análisis descriptivo y bivariado para su posterior presentación de los resultados a través de tablas y gráficos.

Se presentan las medias, intervalos de confianza, mediana, desviaciones estándar, valores mínimos y máximos. Se determinará y comparará la percepción antes y después y entre rehabilitadores oral y Odontólogos generales aplicando las pruebas de Wilcoxon de los rangos con signo, y U de Mann-Whitney se consideró un nivel de significancia del 5%.

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO CONTEXTUAL

1.1. Marco teórico conceptual

1.1.1. Rehabilitación oral y estética

Según la bibliografía consultada se puede decir que la rehabilitación oral es la parte de la Odontología encargada de devolver la función, la estética y la armonía oral mediante prótesis dentales, cuando hubo perdida de piezas dentales, grandes destrucciones o para solucionar problemas estéticos (10).

Los requerimientos estéticos en la Odontología actual, son bastante altos por parte de los pacientes y los profesionales, que deben estar capacitados para ofrecer las mejores alternativas técnicas y procedimentales y además el profesional debe de estar preparado en las diferentes áreas de la Odontología, para poder identificar los procedimientos más adecuados a realizar.

La rehabilitación oral en pacientes, es responsabilidad del profesional Odontólogo, quien se encarga de resolver los requerimientos del paciente, mejorar su salud oral, psicológica y bienestar en general y poder mejorar su calidad de vida.

El término estética dentro del ámbito de la salud de la cual es parte la Odontología, fue planteado en 1750 para designar la ciencia del conocimiento sensible de la belleza, a diferencia de la ciencia de la lógica. La estética se ha convertido en un término que se escucha diariamente en la práctica cotidiana, y que deriva de la palabra griega "aesthesis", que significa percepción, sensación y esencia de la belleza y el arte (11).

La constante búsqueda de la belleza y estética dentro de la Odontología, se remonta a las primeras civilizaciones; donde los fenicios (800 a. C.) que hicieron las primeras prótesis dentales elaboradas con dientes de marfil óptimamente tallados y atados con hilos metálicos, llegando a ser excelentes puentes artificiales y luego los etruscos (900 a. C.) tallaban cuidadosamente los colmillos de los animales para simular la forma de los dientes naturales (12).

El interés en la estética dental era prácticamente ausente durante la edad media, no fue sino hasta el siglo XVIII que la Odontología fue reconocida como una disciplina separada y se

establecieron sus diversas ramas, la población consideraba al dentista como un médico encargado del proceso curativo de las afecciones bucales y además, como un artífice dedicado a brindar belleza a la dentadura de sus clientes; sobre todo, en aquella época en la que los dientes sanos eran las piezas ideales para portar adornos, artísticamente acoplados con piedras preciosas.

Pierre Fauchard (1678-1761) de Francia, fue el líder del movimiento, junto con varios colegas modernizaron y promovieron la Odontología y también abogaron prácticas estéticas. En 1936 Pilkington, conceptualizó la estética dental como la ciencia de copiar o armonizar el trabajo con la naturaleza; además, esta se explica como una concepción que se modifica conforme al periodo y cultura en la que viven las personas (13).

La proporción aurea o proporción divina interviene de una manera muy importante en el tema de la belleza y estética dental, ya que el término empezó a ser utilizado hace siglos atrás por artistas como Leonardo Da Vinci, (Sectio Aurea La sección de oro), el cual dijo que “Ninguna investigación humana puede llamarse ciencia verdadera si no pasa por las demostraciones matemáticas”; se podría deducir que una sonrisa bella, debía tener sus parámetros medibles, luego tenemos a los matemáticos Pitágoras, Luca Paccioli (Da Divina Proportione, traducido La Divina Proporción) y arquitectos e ingenieros, Fibonacci, con las proporciones en el diseño del arte y la naturaleza (14).

1.1.2. Odontología Estética

Se puede definir la Odontología estética, como un componente multidisciplinario de la estética facial total; la cual, concede gratas satisfacciones porque responde, en gran medida, a la necesidad sentida de los pacientes y sus aspiraciones. La sonrisa se define como la capacidad de una persona para expresar una gama de emociones con la estructura y el movimiento de los dientes y labios (15).

El crear una sonrisa óptima va a requerir la integración de todas las disciplinas de la Odontología, teniendo en cuenta que se debe tener un correcto manejo de los materiales dentales y las técnicas para el uso de estos, que se basan en los principios científicos de diagnóstico y tratamiento (16). Así como, considerar los parámetros de belleza que hacen una sonrisa estética y agradable, tanto para el que la posee como para el que la observa.

Para la mayoría de culturas alrededor del mundo la sonrisa debe ser armoniosa, agradable, balanceada por tal motivo al obtenerla debemos realizar un análisis de todos los factores que intervienen en la sonrisa a fin de diagnosticar apropiadamente el problema estético, determinando las preocupaciones y expectativas del paciente. Una sonrisa estética depende de tres elementos fundamentales labios, encías y dientes (17).

La estética corresponde a la rama de la filosofía que busca comprender la esencia y la percepción de la belleza en la naturaleza y en todo lo que nos rodea. Particularmente, en el ser humano, la búsqueda de la belleza y la estética ha sido una constante inevitable que se ha visto incrementada, de manera que ha sufrido una gran explosión en el último siglo (18).

Recientemente la neuro estética se ha posicionado como una disciplina emergente dentro de la neurociencia cognitiva que se ocupa en comprender los principios biológicos de las experiencias estéticas. Desde la neurociencia, la estética se ha definido de la siguiente manera:

Socialmente la estética juega un rol activo, fundamental y permanente en la vida cotidiana. Por ejemplo, hallazgos indican que el estereotipo de belleza implica un sesgo positivo hacia el atractivo y la bondad, es decir, estándares morales más elevados, además de rasgos de personalidad socialmente bien aceptados tales como amabilidad, honestidad y confiabilidad.

Junto con esto, la estética influye en nuestras elecciones respecto a las parejas, lugar donde vivir, cómo nos vestimos, objetos que nos rodean, entre otros. En términos evolutivos, se ha sostenido que el placer estético es una heurística automática e intuitiva que ha evolucionado para promover decisiones que favorecen el éxito reproductivo (18).

1.1.3. Alargamiento coronario en rehabilitación oral

El alargamiento coronario clínico se define como un procedimiento quirúrgico diseñado para exponer la estructura dental sana con fines restaurativos mediante la reposición apical del tejido gingival, con o sin la extirpación de hueso alveolar. La cirugía de alargamiento coronario se clasifica como funcional o estética.

El alargamiento coronario funcional se refiere a la exposición de caries y fracturas subgingivales. Mientras que el alargamiento coronario estético, que se realiza en los sextantes

anteriores, se centra en el tratamiento de la exposición gingival excesiva causada por el retraso de la erupción pasiva. Este procedimiento estético corrige la apariencia de coronas clínicas cortas, preservando al mismo tiempo el ancho biológico (19).

El concepto de alargamiento de corona fue introducido por primera vez en 1962 por Cohen DW. Este procedimiento se basó en el principio de preservar suficiente encía queratinizada alrededor del diente y establecer una cantidad suficiente de ancho biológico (20).

La corona clínica se refiere a la porción del diente que se extiende más allá de la encía o la mucosa. Cuando la corona es corta debido a la destrucción de la superficie oclusal o incisal, o debido a un margen gingival posicionado coronalmente, restaurarla presenta desafíos notables. Esto puede impedir lograr suficiente resistencia y retención, comprometer los objetivos estéticos y limitar el acceso a las caries subgingivales (21).

Hoy en día, los dentistas se enfrentan rutinariamente a decisiones clínicas con respecto a los dientes afectados por caries extensas o fracturas subgingivales. Los clínicos deben evaluar los hallazgos clínicos junto con las inquietudes de los pacientes para determinar la restauración de los dientes, es decir, si extraer o restaurar los dientes afectados (22).

Por lo tanto, la capacidad de restauración de un diente puede estar guiada por la cantidad de estructura dental supra crestal sana que queda y la cantidad de férula que el diente aún posee. El concepto de férula dental fue propuesto por primera vez por Rosen H y Partida-Rivera M en 1961. La férula se define como un collar metálico de 360 grados de la corona que rodea las paredes paralelas de la dentina, extendiéndose coronalmente más allá del hombro de la preparación (23).

Hoy en día es ampliamente conocido que lograr 1,5-2 mm de férula y 4,5 mm de estructura dental supra alveolar es esencial para el éxito restaurador a largo plazo; esta diferencia incluye aproximadamente 2 mm de ancho biológico, y cuando estos criterios no se cumplen, a menudo se realiza una cirugía de alargamiento de la corona.

Para practicar el alargamiento de corona con pericia, los profesionales deben comprender el concepto de ancho biológico, así como las indicaciones, contraindicaciones, la diferencia entre el alargamiento estético y funcional, las diferentes técnicas de alargamiento de corona y otros principios esenciales.

1.1.4. Alargamiento estético de corona

La estética de la sonrisa juega un papel importante en la percepción del atractivo y la confianza de una persona, así como en otros parámetros sociales. Simplemente restaurar la estructura dental perdida se considera defectuoso, y los pacientes ahora esperan que las rehabilitaciones anteriores también sean estéticamente agradables (24).

Algunos de los problemas que los pacientes pueden quejarse incluyen una exposición gingival excesiva o una sonrisa gingival, que podría tener un impacto negativo en la apariencia estética del paciente.

Esto se debe a la hiperactividad del músculo elevador del labio superior, el crecimiento vertical descendente del maxilar, el agrandamiento gingival y/o la erupción pasiva alterada. El manejo de la exposición gingival excesiva puede requerir uno o más enfoques de tratamiento según su causa subyacente.

Cuando la causa subyacente de la exposición gingival excesiva resulta de una erupción pasiva alterada o agrandamiento gingival, las cirugías periodontales pueden proporcionar una corrección efectiva. Los procedimientos de alargamiento de la corona, como el colgajo posicionado apicalmente y la gingivectomía con re contorneado óseo cuando sea necesario, pueden mejorar la exposición gingival excesiva y los contornos gingivales desiguales causados por la erupción pasiva alterada (25).

Varios estudios han examinado los sistemas de clasificación para la erupción pasiva alterada. Coslet JG et al. (26) Identificaron dos tipos principales: el tipo I, caracterizado por un exceso de tejido gingival con el margen gingival posicionado incisal u oclusal mente a la línea amelo cementaría, y el tipo II, que implica cantidades normales de tejido gingival con el margen gingival dentro del rango típico de la línea amelo cementaría, donde todo el tejido gingival adherido se sitúa en la corona anatómica y la unión mucogingival se encuentra a nivel de la línea amelo cementaría (26).

Dependiendo de los hallazgos clínicos y radiográficos, se pueden emplear cuatro enfoques para este procedimiento. La erupción pasiva alterada tipo I se subdivide en dos categorías: el

tipo IA se caracteriza por un exceso de tejido blando con una relación cresta ósea a línea amelo cementaria normal (encía queratinizada adecuada ≥ 2 mm y LAC-hueso ≥ 2 mm), que requiere solo una gingivectomía o gingivoplastia para su corrección. El tipo IB implica tanto el exceso de tejido como que la cresta ósea a nivel de la LAC o LAC-hueso es < 2 mm, lo que requiere un recontorneado óseo.

El tipo II A incluye pacientes con tejido queratinizado reducido (< 2 mm) y una relación cresta ósea a LAC normal, lo que requiere un colgajo de reposicionamiento apical sin recontorneado óseo. El tipo II B presenta tejido queratinizado inadecuado y una cresta ósea a nivel de la unión cefálica craneoencefálica, lo que requiere tanto un reposicionamiento apical del colgajo como un recontorneado óseo para lograr resultados estéticos sin impacto del ancho biológico (27).

1.1.5. Técnicas para el alargamiento de corona

Las técnicas con las que se puede conseguir el alargamiento de la corona:

- Gingivectomía
- Colgajo de reposición apical

Especialmente la gingivectomía y el colgajo de reposición apical, la gran mayoría de los casos están acompañados por la osteotomía que no es más que una remodelación ósea alveolar. Mientras que en un menor porcentaje están los procedimientos en los que no es necesario una remodelación ósea, como el caso de una gingivoplastia (12).

Dos términos describen a la recesión o remodelación ósea, que son osteotomía y osteoplastia. Osteotomía hace referencia a remover el hueso de soporte; osteoplastia hace referencia a retirar el hueso sin soporte.

Respecto a las herramientas usadas para la recesión ósea, el odontólogo puede usar cinceles 13 de mano, instrumento rotatorio de alta velocidad, o incluso una pieza de corte piezoeléctrico. No importa la pieza que el odontólogo use, este debe asegurarse que el hueso tratado este humedecido constantemente durante el procedimiento para prevenir la desecación, el dolor postoperatorio y el retraso en la cicatrización (27).

El término osteoplastia fue acuñado por Friedman en 1955. (27). El objetivo de la osteoplastia consiste en replicar una forma fisiológica del hueso alveolar sin eliminar hueso de sostén o de soporte.

Por lo tanto, este tratamiento quirúrgico es una técnica análoga a la gingivoplastia. (20). Goenka, (14) alude que, la destrucción traumática, patológica, iatrogénica de la corona clínica usualmente resulta en una insuficiente estructura dental sana para dar lugar a restauraciones marginales que no invadan el espacio biológico.

Tres opciones son viables y las más usadas en estos casos: la cirugía de alargamiento de corona, la extracción subsecuente a un reemplazo protésico y la erupción forzada del diente para exponer el tejido dentario sano.

La cirugía de alargamiento de corona es el procedimiento más usado comúnmente para este propósito y el más simple a menor tiempo, pero si para el caso seleccionado no es lo correcto pueden presentarse consecuencias indeseables.

Las complicaciones después de este procedimiento pueden ser resumidas en: (24).

- Estética insatisfactoria especialmente en el sector anterior
- Retracción gingival
- Cambio en el contorno del margen gingival
- Posible pérdida de la papila interproximal
- Apertura de los espacios interproximales
- Corona clínica más alta que la del diente adyacente.
- Proporción corono-raíz desfavorable
- Pérdida del ligamento periodontal y hueso marginal del diente adyacente.

1.1.6. Gingivectomía/ gingivoplastia

Se trata de una técnica quirúrgica en la cual se elimina la bolsa periodontal supracrestal en su totalidad mediante una incisión. A diferencia de la gingivoplastia la cual se restringe al remodelamiento quirúrgico de la pared externa de la bolsa periodontal “encia marginal únicamente” (27).

La gingivectomía tiene su indicación específica en el tratamiento de hiperplasias gingivales de cualquier índole siempre y cuando, se cuente con la cantidad suficiente de encía insertada. La gingivectomía puede aplicarse para la eliminación de bolsas periodontales supra óseas cuando se dispone de suficiente encía insertada como ya se mencionó.

El principal objetivo es la eliminación de cualquier tipo de bolsa. Por otro lado, la gingivoplastia es un procedimiento quirúrgico que se efectúa para la remodelación estética de la encía logrando unos contornos más armónicos.

