



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TÍTULO:

“ANÁLISIS DE LA LÍNEA DE SONRISA EN RELACIÓN A LA FORMA DEL ROSTRO EN LOS Y LAS ESTUDIANTES DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, EN EL PERIODO MAYO – JULIO DE 2014”

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ODONTÓLOGA.

AUTORA:

Antonieta del Cisne Minga Masache

DIRECTORA:

Dra. Mg. Leonor Peñarreta Chauvin

Loja - Ecuador

2014

CERTIFICACION

Certifico: Que la presente tesis titulada “ANÁLISIS DE LA LÍNEA DE SONRISA EN RELACIÓN A LA FORMA DEL ROSTRO DE LOS Y LAS ESTUDIANTES DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, PERIODO MAYO – JULIO 2014” elaborada por la Srta. Antonieta del Cisne Minga Masache, ha sido planificada y ejecutada bajo mi dirección y supervisión, por lo tanto y al haber cumplido con los requisitos establecidos por la Universidad Nacional de Loja, autorizo su presentación, sustentación y defensa ante el tribunal designado para el efecto.


Dra. Mg. Leonor Peñarreta Chauvin

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo Antonieta del Cisne Minga Masache declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

Autor: Antonieta del Cisne Minga Masache

Firma: 

Cédula: 1104682479

Fecha: 29 de Octubre del 2014

CARTA DE AUTORIZACION DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR, PARA LA CONSULTA, REPRODUCCION PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACION ELECTRONICA DEL TEXTO COMPLETO

Yo Antonieta del Cisne Minga Masache , declaro ser autor de la tesis "ANÁLISIS DE LA LÍNEA DE SONRISA EN RELACIÓN A LA FORMA DEL ROSTRO EN LOS Y LAS ESTUDIANTES DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, EN EL PERIODO MAYO – JULIO DE 2014". Como requisito para optar al grado de Odontólogo General; Autorizamos al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que lo fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los Usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en RDI, en las redes sociales información del país y del exterior, con los cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización la ciudad de Loja a los 29 días del mes de octubre del dos mil catorce, firma el autor.

Firma: *Antonieta Minga*

AUTORA: Antonieta del Cisne Minga Masache

Cédula: 1104682479

Dirección: Catacocha y 24 de Mayo

Correo Electrónico: antito.dcm@gmail.com

Teléfono: 2576117 **Celular:** 0992930770

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis: Dra. Mg. Leonor Magdalena Peñarreta Chauvin

Tribunal de Grado: PRESIDENTE: Dr. Mg. Richard Orlando Jiménez

PRIMER VOCAL: DR. Mg. Héctor Podalirio Velepucha Velepucha

SEGUNDO VOCAL: Odt. Esp. Tannya Lucila Valarezo Bravo

DEDICATORIA

Al creador de todas las cosas, el que me ha dado fortaleza para continuar cuando a punto de caer he estado; por ello con toda la humildad que de mi corazón puede emanar, dedico primeramente mi trabajo a Dios.

A mi Madre origen y razón de mi existencia, y en retribución a cuanto amor y ayuda me ha brindado, A mi Padre porque gracias a él sé que la responsabilidad se la debe vivir como un compromiso de dedicación y esfuerzo. Y que a pesar de haberlo perdido, ha estado siempre cuidándome y guiándome desde el cielo.

A mis Tíos Carmita y Franklin, Pilares muy importante en mi superación personal, el apoyo que ellos me brindaron fue una bendición para mí.

A mis hermanos, Artífices de los mejores minutos de mi vida.

Antonieta Minga

AGRADECIMIENTO

Desde lo íntimo de mi ser a Dios, por regalarme una vida maravillosa, por darme la oportunidad de existir así, aquí y ahora; Gracias por iluminarme, darme fuerzas y caminar por tu sendero.

A ti Papi, por tu incondicional apoyo, por estar pendiente de mí a cada momento. Convirtiéndote en el ángel que guía mi camino; Gracias Padre por ser ejemplo de arduo trabajo y tenaz lucha en la vida.

A ti Ñaño, mi querido Toño, porque juntos aprendimos a vivir, crecimos como cómplices día a día y somos amigos incondicionales de toda la vida..

A ti mi ñaña, mi querida Verito, el incondicional abrazo que me motiva y recuerda que detrás de cada detalle existe el suficiente alivio para empezar nuevas búsquedas. Doy gracias a Dios porque somos hermanos.