Una técnica análoga a la gingivoplastia, especialmente indicada en melanosia gingival es la mucoabrazión. (28). El método clínico de alargamiento de corona, gingivectomía y el colgajo de reposición apical, tienen indicaciones limitadas, ya que la gingivectomía no permite a lo clínicos una recesión ósea. Pero a menudo es necesario remover el hueso de soporte alrededor del diente para lograr una distancia adecuada entre la cresta alveolar y el margen gingival.

Estos procedimientos deben considerarse cuando el paciente posea un crecimiento gingival excesivo y suficiente estructura dentaria sana por encima de la cresta alveolar o tiene una gruesa capa de unión conectiva; el último puede ser determinado por resonancia ósea. La gingivectomía está indicada solo para dientes con más de 3 mm de encía adherida (26).

El alargamiento estético de la corona requiere un procedimiento de gingivectomía para exponer la estructura dentaria necesaria adicional; por lo tanto, un mínimo de 3 mm de tejido queratinizado es necesario para asegurar un tejido gingival saludable. Además, el manejo de la papila es otro aspecto importante en la cirugía.

El hueso interproximal debe ser cuidadosamente preservado para mantener las diferentes estructuras anatómicas, entonces los tejidos interproximales permiten una proliferación interproximal; la papila debería reemplazar la distancia desde la cresta ósea alveolar al contacto dentario interproximal, más o menos 5 mm o menos (28).

Por otro lado, la gingivoplastia consiste en una corrección quirúrgica cuyo objetivo es recontornear la encía cuando ésta ha perdido su forma fisiológica, modificando su contorno marginal en ausencia de bolsas.

En la gingivoplastia, el tejido es adelgazado interproximalmente para obtener un contorno más armónico. El procedimiento llevado a cabo específicamente en las papilas se denomina papilectomía. La gingivectomía y la gingivoplastia son usualmente realizadas en conjunto (28).

1.1.7. Sonrisa

La sonrisa es una expresión del rostro que muchas veces es indicativo de sensaciones y emociones (28). Considerada también una reacción normal a estímulos, inherente al individuo e independiente de aspectos sociales y culturales.

Existen estudios que validan la importancia de la misma en el atractivo facial, debido a que es una de las áreas faciales más evaluadas cuando se interactúa con otra persona. La sonrisa es clasificada por diferentes autores, Ackerman (28) clasifica la sonrisa en, social y posada, mientras que Tjan la clasifica en, sonrisa alta, donde se exhibe la longitud completa de los incisivos con una pequeña cantidad de exhibición gingival, sonrisa promedio, muestra del 75% al 100% de los incisivos superiores y la papila interdental y la sonrisa baja, muestra <75% de los incisivos superiores.

Se habla de una sonrisa ideal cuando existe simetría y el equilibrio de las características faciales y dentales, tanto la forma y posición dental, además considerando la función, forma y posición de los dientes (29).

Sin embargo, se necesitan de la evaluación de varios componentes para determinar la sonrisa ideal, Frese y col. (30) realizaron una revisión de la literatura para identificar métodos y parámetros clínicos adoptados para evaluar la estética dento-facial, encontraron una amplia heterogeneidad dentro de los métodos propuestos, ninguno de los cuales fue validado estadísticamente.

Rotundo et al. en el 2015 (31) validaron un método cuya finalidad tenía medir la estética de la sonrisa, a este se le denominó Índice de Estética de la Sonrisa. Se eligieron 10 componentes como determinantes para la estética de la sonrisa, entre ellos están: la línea de sonrisa, línea facial, alineación dentaria, discromía dentaria, deformidad dentaria, recesión gingival, exceso

gingival, discromía gingival, cicatrices gingivales, diastema y presencia de triángulos negros o ausencia de papila.

Así mismo otros autores buscaron más referencias científicas y consistentes para definir una sonrisa ideal, se ha investigado con ayuda de la imagen digital múltiples variables de la sonrisa; como el arco de la sonrisa, corredor bucal, cantidad de exposición gingival al sonreír, presencia de asimetría gingival e incisal, presencia de diastema anterosuperior, presencia de desplazamiento de la línea media y cambios en la proclivación axial, relación tamaño y simetría de los incisivos superiores entre otras variables (31).

1.1.8. Parámetros estéticos de la sonrisa

Se ha tratado de establecer algunos parámetros de referencia para determinar si el paciente presenta una sonrisa ideal o de lo contrario se encuentra alterada (32).

Posición del borde incisal de los incisivos centrales superiores. La posición vertical de los incisivos centrales superiores se encuentra estrechamente relacionado con la definición del arco de la sonrisa.

La posición de los incisivos se vuelve importante debido a que se consideran sonrisas juveniles cuando muestran más incisivos superiores, por ello en las recientes investigaciones recomiendan que los bordes incisales de los incisivos centrales superiores deben aparecer debajo de las puntas de los caninos creando así una sonrisa convexa o consonante, mientras que una sonrisa con incisivos centrales bajos o incisivos laterales muy altos, dan una apariencia desagradable de "sonrisa de conejo"(32).

Exposición gingival. La sonrisa gingival es reconocida por la Academia Estadounidense de Periodoncia (AAP) como como una deformidad y condición mucogingival caracterizada por enseñar en exceso la encía superior al sonreír, representando un problema estético para el paciente (33).

La percepción de una exhibición gingival excesiva está sujeta a preferencias culturales y étnicas. Las causas de la sonrisa gingival se encuentran en la extrusión dentoalveolar anterior, la presencia de un labio superior corto, exceso vertical maxilar, erupción pasiva alterada, sin embargo, la incidencia de esta condición disminuye de manera gradual con la edad se

presenta la caída del labios superior e inferior y a su vez conduce a una disminución de la exposición de los incisivos superiores y a un aumento de la exposición de los incisivos inferiores (31).

Según Tjan et al, (34) una exposición gingival no superior a 3,0 mm es aceptable, mientras que los valores superiores a 3,0 mm se consideran el límite máximo de exposición del tejido gingival, esto concuerda con otro autor, Hunt et al. describieron como atractivas aquellas sonrisas situadas entre un límite de -2 y 2 mm, y expresaron que el atractivo disminuye cuando la exposición gingival supera los -3 mm.

La percepción de una exhibición gingival excesiva está sujeta a preferencias culturales y étnicas, sin embargo, en la literatura se considera un factor que altera la estética, es por ello que genera gran impacto en las relaciones sociales y autoestima. La corrección de esta condición brinda una mejora estética y al mismo tiempo la confianza del paciente (34).

Triángulo negro entre los incisivos centrales superiores. La tronera gingival también conocida como triangulo negro, es un espacio triangular formado por la ausencia de la papila gingival interdental (35).

Este espacio puede ser causado por el estiramiento de fibras gingivales, perdida de inserción periodontal, distancia excesiva del hueso alveolar al contacto proximal, raíces muy divergentes, coronas de forma triangular, afectando altamente en la estética, además el espacio favorece la retención crónica de restos de comida y acumulo de placa dental.

En un estudio, para los ortodoncistas, la longitud aceptable de la tronera gingival abierta era de 2 mm mientras que en el estudio de Kokich et al, calificaron un triángulo negro de 2 mm como menos atractivo.

1.1.9. Clasificación de la sonrisa

Asimismo, varios investigadores están catalogando a las sonrisas en diversas clases. Los labios separados se deben a las contracciones musculares moderadas de los músculos superiores del labio, piezas y contornos gingivales (36).

Tijan categoriza la sonrisa en: (36)

Sonrisa Baja. Las líneas labiales superiores recubren segmentos cervicales de las piezas anteriores, exhibiendo hasta el 75% en su alto. Mayormente en los segmentos de estos sucesos no son visibles al sonreír ni los ápices de las papilas interdientarias.

Sonrisa Media. Las líneas labiales superiores exhiben los segmentos cervicales de las piezas delanteras. Del 75 % al 100% de alto, las papilas interdientarias.

Sonrisa Alta. Las líneas labiales superiores exhiben completamente las piezas anteriores y contornos de tejidos gingivales semejante o superior de 3 mm

Rubin (37) catalogó tres modos de sonrisas referentes a la trayectoria superior, depresivas y conjuntos musculares preponderantes implicados. Referente a que las sonrisas a niveles de las comisuras, los músculos zigomáticos mayores unen el labial superior como arco de cupido.

1.1.10. Componentes de la sonrisa

Si bien los estándares de belleza varían dependiendo de diversos factores, existen consensos en torno a que factores que influyen en una sonrisa ideal, estos se definieron a través de datos recopilados de conceptos artísticos de belleza, mediciones científicas, investigación dental, modelos de diagnóstico y pacientes de distintas partes del mundo.

Entre los componentes de la sonrisa están: (37).

Línea de los labios. Es el porcentaje expuesto de piezas verticales, en la sonrisa, en otros conceptos, es lo alto del labio superior con referencia a los incisivos centrales superiores. Cuantiosos analistas discrepan con las líneas labiales como exhibición gingival e incisiva superior donde los conceptos son utilizados para ponderar el armazón dentario o gingival que exhibe en la sonrisa y un incremento en la exhibición incisivo mandibular (37).

Arco de la sonrisa. Es la asociativa entre una probable curva trazada a los contornos en las piezas superiores delanteras y los bordes íntimos de labios inferiores en las sonrisas exhibidas. Al denominarse línea de sonrisa es apreciado como las curvas que atraviesan en los contornos incisales de los incisivos y caninos del maxilar, formando los arcos.

Curvatura de labio superior La curvatura labial superior es examinada en la postura céntrica del ángulo de boca en la sonrisa. Siendo superior cuando el ángulo de la boca es mayormente

elevado que las posiciones centrales, rectas cuando estas comisuras y los segmentos céntricos están al igual rango y mínima cuando las comisuras de la boca están mayormente mínimas que la postura céntrica

Simetría de la sonrisa. Los posicionamientos relativos de las esquinas de la boca en las superficies verticales pueden ser examinados por la similitud de las comisuras y las líneas pupilares. Investigaciones apreciaron discrepancia en las cantidades y trayectorias de movimientos entre los sectores derecho e izquierdo. Las extensas elevaciones difieren de labios superiores con sonrisa asimétrica teniendo referencia a la precariedad de tonalidad muscular en cada sector de la cara (38).

Plano de oclusión frontal. Simbolizado por líneas que atraviesa por la vertiente de los caninos derecha e izquierda. Los canteos transversos provocan erupciones discrepadas en piezas anteriores o asimetrías esqueléticas mandibulares. Teniendo al atendido presionando una lengua de hoja, o replica en los espejos en las áreas premolares transcurrida la evaluación clínica es un óptima trayectoria para apreciar los canteos asimétricos de las maxilas en superficial frontal.

Componente dental. Los seis constituyentes iniciales de la sonrisa aprecian la asociativa entre los piezas, labios, figura labiales y borde de tejidos blandos en la sonrisa. Los constituyentes dentarios de sonrisa añaden los tamaños, forma, matiz, alineación, y angulaciones de las coronas de las piezas (tip); línea media; y simetría del arco (38).

Forma gingival. Exterioriza una simbología simétrica de medio ovalo. Los incisivos centrales y caninos exteriorizan una manera gingival mayormente elíptica, de esta manera el cenit gingival se localiza hacia distal del eje longitudinal del diente.

Contorno y morfología gingival. Son constituyentes transcendentales en las piezas, definiendo el ámbito cervical dental, su apariencia y postura, definiendo las proporciones dentarias a las potencias adherentes, estabilidad y simetría de la sonrisa, existen dos bordes gingivales que se aprecian estéticos: patrón sinuoso: líneas imaginarias que van desde los contornos gingivales del incisivo central a márgenes gingivales del incisivo canino, situándose por abajo de márgenes gingivales de incisivos laterales; patrones rectos: las líneas imaginarias de los bordes gingivales del incisivo lateral, canino y central son rectos, siendo patrones

simétricos, mezclados o bilaterales, la quiebra de los dos patrones es apreciado desagradable y sin estética (39)

Tamaño y proporción coronaria. Las piezas definitivas prematuras antero superiores de sujetos blancos caucásicos ostentan para varones y féminas las proporciones ancho/alto de 0,81 restringiendo el canino en los varones se exhiben mayormente largo, definiendo para esta pieza las proporciones de 0,77 (ancho vs alto).

Línea media. Describe el interface de proximidad vertical entre dos incisivos centrales superiores. Si estas dos estructuraciones concuerdan y línea media es inapropiada, entonces la problemática es habitualmente inclinada a incisal, si la papila y el filtrum no concuerdan entonces la problemática es referido a desviación de la línea media.

Si esta línea no intercepta la papila es mayormente visible que una que no intercepta el filtrum. Las proporciones de los centrales debe ser estética y matemáticamente óptima. La asociativa entre ancho y largo debe ser alrededor de 4:5 (0,8 a 1, 0). Un intervalo de ancho de 75% a 80% de su largo es idóneo. La figura y ubicación de los centrales influyen y definen los aspectos y ubicaciones de laterales y caninos (39).

Contorno y anatomía vestibular. El borde labial exhibe exteriorizar tres facetas (gingival, medio e incisal). Esto requiere ser examinado desde una perspectiva lateral. El sesgo mayormente habitual de las rehabilitaciones delanteras es el sobre contorno del segmento incisal y por tanto hacen los perfiles de los incisivos mayormente rectos o excesivamente plana (39).

Troneras cervicales. La sombra de la cavidad bucodental no ostenta ser exteriorizado en el triángulo interproximal entre gingival y territorio de fricción.

Posición y forma gingival. El alto gingival de los centrales deberían ser simétrica. Incluyendo ser similar a la de los caninos. Es óptimo para laterales teniendo los mismos niveles gingivales, no obstante, la sonrisa producto puede ser extremadamente homogénea y es referido que los contornos gingivales se ubican mayormente hacia incisal a niveles de los laterales (39).

1.1.11. Proporción Dentaria Individual

Dentro de la concepción de Proporción estética individual puede evaluarse la longitud real de cada pieza dentaria en función de parámetros establecidos; por ejemplo, para juzgar como estético el tamaño dentario en el género femenino; en cuanto al sector anterosuperior; la amplitud de la corona del incisivo central debe ser un 83% de su altura, el ancho del incisivo lateral un 72% de su propia altura y un 88% de su altura para el canino. Para el género masculino los valores deben corresponder a un 80%, 69% y 72% de la altura para el incisivo central, lateral y canino respectivamente (40).

Los contornos gingivales enmarcan los dientes dando simetría y proporción dental, es generalmente considerado estético un contorno en el que los centrales y caninos se encuentran en una misma línea y los laterales se encuentran un milímetro más abajo, esto es llamado un patrón sinuoso; un patrón recto se conoce a la alineación de los contornos gingivales de los centrales, laterales y caninos en una misma línea.

Si por alguna circunstancia el contorno gingival del incisivo lateral está localizado apicalmente de una línea que pasa por los contornos gingivales de caninos e incisivos centrales, es totalmente inaceptable estéticamente.

El contorno gingival permite errores y discrepancias cuando el paciente presenta una sonrisa baja, porque no es visible, por otro lado, al presentar una sonrisa alta no se permitirán errores en la proporción dental y contornos gingivales (40).

Puntos de Contacto. Reforzando la idea de cohesión de las líneas de la cara, una línea que une los puntos de contacto de los dientes anterosuperiores sigue paralelismo con las líneas del rostro. Los puntos de contacto están localizados desde incisal a cervical, empezando en la zona media entre los dos incisivos centrales hacia los caninos (41).

Por otro lado, habla de un área de contacto que, es una superficie en la que los dientes dan la apariencia de que se están tocando, esta área no tiene más de 2 x 2 mm, y, de la misma manera que los puntos de contacto, entre los incisivos centrales se encuentra en el tercio incisal, entre el incisivo central, y, entre incisivo lateral y canino esta área se encuentra en el tercio cervical (41).

Troneras interdentes incisales: Se denomina así a los espacios formados entre los ángulos mesiodistales de los dientes, que permite la visualización de un fondo negro que

corresponde al fondo de la cavidad bucal, tienen la forma de una “V” invertida. Estos espacios tienden a disminuir con la edad debido al desgaste de los bordes incisales (42).

Si los dientes presentan ángulos incisales rectos, dan la apariencia de dientes más anchos; mientras que, si los ángulos son más redondeados, las troneras serán más anchas dando un aspecto más estrecho al diente.

Troneras interdentes gingivales: A partir del punto de contacto hacia la zona gingival existe la tronera cervical, que está, generalmente, cubierta por encía, específicamente, por las papilas interdentes; que, por motivos de mala higiene o problemas periodontales, pueden estar perdidas dando lugar a triángulos negros que son totalmente antiestéticos (43).

Al igual que en las troneras incisales, los dientes con menor angulación entre sus caras; es decir, más cuadrados, darán lugar a troneras más pequeñas; mientras que, dientes más triangulares tendrán, entre ellos, troneras más amplias, ⁽⁴⁵⁾ que es descrita como la característica más desfavorable estéticamente.

Inclinación Axial: Inclinación axial se define como inclinación del eje mayor dentario coronal con respecto a plano oclusal a partir de la línea media. Los dientes anteriores presentan una inclinación distal (La corona clínica se encuentra más medial con respecto al ápice dental) y esta inclinación aumenta desde los incisivos centrales hacia los caninos (44).

Cénit Gingival: Se conoce así al punto más apical del contorno gingival y de la corona clínica. Su posición está determinada por la anatomía radicular, la cresta ósea y la unión amelocementaria y está íntimamente relacionado a la inclinación axial de los dientes y en los centrales y caninos se encuentra dirigido hacia distal, mientras que en los incisivos laterales coincide con el eje mayor longitudinal del diente (44).

Corredor Bucal: Durante la apertura bucal, en una sonrisa, surge un espacio oscuro (Espacio negativo) entre la superficie externa de los dientes superiores y la comisura labial, que forman el corredor bucal.

Su apariencia es influenciada por el ancho de la sonrisa y el arco maxilar, el tono de los músculos faciales, el posicionamiento de las superficies vestibulares de los premolares

superiores, la prominencia de los caninos, particularmente en su ángulo distovestibular, cualquier discrepancia entre el valor o luminosidad de premolar (44)

1.1.12. Sonrisa Gingival

Es una condición clínica que presenta una alteración estética indeseable, en la que hay una exposición gingival de más de 2 – 3 mm en el maxilar superior durante la sonrisa. Esta situación repercute negativamente al individuo, causando incomodidad, perjudica la autoestima y las relaciones sociales, altera la espontaneidad de la expresión facial.

Una persona segura de sí misma sonreirá sintiéndose confiado en sí mismo manteniendo un perfil alto a comparación de persona retraída o con algún tipo de complejo, buscará inconscientemente mantenerse oculto y mantener un perfil bajo (45).

Etiología de la sonrisa gingival puede ser causada por diferentes factores como ser:

Inducido por medicamentos o placa dentobacteriana: En la cual es una condición en la que la cantidad de sustancia fundamental (ac. Hialurónico) aumenta por acción secundaria a medicamentos como la fenitoina, ciclosporina y los bloqueadores de los canales de calcio (46).

Alteración/retraso pasivo de la erupción: Es una condición que se considera una variación de lo normal en el cual la encía cubre totalmente la unión cemento esmalte (UCE) o migración apical del dentogingival, una vez la erupción activa termina, el surco gingival y el epitelio de unión están sobre el esmalte y la corona clínica corresponde aproximadamente a 2/3 de la corona anatómica, dando la apariencia de un diente más pequeño. Ocasiona una alteración en la posición del margen gingival (46).

Extrusión dentoalveolar anterior: La sobrerupción dental de los incisivos superiores es la posición más coronal de los órganos dentales.

Crecimiento vertical exagerado del hueso maxilar: Crecimiento del maxilar en sentido vertical (tercio medio de la cara) acompañado de un síndrome de cara larga y la sobrerupción de incisivos maxilares.

Los pacientes con exceso vertical maxilar tienen una muestra aumentada de encía, estos hallazgos clínicos llevan al diagnóstico de crecimiento vertical exagerado el cual es confirmado por una cefalometría (46).

Tiene varios grados de severidad dependiendo de la cantidad de exposición gingival al sonreír; grado I si la exposición de encías es de 2 a 4 mm, grado II si se expone de 4 a 8 mm de encía y grado III si se expone más de 8 mm de encía (47).

El labio superior corto: Disminución de longitud o con movilidad alterada con labio hipomóvil
Los valores medios de la longitud del labio superior en mujeres adultas jóvenes son de unos 22 – 24 mm y de 20 – 22 mm en varones adultos jóvenes. Estas medidas se determinan mediante mediciones realizadas desde la base de la nariz hasta el borde del labio superior (47).

Hiperactividad Muscular: Hiperfunción de los músculos elevadores del labio: Elevador del labio superior. Elevador común del ala de la nariz. Cigomático menor.

En el desplazamiento normal de los labios durante la sonrisa es de 6 a 8 mm y cuando hay hiperactividad se incrementa hasta el doble.

Hiperplasia gingival: Agrandamiento de la encía que puede ser por causa congénita (muy frecuente) o adquirida (cambios hormonales, gingivitis por acumulación de placa, enfermedad sistémicas, individuos epilépticos, cardiacos que usan carbamazepina, fenitoina, ciclosporina, anlodipino, nifedipina) (48).

1.1.13. Percepción de la estética de la Sonrisa

Durante la historia de la humanidad, (28) se ha pretendido clasificar, analizar, distinguir y objetivar los parámetros que la mayoría de los seres humanos consideran bellos a fin de poder reproducirlos. Meramente en el aspecto semántico, la palabra estética, refiriéndonos a sus raíces griegas, significa percepción y belleza, digno de ser contemplado.

La parte más importante del rostro de un individuo está caracterizada por la sonrisa que, en cierto modo, define el atractivo del rostro del individuo frente al resto de las personas. Es la sonrisa la que expresará sentimientos de emoción sensualidad, afecto y cortesía, revelando amabilidad y confianza en sí mismo.

Debido a la importancia de la sonrisa en la belleza, ha llevado al incremento de la importancia de la Odontología Estética que, actualmente, se basa en la búsqueda de una sonrisa agradable y satisfactoria que se puede resumir en dos principios: Dientes con proporciones armoniosas entre sí y los tejidos gingivales, además de una disposición dental correcta con los tejidos de la boca y las estructuras de la cara (29).

Por otro lado, al buscar parámetros que generalizan las características estéticas de la sonrisa, podría conllevar a vicios de composición, caracterizando el trabajo de un profesional por la misma forma, perspectiva o color; por lo que, como principio importante de la Odontología Estética, debe considerarse la individualización de cada caso.

La sonrisa no es un elemento aislado, es la composición armónica de varias variables que se unen para conformar una sonrisa bella. Se debe analizar desde la forma, tamaño e inclinación de los dientes, como la relación de éstos con las encías y la exposición de la envía al sonreír, la posición de los labios y la relación de todos los componentes en relación con el resto de la cara (30).

1.1.14. Escala visual análoga de percepción

Se ha aplicado extensamente para examinar sugerencias referentes a múltiples criterios de aspectos dento faciales: estética de perfil, preferibles para modificaciones dentarias y armonías de sonrisa en jóvenes que logran tratamientos ortodónticos.

EVA Escala visual análoga también es ejecutado para apreciar las distinciones estéticas faciales de referencia en vista del mismo individuo. EVA (Escala visual análoga) es una táctica habitual, simple, módico y sencilla técnica de elaboración de juicios de valor. Las facilidades de empleo, no obstante, no representa que estas escalas de categorización no observan restricciones (51).

El método EVA fue originario por Price para calcular los dolores. Constarán de líneas horizontales, donde los extremos izquierdos representaban sin padecimientos y extremo derecho, máximo padecimiento lógico por los examinadores. El atendido deben anotar un punto en la recta según los grados de padecimiento que sienten; radica en líneas rectas, acostumbrada de 10 cm de longitud, con referencias "sin padecimiento" y "padecimiento máximo" en cada extremo.

El atendido registra en la línea el grado de padecimiento que siente en referencia a su perceptiva individual, calculando los padecimientos en centímetros desde el puntaje cero (sin padecimiento). White, asemejo tres técnicas para examinar peculiaridades subjetivas y definió que la Escala Visual Analógica era mayormente exacta. EVA es aplicada para examinar las percepciones estéticas de sujetos, apreciando validez y confiabilidad (51).

EVA es actualmente de aplicación universal, siendo una táctica respectivamente sencilla, que abarca tiempo mínimo, aun cuando dispone de ciertos grados de entendimiento y apoyo por lado del atendido. Tiene óptima asociativa con las escalas descriptivas, buena sensibilidad y confiabilidad, es decir, es fácilmente reproducible (51).

La mayoría de labores aplican versiones de escalas referente a las normativas actuales, sobre todo la Escala de Calificación Numérica - 11, la escala de categorización verbal de hasta 7 categorías, y Escala Visual Analógica -100 mm, siendo esta última, mayormente aplicada.

1.2. Marco contextual

Se toma en cuenta un análisis macro situacional y micro situacional del lugar donde se realizó el presente estudio de investigación.

1.2.1. Análisis macro situacional

El análisis macro situacional comprende características del Municipio de Sucre, donde se realizó el proyecto de investigación.

El proyecto se realizó en la ciudad de Sucre, que está ubicada al sud oeste de la Republica y limita al este con las provincias de Zudáñez y Yamparáez, al oeste con el departamento de Potosí, al sur con la provincia de Yotala, al norte con el departamento de Cochabamba, se encuentra a una altitud de 2750 m.s.n.m (52).

Posee un clima templado en los valles del norte, centro y sudeste un clima cálido y en los chacos húmedo y seco situado en las zonas del noreste y este del departamento.

Los idiomas que se hablan en el Municipio de Sucre son: el castellano como lengua oficial y quechua en la ciudad y en algunas provincias. Existen varios grupos religiosos, pero predomina la religión católica sobre la apostólica y romana Economía.

La educación en este departamento es el más afectado por presentar índices elevados de analfabetismo con un 21 %. Las condiciones de salud en Sucre son muy desfavorables, es decir tienen un nivel de necesidad muy elevado con respecto a la satisfacción de sistemas de saneamiento básico también están muy bajos.

La sección municipal de sucre cuenta con trece cantones distribuidos en ocho distritos municipales de los cuales cinco corresponden a la ciudad de sucre y los otros tres distantes al área rural del municipio.

1.2.2. Análisis micro situacional

Para realizar el análisis micro situacional se toma en cuenta a los profesionales especialistas en rehabilitación oral y Odontólogos generales que trabajan en la ciudad de Sucre.

Dentro del municipio de Sucre, se cuenta con una serie de profesionales especialistas en rehabilitación oral que se encuentran trabajando tanto de forma particular como en instituciones públicas

La formación de estos profesionales se la realizó en las Universidades de Bolivia como del exterior del país.

1.2.3. La especialidad de la rehabilitación oral en la ciudad de Sucre

Uno de los problemas de la salud oral de mayor impacto negativo en el país es el referido a la rehabilitación oral, que en los últimos años manifiesta una tendencia a agudizarse, lo cual demanda en forma urgente tratamientos a veces de baja, media o alta complejidad que deben ser realizados por profesionales altamente calificados tanto en lo científico como en lo social.

Hoy en día la odontología estética proporciona beneficios que se extienden de la salud dental total hacia el bienestar completo a lo largo de la vida, debido a la alta demanda de tratamientos para mejorar la apariencia de la sonrisa, actualmente la Odontología estética en la ciudad de Sucre, juega un papel importante en la práctica clínica profesional diaria.

La especialidad en rehabilitación en la ciudad Sucre, cuenta con profesionales formados que trabajan en diferentes instituciones como de forma particular, aportando sus conocimientos en diferentes áreas de esta especialidad.

Debido a que la búsqueda de modalidades de tratamiento para mejorar la apariencia de la sonrisa ha ido en aumento, la odontología estética juega un papel importante en la práctica clínica profesional diaria en la ciudad de Sucre.

Se cuenta con una sociedad de rehabilitación oral en la ciudad de Sucre, ya que por diferentes motivos se pudo organizar para ser parte del colegio de odontólogos de la regional de Sucre. Aun considerando la situación descrita, se cuenta en la ciudad de Sucre, con profesionales titulados en rehabilitación oral los cuales salieron de diferentes universidades como es la

Universidad de San Francisco Xavier, la Universidad Andina Simón Bolívar u otras Universidades del interior y exterior del país.

Considerando, por una parte, que la sociedad actual y las nuevas tendencias de formación profesional se orientan a una organización en la que la actualización constante tiene un papel central porque se ha comprendido que el dominio del saber científico y tecnológico es uno de los principales motores de desarrollo y, por otra, reconociendo a la Universidad como fuente de producción, difusión y utilización de nuevo conocimiento, se la postula como responsable principal de educación continua y de calidad en postgraduados, jugando así un rol fundamental en el quehacer científico y académico.

El rol de la rehabilitación oral en la ciudad de Sucre, es muy significativa ya que la población ha ido tomando conciencia sobre la necesidad de realizarse tratamientos rehabilitadores con especialistas formados en el área, aspecto por el cual esta especialidad ha ido creciendo y aportando grandemente a solucionar los problemas de salud oral de la población de Sucre.

Esta especialidad es parte del colegio de odontólogo de Chuquisaca, se cuenta con un registro actualizado de los profesionales titulados con esta especialidad, pero haciendo un sondeo o un censo entre los profesionales odontólogos, se pudo observar que en los últimos años el número de especialistas en rehabilitación oral a creció en la ciudad de Sucre, los cuales realizan una serie de tratamientos rehabilitadores en coordinación con un sin número de profesionales protesistas dentales.