A mi familia, mis queridos tíos y primos, porque de una u otra forma, con su apoyo moral me han incentivado a seguir adelante, a lo largo de toda mi vida.

A todos, mis amigos y amigas que me han brindado desinteresadamente su valiosa amistad, gracias por ser la sal que condimenta mi vida.

Debo agradecer de manera especial y sincera a la Dra. Mgs. Leonor Peñarreta Chauvin por aceptarme para realizar esta tesis bajo su dirección. Su apoyo y confianza en mi trabajo y su capacidad para guiar mis ideas ha sido un aporte invaluable, no solamente en el desarrollo de esta tesis, sino también en mi formación como profesional.

A la Universidad Nacional de Loja, y a mis estimados maestros, que, a lo largo de mi carrera, me han transmitido sus amplios conocimientos y sus sabios consejos.

Antonieta Minga

1. TITULO:

“ANÁLISIS DE LA LÍNEA DE SONRISA EN RELACIÓN A LA FORMA DEL ROSTRO EN LOS Y LAS ESTUDIANTES DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, EN EL PERIODO MAYO – JULIO DE 2014”

2. RESUMEN

El presente trabajo tuvo como objetivo determinar la relación de la línea de sonrisa y la forma del rostro en los y las estudiantes entre los 18 a 30 años de edad, de la modalidad de estudios presencial de la Universidad Nacional de Loja, periodo mayo – julio 2014; fue un estudio de tipo descriptivo, transversal.

Los instrumentos que se utilizaron fueron: fotografías extraorales de frente con sonrisa para evaluar: la línea de sonrisa, forma del rostro y la relación entre ambos. Se aplicó la historia clínica odontológica como instrumento de recolección de datos, se tomaron fotografías a 894 estudiantes de la modalidad de estudios presencial de la Universidad Nacional de Loja. Se validaron 221 fotografías, que cumplieron con los criterios específicos y constituyéndose los sujetos de estudio.

Los resultados indicaron: que el 52% de mujeres tienen un rostro ovalado, y el 40% de hombres tienen un rostro cuadrado, Con respecto a la relación entre la forma del rostro y la línea de sonrisa superior podemos decir que: las mujeres que tienen un rostro ovalado tienen una línea de sonrisa media en un 50%; mientras que los hombres que tiene un rostro cuadrado tienen una línea de sonrisa media en un 71%; En cuanto a la relación entre la forma del rostro y el labio inferior podemos decir que: las mujeres que tienen un rostro ovalado tienen una relación convexa sin contacto en un 50%; mientras que los hombres que tiene un rostro cuadrado tienen una relación convexa sin contacto en un 76%.

Palabras claves: sonrisa, forma del rostro.

SUMMARY

The present work took as a target to determine the relation of the line of smile and the form of the face in and the students between the 18 to 30 years of age, of the form of studies presencial of the National University of Loja, period May – July, 2014; it was a study of descriptive, transverse type.

The instrument used extraoral photographs were compared to assess with smile: the smile line, shape of the face; the relationship between them.

The case history was applied, as the pictures were taken to 894 students of the form of studies presencial of the National university of Loja. They informed like sample 221estudiantes that expired with the inclusion criteria and were the study subjects

The results indicated: that 52 % of women has an oval face, and 40 % of men has a square face, With regard to the relation between the form of the face and the line of top smile we can say that: the women who have an oval face have a line of average smile in 50 %; while the men that it has a square face have a line of average smile in 71 %; As for the relation between the form of the face and the low lip we can say that: the women who have an oval face have a convex relation without contact in 50 %; while the men that it has a square face have a convex relation without contact in 76 %.