CAPÍTULO II DIAGNOSTICO

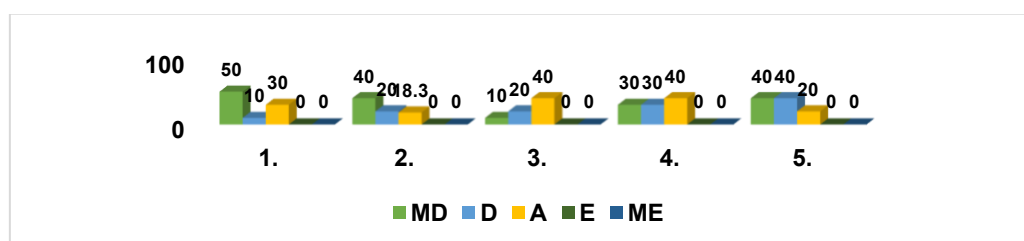
A continuación, se presenta los resultados sobre la percepción estética de la sonrisa, advertidos por los rehabilitadores orales y Odontólogos generales de la ciudad de Sucre.

Tabla 1. Percepción según parámetros estéticos de la sonrisa antes del alargamiento coronario, advertidos por rehabilitadores orales. Sucre. 2025

Nº	ÍTEMS	MD		D		A		E		ME		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1	Según la línea del labio	5	50.0	1	10.0	3	30.0	1	0.0	0	0.0	10	100
2	Según arco de la sonrisa	4	40.0	2	20.0	4	40.0	0	0.0	0	0.0	10	100
3	Según exposición gingival	1	10.0	2	20.0	4	40.0	3	0.0	0	0.0	10	100
4	Forma dentaria	3	30.0	3	30.0	4	40.0	0	0.0	0	0.0	10	100
5	Proporción dentaria general	4	40.0	4	40.0	2	20.0	0	0.0	0	0.0	10	100

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 1. Percepción según parámetros estéticos de la sonrisa antes del alargamiento coronario, advertidos por rehabilitadores orales. Sucre. 2025



Fuente: Elaboración Propia

Según la valoración de los parámetros de la estética de la sonrisa propuestos en el estudio se pudo observar que la percepción de la sonrisa antes del alargamiento coronario, advertidos por rehabilitadores orales es muy desagradable especialmente en parámetros como ser la línea del labio que constituye en el efecto de las piezas dentarias tomando en cuenta tamaños, forma, matiz, alineación, y angulaciones de las coronas de las piezas lo cual les parece no

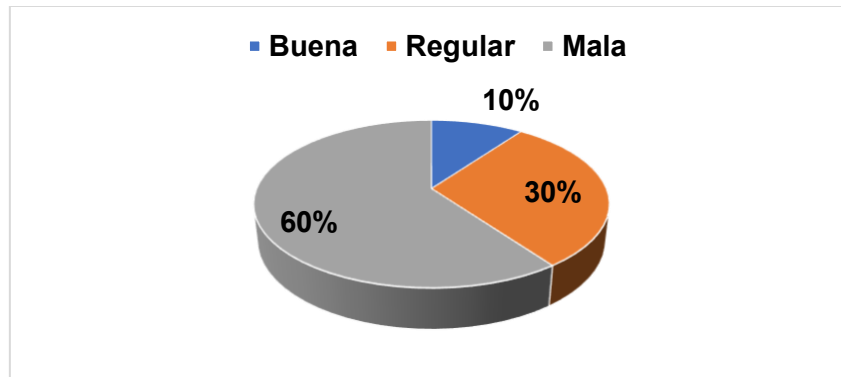
agradable y de igual manera en la proporción dentaria la cual está en desarmonía con otros componentes de la sonrisa.

Tabla 2. Percepción sobre la estética de la sonrisa antes del alargamiento coronario, advertidos por rehabilitadores orales. Sucre. 2025

Percepción	Frecuencia	Porcentaje
Buena	1	10.0%
Regular	3	30.0%
Mala	6	60.0%
Total	10	100,0%

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 2. Percepción sobre la estética de la sonrisa antes del alargamiento coronario, advertidos por rehabilitadores orales. Sucre. 2025



Fuente: Elaboración Propia

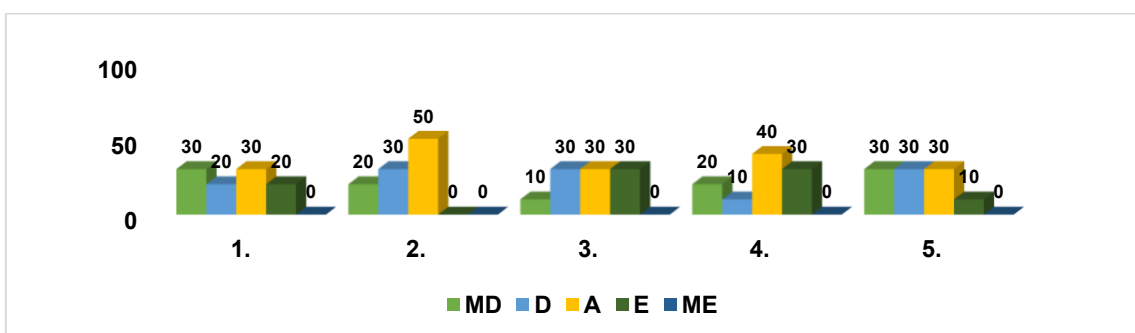
En el gráfico se observa la distribución de la Percepción sobre la estética de la sonrisa antes del alargamiento coronario, advertidos por rehabilitadores orales, donde en su mayoría tienen una percepción mala evaluando los cinco parámetros propuestos son muy pocos que tiene una percepción regular o buena antes del alargamiento coronario realizado a pacientes.

Tabla 3. Percepción según parámetros estéticos de la sonrisa antes del alargamiento coronario, advertidos por Odontólogos generales. Sucre. 2025

Nº	ÍTEMS	MD		D		A		E		ME		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1	Según la línea del labio	3	30.0	2	20.0	3	30.0	2	20.0	0	0.0	10	100
2	Según arco de la sonrisa	2	20.0	3	30.0	5	50.0	0	0.0	0	0.0	10	100
3	Según exposición gingival	1	10.0	3	30.0	3	30.0	3	30.0	0	0.0	10	100
4	Forma dentaria	2	20.0	1	10.0	4	40.0	3	30.0	0	0.0	10	100
5	Proporción dentaria general	3	30.0	3	30.0	3	30.0	1	10.0	0	0.0	10	100

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 3. Percepción según parámetros estéticos de la sonrisa antes del alargamiento coronario, advertidos por Odontólogos generales. Sucre. 2025



Fuente: Elaboración Propia

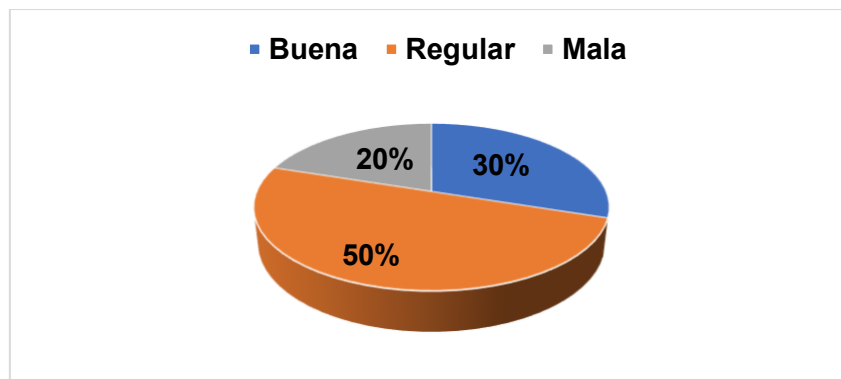
Según la valoración de los parámetros de la estética de la sonrisa propuestos en el estudio se pudo observar que la percepción de la sonrisa antes del alargamiento coronario, advertidos por Odontólogos generales, es desagradable o aceptante especialmente en parámetros como la exposición gingival o la forma de los dientes ya que perciben una condición clínica que presenta una alteración estética indeseable, en la que hay una exposición gingival de más en el maxilar superior durante la sonrisa.

Tabla 4. Percepción sobre la estética de la sonrisa antes del alargamiento coronario, advertidos por Odontólogos generales. Sucre. 2025

Percepción	Frecuencia	Porcentaje
Buena	3	30.0%
Regular	5	50.0%
Mala	2	20.0%
Total	10	100,0%

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 4. Percepción sobre la estética de la sonrisa antes del alargamiento coronario, advertidos por Odontólogos generales. Sucre. 2025



Fuente: Elaboración Propia

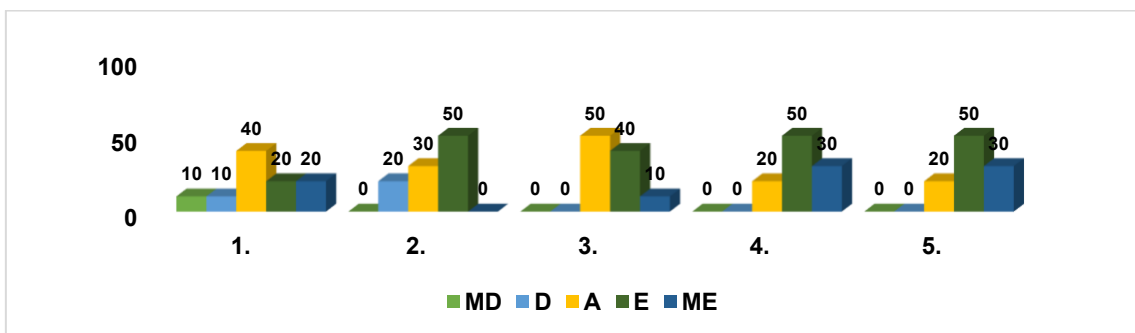
En el gráfico se observa la distribución de la Percepción sobre la estética de la sonrisa antes del alargamiento coronario, advertidos por Odontólogos generales, donde en su mayoría tienen una percepción regular, evaluando los cinco parámetros propuestos, son muy pocos que tienen una percepción buena o mala antes del alargamiento coronario realizado a pacientes.

Tabla 5. Percepción según parámetros estéticos de la sonrisa después del alargamiento coronario, advertidos por rehabilitadores orales. Sucre. 2025

Nº	ÍTEMS	MD		D		A		E		ME		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1	Según la línea del labio	1	10.0	1	10.0	4	40.0	2	20.0	2	20.0	10	100
2	Según arco de la sonrisa	0	0.0	2	20.0	3	30.0	5	50.0	0	0.0	10	100
3	Según exposición gingival	0	0.0	0	0.0	5	50.0	4	40.0	1	10.0	10	100
4	Forma dentaria	0	0.0	0	0.0	2	20.0	5	50.0	3	30.0	10	100
5	Proporción dentaria general	0	0.0	0	0.0	2	20.0	5	50.0	3	30.0	10	100

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 5. Percepción según parámetros estéticos de la sonrisa después del alargamiento coronario, advertidos por rehabilitadores orales. Sucre. 2025



Fuente: Elaboración Propia

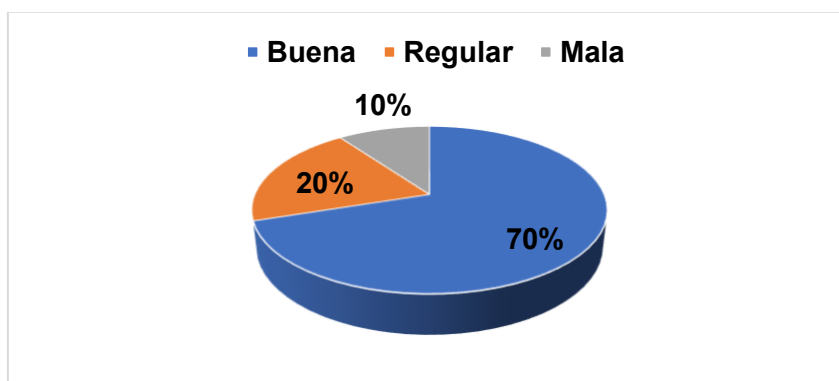
Según la valoración de los parámetros de la estética de la sonrisa propuestos en el estudio se pudo observar que la percepción de la sonrisa después del alargamiento coronario, advertidos por rehabilitadores orales, es aceptable o estética especialmente en parámetros como la el arco de la sonrisa o en parámetros como la forma de los dientes que en este caso están en armonía después del alargamiento coronario lo que aumenta la estética de la sonrisa en los pacientes tratados.

Tabla 6. Percepción sobre la estética de la sonrisa después del alargamiento coronario, advertidos por rehabilitadores orales. Sucre. 2025

Percepción	Frecuencia	Porcentaje
Buena	7	70.0%
Regular	2	20.0%
Mala	1	10.0%
Total	10	100,0%

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 6. Percepción sobre la estética de la sonrisa después del alargamiento coronario, advertidos por rehabilitadores orales. Sucre. 2025



Fuente: Elaboración Propia

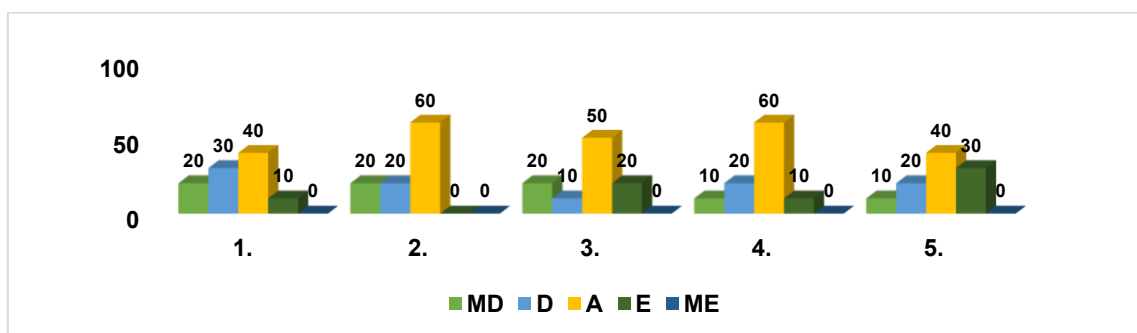
En el gráfico se observa la distribución de la Percepción sobre la estética de la sonrisa después del alargamiento coronario, advertidos por rehabilitadores orales, donde en su mayoría tienen una percepción Buena, evaluando los cinco parámetros propuestos, son muy pocos que tienen una percepción regular o mala ya que se evidencian cambios significativos después del alargamiento coronario realizado a pacientes.

Tabla 7. Percepción según parámetros estéticos de la sonrisa después del alargamiento coronario, advertidos por Odontólogos generales. Sucre. 2025

Nº	ÍTEMS	MD		D		A		E		ME		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1	Según la línea del labio	2	20.0	3	30.0	4	40.0	1	10.0	0	0.0	10	100
2	Según arco de la sonrisa	2	20.0	2	20.0	6	60.0	0	0.0	0	0.0	10	100
3	Según exposición gingival	2	20.0	1	10.0	5	50.0	2	20.0	0	0.0	10	100
4	Forma dentaria	1	10.0	2	20.0	6	60.0	1	10.0	0	0.0	10	100
5	Proporción dentaria general	1	10.0	2	20.0	4	40.0	3	30.0	0	0.0	10	100

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 7. Percepción según parámetros estéticos de la sonrisa después del alargamiento coronario, advertidos por Odontólogos generales. Sucre. 2025



Fuente: Elaboración Propia

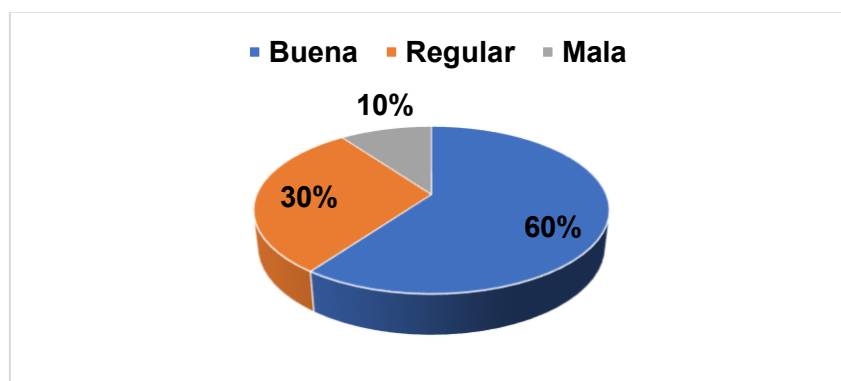
Según la valoración de los parámetros de la estética de la sonrisa propuestos en el estudio se pudo observar que la percepción de la sonrisa después del alargamiento coronario, advertidos por Odontólogos generales, es desagradable o aceptable o estética en algunos casos especialmente en parámetros como la exposición gingival o la proporción dentaria ya que con el alargamiento coronario se busca unificar el tamaño de las piezas dentarias que dan un aspecto estético agradable a la vista.

Tabla 8. Percepción sobre la estética de la sonrisa después del alargamiento coronario, advertidos por Odontólogos generales. Sucre. 2025

Percepción	Frecuencia	Porcentaje
Buena	6	60.0%
Regular	3	30.0%
Mala	1	10.0%
Total	10	100,0%

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 8. Percepción sobre la estética de la sonrisa después del alargamiento coronario, advertidos por Odontólogos generales. Sucre. 2025



Fuente: Elaboración Propia

En el gráfico se observa la distribución de la Percepción sobre la estética de la sonrisa después del alargamiento coronario, advertidos por Odontólogos generales, donde en su mayoría tienen una percepción Buena, evaluando los cinco parámetros propuestos, son muy pocos que tienen una percepción regular o mala ya que se evidencian cambios significativos después del alargamiento coronario realizado a pacientes.

Tabla 9. Comparación de la percepción estética antes y después del alargamiento coronario, de rehabilitadores orales. Sucre. 2025

Antes	Después			Total
	Buena	Regular	Mala	
Buena	1	0	0	1
	10,0%	0,0%	0,0%	10,0%
Regular	3	0	0	3
	30,0%	0,0%	0,0%	30,0%
Mala	3	2	1	6
	30,0%	20,0%	10,0%	60,0%
Total	7	2	1	10
	70,0%	20,0%	10,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Rehabilitadores orales	Después Antes
Z	-2,598 ^c
Sig. asintótica (bilateral)	,009

Tomando en cuenta la percepción estética antes y después del alargamiento coronario, de rehabilitadores orales, se puede observar que si existe diferencias significativas en la estética de la sonrisa según el estadístico de rangos de Wilcoxon. $p=0.009$ ya que los rehabilitadores orales que tenían antes una percepción mala sobre los parámetros de la sonrisa evaluados cambiaron su percepción a buena o regular después del alargamiento coronario estético.

Tabla 10. Comparación de la percepción estética antes y después del alargamiento coronario, de Odontólogos generales. Sucre. 2025

Antes	Después			Total
	Buena	Regular	Mala	
Buena	3	0	0	3
	30,0%	0,0%	0,0%	30,0%
Regular	3	2	0	5
	30,0%	20,0%	0,0%	50,0%
Mala	0	1	1	2
	0,0%	10,0%	10,0%	20,0%
Total	6	3	1	10
	60,0%	30,0%	10,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Odontólogos generales	Después Antes
Z	-2,000 ^c
Sig. asintótica (bilateral)	,046

Tomando en cuenta la percepción estética antes y después del alargamiento coronario, de Odontólogos generales, se puede observar que si existe diferencias significativas en la estética de la sonrisa según el estadístico de rangos de Wilcoxon. $p=0.046$ ya que los Odontólogos generales que tenían antes una percepción mala sobre los parámetros de la sonrisa evaluados cambiaron su percepción a buena o regular después del alargamiento coronario estético.

Tabla 11. Comparación de la percepción estética antes del alargamiento coronario, entre rehabilitadores orales y Odontólogos generales. Sucre. 2025

Antes del alargamiento coronario	Rehabilitadores orales		Odontólogos generales	
	Nº	%	N	%
Buena	1	10%	3	30%
Regular	3	30%	5	50%
Mala	6	60%	2	20%
TOTAL	10	100.0%	10	100.0%

Fuente: Elaboración propia

	Antes
U de Mann-Whitney	28,000
Sig. asintótica (bilateral)	,074

Comparando la percepción estética antes del alargamiento coronario, entre rehabilitadores orales y Odontólogos generales se puede observar según el estadístico de U de Mann Whitney cuyo valor es de $p=0.074$ que no existe diferencias significativas en la percepción estética de la sonrisa.

Tabla 12. Comparación de la percepción estética después del alargamiento coronario, entre rehabilitadores orales y Odontólogos generales. Sucre. 2025

Después del alargamiento coronario	Rehabilitadores orales		Odontólogos generales	
	Nº	%	N	%
Buena	7	70%	6	60%
Regular	2	20%	3	30%
Mala	1	10%	1	10%
TOTAL	10	100.0%	10	100.0%

Fuente: Elaboración propia

	Después
U de Mann-Whitney	45,500
Sig. asintótica (bilateral)	,687

Comparando la percepción estética después del alargamiento coronario, entre rehabilitadores orales y Odontólogos generales se puede observar según el estadístico de U de Mann Whitney cuyo valor es de $p=0.687$ que no existe diferencias significativas en la percepción estética de la sonrisa.

Análisis e interpretación de los resultados

Durante la revisión de artículos y documentos relacionados con el tema, se pudo advertir que la estética es un aspecto fundamental dentro de la rehabilitación oral, especialmente de pacientes jóvenes, que a pesar de su edad exigen que los tratamientos instaurados les brinden una estética satisfactoria, lo cual tiene que ser uno de los objetivos del tratamiento más importantes a considerar.

Los parámetros estéticos de la sonrisa constituyen una guía clínica para el abordaje de los problemas más frecuentes de la zona anterior con énfasis en los aspectos morfológicos; sin embargo, la percepción de los mismos difiere según los distintos evaluadores; por ello, se realizó este estudio, comparando la percepción entre los profesionales especialistas y Odontólogos generales en su medio o realidad local.

Para realizarlo, se minimizó la influencia de otras variables de la cara como: La nariz, los ojos, el cabello, las mejillas y el mentón, recortando las fotografías de manera que sólo pueda ser enfocada la sonrisa: Labios, tejido blando periodontal y dientes, puesto que las personas suelen ser más críticas con la estética de la sonrisa de esta manera que si fuese en una vista total de la cara sonriente.

Se realizó el alargamiento coronario que es especialmente útil en casos de sonrisa gingival, donde una cantidad excesiva de encía es visible al sonreír, o cuando se necesita exponer más diente para realizar otros tratamientos dentales es así que se llevó a cabo el estudio sobre las variables macro estéticas de la sonrisa; donde la encía y las dimensiones de los dientes son muy importantes para obtener una sonrisa agradable.

Percepción según parámetros estéticos de la sonrisa antes del alargamiento coronario, advertidos por rehabilitadores orales se pudo observar que no tuvieron una buena percepción, ya que argumentaron algunos aspectos referidos al arco de la sonrisa y especialmente a la forma de los dientes, al igual que los Odontólogos generales, los cuales de igual forma tuvieron una percepción mucho más desagradable que los especialistas en rehabilitación oral sobre los parámetros de la sonrisa.

Después del alargamiento coronario se pudo observar que la percepción cambio tanto en especialistas como en Odontólogo generales, ya que tubo cambios significativos que fueron advertidos comparando antes y después del alargamiento coronario de rehabilitadores orales y odontólogos.

Donde no se observó cambios significativos fue en la percepción al comparar el antes entre rehabilitadores orales y Odontólogos generales y el después del alargamiento coronario ya que, si bien existió cambios en la percepción, estos no fueron significativos estadísticamente.

Estos resultados se los puede comparar con los publicados por Bofill Fontboté et al. (8), en su trabajo: Percepción de parámetros estéticos de la sonrisa en Odontólogos, estudiantes de odontología y pacientes de la Universidad Mayor de Santiago, Chile.

Dentro de los resultados se estableció que un 80% de los Odontólogos y estudiantes consideran más atractivo un contorno gingival simétrico, un 73% de los pacientes consideran más atractivo hasta 1 mm de discrepancia del contorno gingival. Con respecto a la Línea labial A, tanto Odontólogos (67%) como estudiantes (77%) encontraron más atractiva una sonrisa con 2 mm de exposición gingival, 67% de los pacientes optaron 1 mm de exposición gingival.

Se pude decir que el contorno gingival es un parámetro sensible al momento de evaluar la estética de la sonrisa, lo cual se asemeja a los resultados del presente estudio, ya que, al realizar el alargamiento coronario, se observa un mayor contorno simétrico de las encías y sobre todo una simetría en la forma de los dientes, lo cual da una apariencia estética a los pacientes.

Comparando con otro estudio como por ejemplo el publicado por Abadía Miranda MA, Lugo-Varillas JG, Albites Achata ÚMD. (9), Titulado: Percepción estética de la sonrisa según la exposición gingival en estudiantes universitarios de Lima, Perú.

Se observa que los estudiantes universitarios percibieron la sonrisa con 0,5 mm de exposición gingival como más atractiva y la sonrisa con 2,5 mm de exposición gingival como poco atractiva. Se llego a la conclusión que los estudiantes universitarios de odontología y otras carreras tuvieron la misma percepción de la sonrisa con relación a la exposición gingival, percibieron atractiva la sonrisa con 0,5 mm de exposición gingival y poco atractiva la que tiene 2,5 mm.

En definitiva, se puede decir que el componente gingival es muy importante a la hora de hablar de estética, donde el alargamiento coronario es una opción viable para conseguir simetría en los componentes de la sonrisa.

Se puede concluir estableciendo que, respecto a la apreciación de los parámetros estéticos de la sonrisa, entre Rehabilitadores orales y Odontólogos generales no existe diferencias en la percepción de ambos evaluadores. Los resultados dieron valores más altos en rehabilitadores orales en los parámetros de exposición gingival, arco de la sonrisa, lo que determina que los Rehabilitadores tienen una percepción más crítica en todos ellos.

CAPITULO III PROPUESTA

3.1. Título del proyecto:

GUÍA DE PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS PARA EL ALARGAMIENTO CORONARIO CON FINES ESTÉTICOS DIRIGIDO A ESPECIALISTAS EN REHABILITACIÓN ORAL DE LA CIUDAD DE SUCRE

3.2. Justificación

Las guías clínicas son instrumentos que estandarizan la atención Odontológica, mejorando la calidad y seguridad del paciente, así como la eficiencia del profesional especialista. Permiten unificar criterios, experiencias y facilitar la toma de decisiones en la práctica clínica, lo que se traduce en una mejor gestión de los recursos y una mayor satisfacción del paciente.

El método clínico es fundamento de la práctica Odontológica, por lo que no se extingue, sino que se enriquece con nuevas herramientas que auxilian al proveedor de salud en la toma de decisiones. El surgimiento de estas no puede verse como elemento externo o ajeno, al margen del método clínico, para sustituirlo. La visión correcta sería considerarlo en vínculo estrecho con su propio desarrollo y formando parte de él. Así, toda la praxis Odontológica debe partir del método clínico para que se constituya ciencia clínica.

En este entendido uno de los procedimientos realizados con mayor frecuencia para el restablecimiento de la estética en la zona antero superior es el alargamiento de corona, el cual está indicado ante la presencia de una longitud insuficiente de la corona clínica de un diente, cuando existe caries o fracturas subgingivales y para la mejora de la estética en pacientes con margen gingival desigual.

En estética se efectúa cuando la línea de la encía es irregular o demasiado baja, de modo que los dientes parecen de diferente tamaño o muy pequeños. Con el alargamiento de la corona se puede obtener un contorno de la encía homogéneo para todas las piezas dentales y definir lo que se considera una sonrisa perfecta.

Un diagnóstico correcto de las causas asociadas a la sonrisa gingival, así como una valoración de las características clínicas y dimensiones anatómicas, son de fundamental importancia antes de abordar al paciente, para determinar y orientar decisiones respecto a las posibilidades de tratamiento y pronóstico de los casos

Es en este sentido que en el contexto donde se realizó el estudio no se cuenta con instrumentos que ayuden a la toma de decisiones cuando los especialistas en rehabilitación oral realizan este tipo de tratamientos estéticos, como son el alargamiento coronario, pero independientemente de los formatos empleados en la elaboración de estas guías, que pudieran hacer más o menos factible su uso, y de su calidad en los contenidos, las dificultades mayores radican en su implementación por parte de los profesionales.

La presente guía clínica permitirá sintetizar y sistematizar la evidencia investigativa reciente, estandarizar la práctica, facilitar la toma de decisiones y su carácter flexible posibilita la libertad de los especialistas en rehabilitación oral con respecto al manejo correcto de los pacientes cuando se tiene que desarrollar procedimientos quirúrgicos como es el alargamiento coronario estético. Estos documentos tienen una importancia rectora en el proceso clínico actual, por lo que se recomienda su potenciación como estrategia en la atención de la especialidad en rehabilitación oral.

3.3. Objetivos

3.3.1. Objetivo general

Fortalecer los procedimientos clínicos referidos al alargamiento coronario estético, que realizan los especialistas en rehabilitación oral de la ciudad de Sucre.

3.3.2. Objetivos específicos

- Describir las características y particularidades de los procedimientos clínicos referidos al alargamiento coronario estético.
- Establecer orientaciones clínicas para el desarrollo de tratamientos estéticos mediante procedimientos de alargamiento coronario.

- Describir procedimientos de análisis de la estética de la sonrisa antes y después de procedimientos de alargamiento coronario.

3.3.3. Metas del proyecto

- Difusión y socialización de la guía en el 60% de los especialistas en rehabilitación oral de la ciudad de Sucre.
- Fortalecer los conocimientos sobre los procedimientos clínicos referidos al alargamiento coronario estético en el 60% de especialista en rehabilitación oral de la ciudad de Sucre.

3.4. Localización y población beneficiaria del proyecto

Población beneficiaria

Beneficiarios directos:

Odontólogos especialistas en rehabilitación oral y estética de la ciudad de Sucre.

Beneficiarios indirectos:

Una de las metas de muchos pacientes es conseguir una sonrisa perfecta y se puede conseguir con ayuda de procedimientos clínicos como es el alargamiento clínico de corona, y puede caracterizarse como estético o funcional, es por este motivo que los beneficiarios indirectos serán los pacientes que recurren a las clínicas privadas solicitando el tratamiento estético, donde se tienen que realizar el alargamiento clínico de corona como un técnica complementaria para la satisfacción de los pacientes.

Análisis de localización del proyecto

Macro localización

El diseño y elaboración de la guía se llevará a cabo en la ciudad de Sucre- Bolivia.

Micro localización

Especialistas en Rehabilitación oral o estética de la ciudad de Sucre.

3.5. Relevancia e impacto del proyecto

Tamaño y dimensiones del proyecto:

Varios factores deben ser evaluados en la planificación estética para optimizar la sonrisa, con la inclusión del aumento clínico de coronas, destacando la calidad del fenotipo periodontal delgado o grueso, la gama adecuada de tejido queratinizado y la dimensión del espacio biológico.

En este sentido esta aproximación de una guía clínica para fortalecer los procedimientos clínicos referidos al alargamiento coronario estético, que realizan los especialistas en rehabilitación oral de la ciudad de Sucre, es un instrumento básico que intenta abordar la mejora de la calidad en la práctica clínica, poniendo a disposición de las profesionales herramientas adecuadas que faciliten la toma de decisiones clínicas.

La necesidad de tener una guía de procedimientos clínicos para el alargamiento coronario con fines estéticos, elaboradas y basadas en las evidencias clínicas actuales, permitirán que la información científica justifique una excelente práctica y facilite las mejores decisiones diagnósticas y terapéuticas en condiciones clínicas específicas, que beneficien a los pacientes.

La presente guía será el resultado de una tarea de revisión, análisis y consenso de autores con experiencia en este ámbito de la producción científica. Para el logro extraordinario de la elaboración se tomará en cuenta las necesidades y los resultados de la presente investigación aportando un documento práctico y didáctico para realizar procedimientos clínicos de alargamiento coronario con fines estéticos,

La elaboración de una guía de procedimientos clínicos, esta desarrollada con el esfuerzo de los especialistas en rehabilitación oral y estética, en la búsqueda de acuerdos y en la coordinación, para tener como resultado un documento que brinde una metodología de referencia para la elaboración de procedimientos clínicos para el alargamiento coronario con fines estéticos.

Sin duda será un sendero necesario que aportará consistencia al resto de las estrategias de mejoras en la práctica clínica. Una estrategia que al final contará con un número suficiente de

orientaciones elaboradas con metodología adecuada y que a mediano plazo se pueda contar con una Bibliografía con la mejor evidencia actual.

3.6. Desarrollo de la guía de procedimientos clínicos para el alargamiento coronario con fines estéticos dirigido a especialistas en rehabilitación oral de la ciudad de Sucre

El desarrolló se lo realizara considerando:

- **Características y particularidades de los procedimientos clínicos referidos al alargamiento coronario estético.**
- **Orientaciones clínicas para el desarrollo de tratamientos estéticos mediante procedimientos de alargamiento coronario.**
- **Procedimientos de análisis de la estética de la sonrisa antes y después de procedimientos de alargamiento coronario.**

INTRODUCCIÓN

La estética es de gran importancia en todos los procedimientos Odontológicos que realizamos; en la actualidad los pacientes tienen altas expectativas estéticas, por lo que se ha convertido en un factor de gran importancia al realizar nuestros tratamientos, sin descuidar el reestablecer la función.

La Odontología tiende cada vez más hacia la prevención y terapéuticas conservadoras de las estructuras dentarias con el objetivo de aumentar la longevidad de las piezas dentales. Por tanto, surgen diversas técnicas o procedimientos quirúrgicos que contribuyen para que esto sea posible. Se puede decir que el motivo de consulta estético ha aumentado notablemente a lo largo del tiempo, lo cual exige incorporar en el arsenal odontológico terapias con un fin puramente estético.

El alargamiento de corona es un procedimiento quirúrgico que consistente en eliminar encía y hueso para crear una corona clínica más larga y desplazar en sentido apical el margen gingival y así solucionar el problema de las llamadas coronas clínicas cortas sin alterar el espacio biológico de inserción.

El principal objetivo del alargamiento coronario es conseguir una mayor exposición de la estructura de un diente, a través del re contorneado de encías, mediante una correcta y planificada cirugía oral.

Con la presente guía se pretende hacer un recorrido cualitativo respecto a la información disponible acerca del alargamiento coronario desde la definición, sus implicaciones, ventajas, técnicas y demás información relevante con fines estéticos.

Características y particularidades de los procedimientos clínicos referidos al alargamiento coronario estético

Varias situaciones clínicas pueden requerir el alargamiento de la corona dental (como línea de sonrisa irregular, sonrisa gingival. Independientemente del propósito estético, la técnica convencional de alargamiento coronario estético, implica incisión con bisturí, elevación del colgajo y remodelación ósea por quemaduras, con o sin gingivectomía adyuvante, esta última relacionada esencialmente con el biotipo gingival.

A pesar del excelente resultado clínico, la técnica quirúrgica convencional puede ser más invasiva dependiendo de la gravedad de la situación clínica, así como del estado de salud general del paciente.

El alargamiento coronario estético es un tipo de cirugía plástica periodontal, que consiste en la exposición íntegra de la corona clínica (corona del diente visible). Al exponer el diente en su totalidad, el paciente puede lucir desde el primer día una amplia sonrisa blanca sin exceso de tejido (mucha exposición de encía).

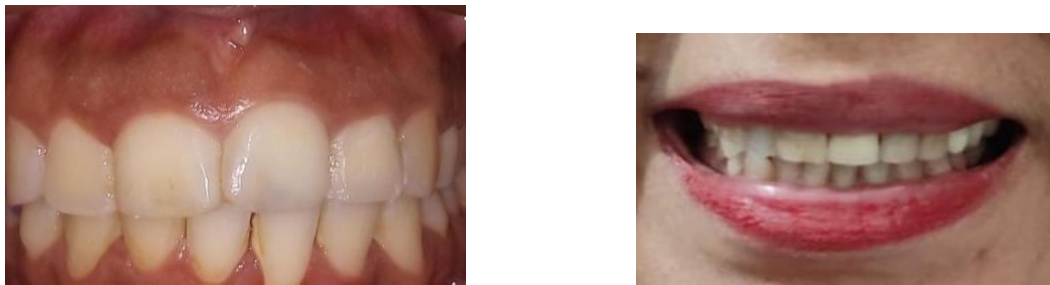
Es una cirugía estética de resultados inmediatos donde mediante una pequeña intervención, se deja expuesta toda la superficie dentaria “escondida” bajo la encía.

Las causas estéticas más comunes por las que se requiere de esta intervención son:

- **Exceso de tejido:** Cuando existe una desproporción entre tejido y cantidad de diente expuesto en sonrisa, puede ocurrir por causas genéticas, hiperplasias por acumulo de placa bacteriana o por medicamentos.
- **Corona dental corta:** En casos en los que se vaya a rehabilitar con corona o carillas y el diente es genéticamente pequeño o corto. o bien está excesivamente desgastado.

- **Erupción pasiva alterada:** Fallo en la migración del tejido hacia apical (arriba), una vez erupcionado la pieza.
- **Pacientes que poseen línea labial alta:** Que quiere decir que exponen gran cantidad de encía debido a poseer corona clínicas pequeñas.
- **Perdida estructural de un diente:** Debido a fracturas, desgastes oclusales y caries, por ende, debemos evaluar la cantidad de tejido dentario sano supracrestal y donde vamos a situar el margen de nuestra futura restauración sin invadir el espacio biológico.
- **Corregir la sonrisa gingival:** periodontales en casos de hipertrofia gingival caries, reabsorciones, perforaciones o fracturas subgingivales.

Figura 1. Corona dental corta y línea labial baja



Fuente. Propia

El objetivo principal del alargamiento coronario estético es mejorar la apariencia de la sonrisa al exponer más superficie de los dientes, lo que se traduce en una línea gingival más uniforme y estética. También puede ayudar a corregir dientes cortos, mejorar el acceso a restauraciones subgingivales y facilitar la colocación de coronas dentales.

Objetivos del alargamiento coronario estético

El alargamiento coronario estético busca:

- **Mejorar la estética:** Al exponer más superficie del diente, se logra una sonrisa más armoniosa y atractiva.
- **Corregir dientes cortos:** Se pueden extender dientes que parecen demasiado pequeños o que están cubiertos por encía.
- **Facilitar la restauración:** Se crea espacio para la colocación de restauraciones dentales, como coronas, sin invadir el espacio biológico.

- **Aumentar la altura clínica de la corona:** Permite que la corona dental sea más visible y funcional.
- **Acceder a lesiones subgingivales:** Permite tratar caries o perforaciones que se encuentran debajo de la encía.
- **Reforzar la retención de restauraciones:** La exposición de más tejido dental sano mejora la retención de las restauraciones.

Figura 2. Altura clínica de las coronas



Fuente. Propia

En resumen, el alargamiento coronario estético es un procedimiento quirúrgico que tiene como objetivo mejorar la estética, la funcionalidad y la salud de los dientes y encías, utilizando técnicas para aumentar la exposición de la corona dental.

Orientaciones clínicas para el desarrollo de tratamientos estéticos mediante procedimientos de alargamiento coronario.

- El alargamiento estético de la corona se basa en la integración armoniosa de los componentes faciales, dentales y periodontales.
- La selección de técnicas quirúrgicas para el alargamiento clínico de la corona depende del diagnóstico.
- El mantenimiento de la inserción del tejido supracrestal y de la encía queratinizada son requisitos biológicos esenciales para obtener resultados clínicos exitosos.

La sonrisa del paciente puede mejorarse mediante la manipulación del contorno gingival. Al considerar un procedimiento de alargamiento de corona, el clínico debe abordar las siguientes preguntas:

¿Se puede mantener el ancho biológico?

¿Se conservará la encía adherida?

¿Se puede evitar la apertura e invasión de furcaciones?

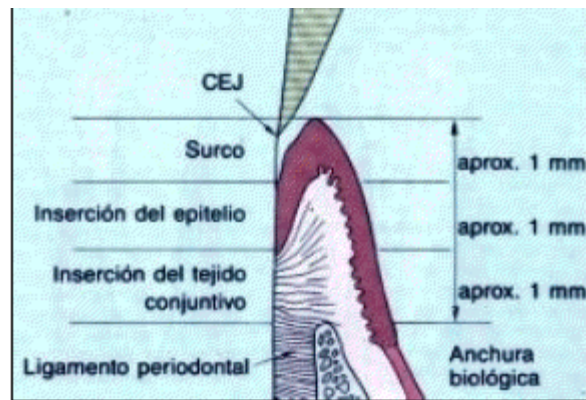
¿Es restaurable el diente?

¿Habrá pérdida de soporte en el diente adyacente?

Muchos investigadores han propuesto considerar un factor importante para realizar esta técnica como es las dimensiones del ancho biológico que está compuesto por el espacio biológico, que corresponde al surco gingival.

Mide en promedio 0,97 mm, el espesor biológico (el cual está compuesto por el tejido conectivo que mide 1,07 mm en promedio) y el epitelio de unión (que mide 0,97 mm y tiene una mayor longitud en niños que en adultos y su inserción conectiva es la menos variable)

Figura 3. Espacio biológico



Fuente: Blanco O, Solorzano A. Estética en Odontología

Los factores que se deben considerar a la hora de realizar una cirugía de alargamiento coronal incluyen:

- ***Estética***
- ***Importancia del diente pilar en la boca***
- ***Tipo de diente***
- ***Cantidad de hueso remanente***
- ***Longitud y ancho radicular.***
- ***Proporción corona-raíz***
- ***Plan de tratamiento protésico***
- ***Presencia de furcación o de enfermedad periodontal activa.***

Se han descrito numerosas técnicas quirúrgicas que se utilizan de acuerdo con las necesidades de cada caso clínico, entre las cuales se encuentran la gingivectomía, la gingivoplastia, el colgajo de posicionamiento apical, los procedimientos de cuña en los cuales es comúnmente necesario realizar osteotomía y la extrusión forzada (lenta o rápida).

Consideraciones clínicas para el Alargamiento por razones estéticas

La combinación de una corona clínica corta con la línea de sonrisa alta produce una excesiva cantidad de encía expuesta cuando el paciente habla o sonríe, denominándola sonrisa gingival; y pudiendo desencadenar grandes problemas estéticos, ya que, la relación entre la apariencia física y la autoestima del individuo depende en gran medida de la cara, siendo los dientes uno de sus principales focos de atractivo.

La sonrisa gingival se realiza en función de la relación entre el margen cervical del incisivo central superior y el borde del labio superior, dividiéndose en tres tipos diferentes.

El primero, denominado “sonrisa baja” se produce cuando el paciente enseña menos de un 75% de la corona clínica de los dientes anterosuperiores.

El segundo tipo, la “sonrisa media”, se enseña entre el 75 y el 100% de la corona de los incisivos centrales superiores.

El tercer caso que se podría presentar es la “sonrisa alta”, en la que el paciente enseña el total de la longitud de la corona de los dientes anteriores maxilares, y la banda contigua de encía.

Figura 4. Tipos de sonrisa



Fuente. Propia

Existen diversos métodos para obtener una mayor exposición de la corona clínica, que pueden ser agrupados en dos grandes grupos:

- Métodos quirúrgicos, como son el alargamiento coronario quirúrgico y la extrusión quirúrgica.

- Métodos no quirúrgicos, como la extrusión ortodóncica.

Alargamiento coronario quirúrgico estético

Antes de realizar esta técnica, se debe valorar determinados factores anatómicos y recordar las dimensiones, antes mencionadas, sobre la anchura biológica compatible con un óptimo estado periodontal.

- ***La proporción corono-radicular que se alcanzará al final del tratamiento.***
- ***La forma de la raíz, ya que hacia apical se hacen más cónicas, dificultando la futura restauración.***
- ***El nivel gingival y cercanía de los dientes adyacentes, debido a la posible afectación de estos La longitud del tronco radicular.***
- ***Presencia o no de furcación, ya que en conos cortos habría más posibilidad de exposición de la furca radicular, empeorando el pronóstico dental***
- ***La situación del seno maxilar***
- ***La profundidad vestibular***
- ***La posición de la rama mandibular y reborde oblicuo externo***
- ***La cantidad de tejido queratinizado disponible, sobre todo a nivel de molares mandibulares en la superficie distal***
- ***El espesor del periostio.***

Procedimiento quirúrgico

En general, el procedimiento quirúrgico se realiza de la siguiente manera:

Figura 5. Procedimiento quirúrgico



Fuente. Propia

- **Anestesia:** en todos los casos se utiliza anestesia local con lidocaína al 2 % y epinefrina.
- **Incisiones y colgajos:** se efectúa una incisión a bisel interno, por las zonas vestibular y lingual; una incisión intracrevicular, con la que se retira el collar gingival, y una incisión interdental, con la que se remueve la encía de la papila interdental
- Luego se eleva un colgajo mucoperióstico por las zonas vestibular y lingual. En casos donde la banda de encía queratinizada es poca o ausente, se realiza una incisión intracrevicular con colgajo posicionado apical.
- **Preparación dental:** el rehabilitador hace la preparación dental definitiva, comúnmente con terminación en chaflán (chanfer), dejando un remanente mínimo de muñón de 5 mm.
- **Osteotomía:** se realiza dejando la cresta ósea de 3 a 4,5 mm del margen de la preparación dental definitiva, para lograr así un efecto ferrule.
- **Finalización de la cirugía:** se termina con el alisado radicular para eliminar posibles rugosidades producto de la preparación dental.
- **Suturas:** se finaliza con técnica de sutura simple con colgajo posicionado apical.
- **Instrucciones posquirúrgicas:** Se receta Ibuprofeno de 400 Mg. Tabletas cada 8 hrs. en caso de dolor. Llevar una dieta blanda el día de la cirugía. Se indica una buena higiene bucal con cepillo suave y evitar los colutorios durante las primeras 24 horas. Se recomendó no fumar durante las primeras 48 horas. Aplicación de hielo en sitio de la intervención durante las primeras 24 horas.

Instrumental

- Espejo bucal
- Sonda periodontal
- Bisturí
- Elevador de perióstico
- Curetas
- Pinzas de curación
- Tijeras Golman fox
- Tijeras para sutura
- Porta agujas
- Fresas de bola No. 3
- Jeringa carpule

- Jeringa hipodérmica
- Cánulas para aspiración
- Solución fisiológica de cloruro de sodio.

Procedimientos de análisis de la estética de la sonrisa antes y después de procedimientos de alargamiento coronario

- En la mayoría de los pacientes, el borde inferior del labio superior asume un perfil de "ala de gaviota " que limita la cantidad de encía que se expone cuando una persona sonrío.
- Los pacientes que tienen una línea labial alta exponen una amplia zona de tejido gingival y con frecuencia pueden expresar su preocupación acerca de su "sonrisa gingival" la forma y la posición de los labios al hablar o al sonreír no puede ser cambiado fácilmente, pero el especialista en rehabilitación oral, en caso necesario, puede modificar o controlar la forma de los dientes y las papilas interdentes, así como la posición de los márgenes gingivales y de los rebordes incisales de los dientes.
- Se debe hacer un análisis cuidadoso de las estructuras dento faciales y como afectan estéticamente.

Figura 6. Análisis de la sonrisa



Fuente: Propia

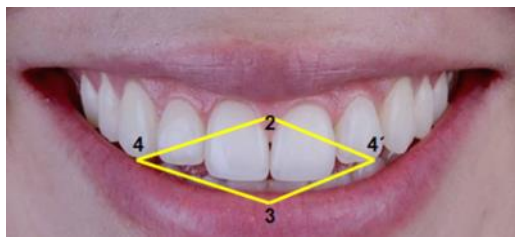
Esto debe incluir las siguientes características:

- Simetría facial.
- Línea interpupilar.
- Línea de la sonrisa.
- La línea media dental en relación con la línea medial facial.
- Exposición de encía al hablar, al sonreír y estando relajada.
- La armonía de los márgenes gingivales.

- La ubicación de los márgenes gingivales.
- Tamaño, proporción y armonía de los dientes.
- Plano incisal / oclusal.

Simetría de la Sonrisa: Es una relación entre la proporción de la sonrisa izquierda y derecha. Para calcular la simetría se suman las distancias de 2 – 4 y de 3 – 4, obteniendo un valor numérico, de la misma manera sumamos las distancias de 2 – 4' y 3 – 4', obteniendo un segundo valor numérico y finalmente dividimos estos dos valores entre sí. El resultado debe ser lo más cercano al 1, puesto que Hulsey demostró que una sonrisa no simétrica no es considerada estética, sólo las sonrisas simétricas se encuentran con las puntuaciones más altas de belleza.

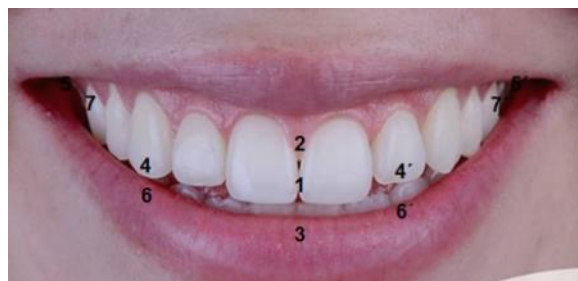
Figura 7. Simetría de la sonrisa



Fuente: Factors affecting smile esthetics Hsin-Chung Cheng

Para realizar un análisis estético de la sonrisa, deben evaluarse todos los criterios expuestos anteriormente y determinar cuáles serán los parámetros estéticos que se deben tomar en cuenta. Para ello, se realiza la unificación de estos criterios, y se demarcarán ciertos puntos.

Figura 8. Puntos para el análisis de la sonrisa



Fuente: Factors affecting smile esthetics Hsin-Chung Che

PUNTOS DE MARCACIÓN

1	Entre los incisivos centrales
2	En la curvatura del labio superior
3	En la curvatura del labio inferior
4, 4´	A cada lado de la línea media
5, 5´	En la intersección del eje mayor del incisivo lateral con su borde incisal y en las partes más internas de las comisuras labiales
6, 6´	En la curvatura del labio inferior que se encuentran justo debajo de los puntos 4 y 4´
7, 7´	En las partes laterales de exposición de la dentición maxilar

Si la exposición gingival excesiva se debe a la longitud insuficiente de las coronas clínicas, está indicado el alargamiento coronario, procedimiento para reducir la cantidad de encía expuesta, que a su vez modificará favorablemente la forma de los dientes anteriores.

Figura 9. Corredor bucal



Fuente: Factors affecting smile esthetics Hsin-Chung Cheng

Índice de la Sonrisa: Es un número que para ser estéticamente correcto fluctuará entre 4.0 a 6.0, este dato da una relación entre el ancho y altura de la sonrisa, y estéticamente habla de que debe ser entre 4 a 6 veces más ancha que alta para ser estéticamente favorable.

Figura 10. Índice de la sonrisa



Fuente: Factors affecting smile esthetics Hsin-Chung Cheng

Curvatura del Labio Superior: Utilizando los puntos 2, 5 y 5', si una línea que une los puntos 5 y 5' está más alta que el punto 2, se denomina curvatura ascendente. Si los tres puntos están en una línea recta se denomina la curvatura como recta. Si sucediera que el punto 2 está por arriba de la línea formada por los puntos 5 y 5' se denomina como curvatura descendente.

Figura 11. Curvatura del Labio Superior



Fuente: Factors affecting smile esthetics Hsin-Chung Cheng

Los pacientes que son candidatos a recibir este tipo de terapia resectiva se dividen en dos categorías:

- **Pacientes con relación oclusal y guía incisal normales.** En esta categoría la línea incisal de los dientes anteriores debe permanecer sin cambios mientras las coronas clínicas puedan alargarse mediante la exposición quirúrgica de las raíces y la ubicación de los márgenes cervicales de las restauraciones más apicales respecto a la unión cemento esmalte.

Figura 12. Guía incisal normales



Fuente: Anatomía de la sonrisa Galip Gürel a Turkish Academy of Esthetic Dentistry.

- **Pacientes con relación oclusal normal y un espacio interoclusal excesivo en la parte posterior de la dentición** cuando los dientes anteriores están en contacto borde a borde. En estos pacientes la longitud de los dientes anterosuperiores puede reducirse sin inducir interferencias oclusales posteriores.

Figura 13. Dientes anteriores en contacto borde a borde



Fuente: Propia

En algunos pacientes con una exposición excesiva de la encía, el tamaño y forma de los dientes y la localización de los márgenes gingivales pueden ser perfectamente normales. En estos casos la exposición gingival excesiva a menudo es causada por exceso vertical del maxilar superior.

Organización del proyecto

Lógica organizativa.

La elaboración de la guía clínica, así como la difusión y sociabilización del mismo será de autoría del Dr.

3.7. Duración del proyecto.

Cronograma de la ejecución para difusión de la Guía

	TIEMPO DE DURACIÓN			
ACTIVIDADES	PRIMERA SEMANA	SEGUNDA SEMANA	TERCERA SEMANA	CUARTA SEMANA
GESTIÓN				
PLANIFICACIÓN				
SOCIABILIZACIÓN				
EVALUACIÓN				

3.8. Presupuesto

DETALLE	UNIDA D	CANTIDAD	PRECIO UNITARI O	TOTAL	FUENTE DE FINANCIAMIENTO
					RECURSOS PROPIOS
Materiales y suministros					
Fotocopias	Piezas	50	0,50	25	25
Folders	Piezas	15	3	45	45
Boligrafos	Piezas	20	5	100	100
Block de hojas	Pieza	50	20	20	20
Equipos y Herramientas					
Computadora	Pieza	1	3.000	3.000	2.100
Data	Pieza	1	2.100	2.100	1400
Flash Memory	Pieza	1	100	100	80
TOTAL					3370

CONCLUSIONES:

De los resultados del estudio se llegó a las siguientes conclusiones:

- La percepción según parámetros estéticos de la sonrisa antes del alargamiento coronario, advertidos por los rehabilitadores orales, es mala evaluando los cinco parámetros propuestos, son muy pocos que tiene una percepción regular o buena, especialmente en parámetros como ser la línea del labio tomando en cuenta tamaños, forma, matiz, alineación, y angulaciones de las coronas de las piezas dentarias.
- La percepción según parámetros estéticos de la sonrisa antes del alargamiento coronario, advertidos por Odontólogos generales, es regular, ya que evaluando los cinco parámetros propuestos se observa una desconformidad en parámetros como la exposición gingival o la forma de los dientes, ya que perciben una condición clínica que presenta una alteración estética poco agradable.
- La percepción según parámetros estéticos de la sonrisa después del alargamiento coronario, advertidos por los rehabilitadores orales en su mayoría es buena, ya que se evidencio cambios significativos después del alargamiento coronario en parámetros como la forma de los dientes que en este caso están en armonía después del alargamiento coronario, lo que aumenta la estética de la sonrisa en los pacientes tratados.
- La percepción según parámetros estéticos de la sonrisa después del alargamiento coronario, advertidos por Odontólogos generales, es buena, ya que se evidencio cambios significativos después del alargamiento coronario en parámetros como la exposición gingival o la proporción dentaria, ya que con el alargamiento coronario se pudo unificar el tamaño de las piezas dentarias que dan un aspecto estético agradable a la vista.
- Comparando la percepción estética antes y después del alargamiento coronario, de rehabilitadores orales se pudo observar que si existe diferencias significativas en la estética de la sonrisa $p=0.009$ ya que los rehabilitadores orales que tenían antes una percepción mala sobre los parámetros de la sonrisa, cambiaron su percepción a buena o regular después del alargamiento coronario estético.
- Comparando la percepción estética antes y después del alargamiento coronario, de Odontólogos generales se puede observar que si existe diferencias significativas en la

estética de la sonrisa $p=0.046$ ya que los Odontólogos generales que tenían antes una percepción mala sobre los parámetros de la sonrisa, cambiaron su percepción a buena o regular después del alargamiento coronario estético.

- Comparando la percepción estética antes del alargamiento coronario, entre rehabilitadores orales y Odontólogos generales. se puede observar según el estadístico de U de Mann Whitney cuyo valor es de $p=0.074$ que no existe diferencias significativas en la percepción estética de la sonrisa.
- Comparando la percepción estética después del alargamiento coronario, entre rehabilitadores orales y Odontólogos generales, se puede observar según el estadístico de U de Mann Whitney cuyo valor es de $p=0.687$ que no existe diferencias significativas en la percepción estética de la sonrisa.
- La guía de procedimientos clínicos para el alargamiento coronario con fines estéticos dirigido a especialistas en rehabilitación oral de la ciudad de Sucre, se la elaboro para fortalecer los procedimientos clínicos referidos al alargamiento coronario estético, que realizan los especialistas en rehabilitación oral, es un instrumento básico que intenta abordar la mejora de la calidad en la práctica clínica, poniendo a disposición de las profesionales herramientas adecuadas que faciliten la toma de decisiones clínicas.

Según los resultados del estudio se pudo comprobar la hipótesis del estudio que dice: Existe cambios positivos significativos en la percepción, sobre la estética de la sonrisa antes y después del alargamiento coronario, advertidos por los rehabilitadores orales y odontólogos generales de la ciudad de Sucre.

RECOMENDACIONES:

- Realizar estudios referidos a la percepción de la estética de la sonrisa comparando entre especialistas y pacientes atendidos, para complementar los resultados del estudio.
- Realizar estudios referidos a la estéticas de la sonrisa aplicando nuevas tecnologías digitales, donde se puede modificar las imágenes y no solo contar con fotografías y poder diseñar sonrisas que de alguna manera satisfacen a los pacientes tratados.
- Diseñar protocolos clínicos sobre las técnicas de alargamiento coronario dentro de la especialidad en rehabilitación oral de acuerdo al contexto del estudio, ya que en la revisión bibliográfica que se desarrolló solo se pudo identificar protocolos, pero en otras especialidades como ser la ortodoncia.
- Realizar estudios similares, donde se propongan otro tipo de intervenciones previas a la rehabilitación oral como ser el análisis estético facial, que ayudan a obtener una sonrisa estética de acuerdo a las necesidades de cada paciente.
- Realizar estudios sobre la digitalización de la sonrisa, donde se pueda comparar el antes que presenta la planificación digital y el después de los resultados obtenidos para determinar el efecto que tiene estos programas en los diseños de la sonrisa.
- Sociabilizar la guía clínica entre los especialistas en rehabilitación oral como un instrumento básico para poder realizar el alargamiento coronario con fines estéticos.
- Por último, recomendar a los especialistas en el área, fusionar lo teórico de los parámetros estéticos, con la visión de belleza estética que tienen las personas respecto a una sonrisa ideal, ya que muchos pacientes no conocen a ciencia cierta sobre los beneficios de la estética rehabilitadora y los alcances que se tiene.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aschheim K. Odontología Estética: una aproximación a las técnicas y a los materiales. Barcelona: Elsevier. 2021.
2. García Eugenio José, Momose de Andrade Tami, Mongruel Gomes Osnara Maria, Gomes João Carlos. Aplicación clínica de los parámetros estéticos en odontología restauradora. Acta odontol. venez [Internet]. 2009 Mar [citado 2025 abril 10]; 47(1): 38-45. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652009000100006&lng=es.
3. Silva e Souza Jr MH, Carvalho RM, Mondelli RFL. Odontología Estética: Fundamentos y aplicación Clínicas-Restauraciones con Resinas Compostas. 1ed. São Paulo: Santos; 2020. 171p.
4. Cámara C. Estética em Ortodontia: seis linhas horizontais do sorriso. Dental Press J. Orthod. 2020; 15(1):118-31.
5. Nocchi. Odontología restauradora. salud y estética. 2da Edición. Buenos Aires: Editorial Panamericana. 2018. Capt. 15.
6. Ubidia L. Diseño de sonrisa digital (DSD): Armonización de la sonrisa con carillas de porcelana. Universidad Internacional de Ecuador. 2024; (1): 6-24.
7. Véliz Concepción, Olga Lidia, Pérez Mira, Yilian, García, Waldo Pérez, González Montero, Nelson A. Percepción estética de la sonrisa en pacientes adolescentes. Medicentro Electrónica, 26(2), 329-343. Epub 01 de junio de 2022. Recuperado en 21 de mayo de 2025, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432022000200329&lng=es&tlng=es.
8. S. Bofill Fontboté, F. William son Durham, K. Cornejo Urzúa, G. Letelier Sepúlveda. Percepción de parámetros estéticos de la sonrisa en Odontólogos, estudiantes de odontología y pacientes de la Universidad Mayor de Santiago, Chile. 2020; 36, (4): 191-199.
9. Abadía Miranda MA, Lugo-Varillas JG, Albites Achata ÚMD. Percepción estética de la sonrisa según la exposición gingival en estudiantes universitarios de Lima, Perú, 2020
10. Villavicencio E. Evaluación de la percepción valoración de las características personales: Prueba piloto. Revista 2018; 2 (1): 27-32.
11. Bhuvaneswaran M. Principios del diseño de la sonrisa. J Conserv Dent. 2020; 13 (4): 225-32.

12. Chowdary S, Sribala N, Basha R. Revisión de la historia en el desarrollo de la estética en odontología. Rev. IOSR Journal. 2019; 13 (6): 31-5.
13. Kamalak H. Odontología estética. Rev. Int J Dent Health Sci. 2019; 1 (3): 375-79.
14. Meenu P, Sanu A. Proporción de oro en estética de prótesis. Ciencias de la Salud. 2019; 2 (1): 1-10.
15. Blanco O, Solorzano A. Estética en Odontología, parte II Papel de los principios estéticos de la Odontología. Acta Odontológica Venezolana, 1990. 37 (3), 39-43.
16. Chiche GJ, Pinault A. Prótesis fija estética en dientes anteriores: Masson, S.A. 2020: pág. 13.
17. Jens Fischer et al. Estética y prótesis. consideraciones interdisciplinarias. Colombia. Actualidades médico odontológicas Latinoamérica, C. A. 1999
18. Vera Serna, Abigailt Flores Ledesma. Percepción de la estética de la sonrisa. Vol. 4, Número 1. Revista Ortodoncia enero 2018, pp. 12-23.
19. Piezosurgery Lavu V, Arumugam C, Venkatesan N, Sk B, Valandhan Vedha G. Cureus. Un enfoque actual para el alargamiento de coronas: 2019; 11:0. doi: 10.7759/cureus.6241.
20. Johnson RH. Alargamiento de coronas clínicas. J Am Dent Assoc. 1990; 121:473–476. doi: 10.14219/jada.archive.1990.0207.
21. Hempton TJ, Dominici JT. Terapia contemporánea de alargamiento de corona: una revisión. J Am Dent Assoc. 2020; 141:647–655. doi: 10.14219/jada.archive.2010.0252.
22. Garber DA, Salama H, Salama MA. 24.^a Reunión Anual de la Academia Americana de Odontología Estética. Columbia Británica, Canadá: Whistler; 1999. Casos multidisciplinarios: lecciones aprendidas.
23. Guillén Delgado CA, Arana Soto LG, Sánchez Celis CF, Romero Ferreira AJM. Percepción estética de la sonrisa según la ubicación de la línea media dental. KIRU. 2024; 11(2): pp. 148-52.
24. Sydney Kina, August Bruguera. Invisible. restauraciones estéticas ceramicas. Sao Paulo: Editora Artes Médicas; 2018. p 35, 51, 52.
25. Flores Rosella, Meneses Abraham, Liñán Carlos. Influencia de la exposición gingival en la percepción estética de la sonrisa. Revista Estomatológica Herediana, vol. 23, núm. 2, abril-junio, 2023, pp. 76-82.
26. Medina Ximena, Gómez Silvana, Martínez Claudia, Bermúdez Paula. Parámetros estéticos de la sonrisa aceptados por odontólogos especialistas y pacientes de ortodoncia. Revista colombiana de Investigación de odontología, vol. 1, núm. 2, 2020.

27. Carolina Paz Palma Pinto, Asesor Fernando Romo O. Análisis de la percepción estética de la sonrisa. Universidad de Chile. Chile 2020.
28. Khan M, Kazmi SMR, Khan FR, Samejo I. Analysis of different characteristics of smile. *BDJ Open*. 5 de mayo de 2020;6(1):1-5.
29. Bolívar MÁ, Botero Mariaca P. La sonrisa y sus dimensiones. *Rev Fac Odontol Univ Antioquia*. junio de 2022;23(2):253-365.
30. Guzmán Mora M, Eugenia Vera Serna M, Flores Ledesma A. Percepción de la estética de la sonrisa por odontólogos especialistas y pacientes. *Rev Mex Ortod*. enero de 2015;3(1):13-21.
31. Rotundo R, Nieri M, Lamberti E, Covani U, Peñarrocha-Oltra D, Peñarrocha-Diago M. Factors influencing the aesthetics of smile: An observational study on clinical assessment and patient's perception. *J Clin Periodontol*. 2021;48(11):1449-57.
32. Bolívar MÁL, Mariaca PB. La sonrisa y sus dimensiones the smile and its dimensions. 2022; 23:13.
33. Moura D, Lima E, Lins R, Souza R, Martins A, Gurgel B. The treatment of gummy smile: integrative review of literature. *Rev Clínica Periodoncia Implantol Rehabil Oral*. 10(1):26-8. 2020.
34. Machado AW. 10 commandments of smile esthetics." *Dental Press Journal of Orthodontics*. [Internet]. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/dpjo/a/Gb7mdwmyhbj47PqJTHZv9Hq/?lang=en> [citado el 25 de abril de 2025].
35. Espinoza-Barco KR, Ríos-Villasis K, Liñán-Durán C. Influencia del corredor bucal y la exposición gingival en la percepción estética de la sonrisa. 2015;12.
36. Londoño M. La sonrisa y sus dimensiones. 2022, 1(1):1-12.
37. Chávez M. Proporciones del ancho/longitud de las coronas clínicas. 2015. [citado 10 de mayo del 2025].
38. Castro F. Análisis de la sonrisa según el patrón facial en atendidos del Centro Médico Naval Cirujano Mayos Santiago Távara. [Tesis para optar el título de cirujano dentista] Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2017.
39. Ordóñez B. Percepción estética de la sonrisa en personas afines y no afines a la rama odontológica. [Tesis para optar el título de cirujano dentista] Ecuador: Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología, 2018.

40. Oportot J. Percepción de un parámetro estético dental alterado: un estudio piloto. [Tesis doctoral]. Santiago: Universidad Finis Terrae; 2017. 72 p.
41. García E. Percepción estética de la sonrisa con respecto a la línea media y sonrisa gingival entre cirujanos dentistas, estudiantes de estomatología y personas comunes. Trujillo - 2016. [tesis pregrado]. Perú: Universidad Privada Atenor Orrego; 2016. 64 p.
42. Vásquez C, Toral A, Reinoso N. Autopercepción estética de la sonrisa en adultos Cuenca-Ecuador. Revista Killkana Salud y Bienestar. 2017; vol. 1(3): 1-6.
43. Díaz S, Tirado L, Tamayo G. Impacto de la sonrisa sobre calidad de vida relacionada con salud bucal en adultos. Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral. 2018 Ago; vol. 11: 78-83.
44. Campos J. Neuroestética: hacia un estudio científico de la belleza y de los sentimientos estéticos compartidos en el arte. En: Neuroestética, Eds. Araguz A, Campos J, Fernandez V, Ayala O. Madrid: Saned; 2020. p. 29-50.
45. Londoño MA BP. La sonrisa y sus Dimensiones. Fac Odontol Univ Antioq. 2022; p. 23(2):353-365).
46. Gaitán G. Control de la hiperfunción de los músculos asociados a sonrisa gingival con toxina botulínica tipo A: [pregrado]. Universidad nacional autónoma de México; 2015.
47. Pintado A. Diagnóstico y tratamiento para la corrección de la sonrisa gingival: [Pregrado]. Universidad de Guayaquil; 2018.
48. Villegas A, Ortiz D. Características y etiología de la sonrisa gingival-Revisión bibliográfica. Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría. Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría. 2016.
49. Rios K, Hidalgo R, Villavicencio E. Evaluación de la percepción del atractivo de la sonrisa y su influencia en la valoración de las características personales: Prueba piloto. Revista OACTIVA UC 2017; 2 (1): 27-32.
50. Telles D. Prótesis total convencional y sobre implantes. Sao Paulo (Santos): Livraria Santos editora. 2021.
51. Cabello S. Percepción de la desviación de la línea media de la sonrisa por individuos no relacionados a la odontología y por especialistas en Ortodoncia. [Tesis para optar el título de cirujano dentista] Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; Perú 2015.
52. Gobierno autónomo municipal de Sucre. Plan de desarrollo Municipal. 2024. Sucre Bolivia. G.A.M.S. 2024.

BIBLIOGRAFÍA

- Berlanga S. Clasificación de pruebas no paramétricas. Cómo aplicarlas en SPSS. Riere. 2022 jun 10; 5(2). 101-13.
- Barrancos Mooney. Blanqueamiento dental, técnico profesional. En p. j. julio barrancos mooney, 2016.
- Bonilla Represa Victoria. Alteraciones del color de los dientes. Revista europea de estomatología. 2020.
- Hasson H. intervenciones domiciliarias para diseño de sonrisa en adultos. La biblioteca cochrane plus. 2020.
- Hernández M. Aspectos prácticos del alargamiento de corona. Avances en odonto estomatología, 2021.
- Herrera I. Fracaso estéticos. Avances en odonto estomatología. 2022.
- Lamas C. Clareamiento dental en el consultorio. Odontología sanmarquina. 2024 Oct 31; 17(2). 97-103.
- Llontop A. Parámetros estéticos como medida preventiva en el diseño de sonrisa. 149. 2019.
- Melo Natalia. Métodos para la valoración de la estética dental. 2021. Revista ces odontología vol. 19 - no. 2, 60.
- Od. Lozada Noelia. Riesgos y beneficios del alargamiento coronario. Acta odontológica venezolana. 2019.
- Pozo D. Manejo de la hipersensibilidad destinaria. Argentina: en la edición 202. 2022.

ANEXOS

ANEXO 1

FICHA DE ENTREVISTA. FOTOGRAFÍAS

Se le mostrará una serie de 10 fotografías, las cuales deberá calificar en una escala de 1 a 5 de la siguiente manera:

- Muy desagradable:
- Desagradable:
- Aceptable:
- Estética:
- Muy estética.

Marcar con una x en el círculo correspondiente al número de apreciación que usted tenga con respecto a la foto.

Concluir la calificación de las 10 fotografías antes de entregar.

Gracias por su participación

1

PERCEPCIÓN DE LOS PARÁMETROS ESTÉTICOS DE LA SONRISA



¿QUÉ TAN AGRADABLE ESTÉTICAMENTE LE PARECE ESTA SONRISA?

SONRISA NO AGRADABLE	1	2	3	4	5	SONRISA ALTAMENTE ESTETICA
-------------------------	---	---	---	---	---	-------------------------------

PERCEPCIÓN DE LOS PARÁMETROS ESTÉTICOS DE LA SONRISA



¿QUÉ TAN AGRADABLE ESTÉTICAMENTE LE PARECE ESTA SONRISA?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

PERCEPCIÓN DE LOS PARÁMETROS ESTÉTICOS DE LA SONRISA



¿QUÉ TAN AGRADABLE ESTÉTICAMENTE LE PARECE ESTA SONRISA?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

PERCEPCIÓN DE LOS PARÁMETROS ESTÉTICOS DE LA SONRISA



¿QUÉ TAN AGRADABLE ESTÉTICAMENTE LE PARECE ESTA SONRISA?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1	2	3	4	5

PERCEPCIÓN DE LOS PARÁMETROS ESTÉTICOS DE LA SONRISA



¿QUÉ TAN AGRADABLE ESTÉTICAMENTE LE PARECE ESTA SONRISA?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1	2	3	4	5

PERCEPCIÓN DE LOS PARÁMETROS ESTÉTICOS DE LA SONRISA



¿QUÉ TAN AGRADABLE ESTÉTICAMENTE LE PARECE ESTA SONRISA?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

PERCEPCIÓN DE LOS PARÁMETROS ESTÉTICOS DE LA SONRISA



¿QUÉ TAN AGRADABLE ESTÉTICAMENTE LE PARECE ESTA SONRISA?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

PERCEPCIÓN DE LOS PARÁMETROS ESTÉTICOS DE LA SONRISA



¿QUÉ TAN AGRADABLE ESTÉTICAMENTE LE PARECE ESTA SONRISA?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

PERCEPCIÓN DE LOS PARÁMETROS ESTÉTICOS DE LA SONRISA



¿QUÉ TAN AGRADABLE ESTÉTICAMENTE LE PARECE ESTA SONRISA?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

PERCEPCIÓN DE LOS PARÁMETROS ESTÉTICOS DE LA SONRISA



¿QUÉ TAN AGRADABLE ESTÉTICAMENTE LE PARECE ESTA SONRISA?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente formulario es para informarle sobre una investigación que se está realizando la cual está a cargo el Dr. Ríos Romero David Rommy como parte del programa de especialidad en rehabilitación oral y estética dental que lleva a cabo la Universidad Real Mayor y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a una clara explicación de la naturaleza de la investigación, así como de su rol en ella como participante.

La investigación consta de un cuestionario y unas fotografías de pacientes las cuales tiene que calificar de acuerdo a su percepción sobre la estética de la sonrisa

Si tiene alguna duda sobre este estudio, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación Igualmente, puede retirarse de la investigación en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incomodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Le agradecemos su participación.

Mediante este documento confirmo que se me ha explicado los alcances de la investigación y que la participación es voluntaria y puede abandonar el estudio cuando lo desee, sin tener que dar explicaciones.

Declara que ha leído y conoce el contenido del presente documento, comprende los compromisos que asume y los acepta expresamente. Y por ello, firma este consentimiento informado de forma voluntaria para MANIFESTAR SU DESEO DE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN. Al firmar este consentimiento no renuncia a ninguno de sus derechos. Recibirá una copia para guardarlo y poder consultarlo en el futuro.

Firma: _____

Fecha: _____

ANEXO 3
FOTOS DEL ESTUDIO



Durante el alargamiento coronario



Alargamiento coronario pieza 11



Una semana despues del alargamiento coronario



Una semana después del alargamiento coronario



Preparando al paciente, para el alargamiento coronario



Realizando la encuesta