Key words: smile, type of face

3. INTRODUCCIÓN

Desde que el hombre existe en la tierra 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. Hoy se ha transformado en el principal motivo en la búsqueda de la atención odontológica para mejorar la apariencia facial, dental y gingival que va a permitir alcanzar al paciente confianza, autoestima y seguridad. (Quirós Alvarez , 2012)

El concepto belleza facial ha cambiado a través de la historia. La cara refleja los sentimientos y emociones del individuo, siendo cierto que “la cara es el reflejo del alma”. La sonrisa es la llave de la expresión de la vida social del ser humano. Cuando una persona experimenta felicidad, placer o alegría invariablemente se producirá una sonrisa. Desde tiempos inmemorables, se ha pretendido objetivar los parámetros de belleza a fin de poder reproducirla. (Quirós Alvarez , 2012)

No olvidemos que “Bellus” significaba en su origen latino “digno de contemplarse”, y estética viene de la palabra griega “aisthesis”, que significa percepción. La percepción de la belleza de la sonrisa y su objetivación es un tema que afecta a todas las áreas odontológicas y hace que este estudio sea multidisciplinario. Varios son los parámetros utilizados para analizar la sonrisa, uno de ellos más fácilmente reproducible es: la posición de máxima sonrisa (línea de sonrisa). La sonrisa puede ser voluntaria (la social o posada) o involuntaria (felicidad verdadera). La sonrisa no se hace de forma inmediata, aunque al que la percibe

pueda parecérselo. Hay un lapso de tiempo de alrededor de 2 a 5 segundos. Se puede decir que hay diferentes estadios antes de obtener una sonrisa completa. (Blanco, 2003)

Tarde o temprano, las personas se preocupan por la estética facial en función de la armonía. Muchos autores han estudiado ampliamente esta armonía, pero en nuestro país raramente se ha tratado este tema en escuelas y eventos científicos. El rostro es el punto básico del equilibrio estético, la planificación y tratamiento en odontología estética, por lo que estos necesitan estar integrados y en armonía. Por eso, antes de comenzar a analizar los dientes, es necesario evaluar los elementos que forman la composición facial. (Nocchi, 2008).

Walter DP en 1972 afirmó que para lograr una sonrisa estéticamente aceptable, se debe tener en cuenta la relación del labio superior con el margen gingival, la línea de la sonrisa, amplitud de la sonrisa, el ancho gingival visible. (Graber, 2006)

Estudios en Perú determinaron en cuanto a los tipos de sonrisa: media, alta y baja, la media correspondió al 58.62%, siendo la más frecuente de las tres. La mayor frecuencia de parámetros clínicos puede ser considerada como una guía para establecer una sonrisa típica o promedio y no debe ser interpretada como reglas cosméticas rígidas. (Graber, 2006).

DeSouza et al encontraron que el contorno facial triangular fue el de mayor frecuencia (45.9%), seguido del cuadrangular (40.5%) y de la forma ovoide (13.5%).

Fradeani (2004). Encontró en la población estudiada, un 20,5% línea de sonrisa baja, un 69% de sonrisa media, mientras que solo un 10,5% de sonrisa alta. En este mismo estudio encontraron que la sonrisa alta es dos veces más frecuente en

mujeres que en hombres. Este hecho fue confirmado por Owens en seis grupos de poblaciones estudiadas. El conocimiento de los parámetros estéticos es crucial para un diagnóstico correcto y para establecer un mejor plan de tratamiento antes de empezarlo. Clínicamente estos conocimientos ayudan a mejorar nuestra calidad de trabajo, integrando no solo la cavidad oral, sino la relación con la cara del paciente. Por consiguiente permite conseguir una integración estética correcta en las rehabilitaciones protésicas, guiando al clínico a restablecer una posición idónea del límite incisal, recreando un diente en longitud y armonía entre el plano oclusal y la línea comisural. (Fradeani, 2005)

Por lo anteriormente expuesto se puede decir que existen estudios relevantes de acuerdo a este tema, pero a nivel local no se han evidenciado estos estudios por lo que es de gran importancia obtener la mayor información posible y que sea capaz de brindar aportes basados en evidencias.

Es por ello que se estableció el presente tema de investigación que tuvo como objetivo determinar la relación de la línea de sonrisa y la forma del rostro en los y las estudiantes entre los 18 a 30 años de edad, de la modalidad de estudios presencial de la Universidad Nacional de Loja, periodo mayo – julio 2014

4. REVISIÓN DE LITERATURA

CAPITULO I

1. TIPOS FACIALES

1.1 BIOTIPO FACIAL

El biotipo facial del paciente se evalúa utilizando diferentes métodos; uno de ellos es el diagnóstico radiográfico que proporciona las características del tercio inferior de la cara. Clasificándose en dolicofacial, mesofacial y braquifacial. Y el examen clínico, donde a través de la apreciación visual de la cara y cráneo y realizando ciertas mediciones se clasifica en: mesoprosopo (mesofacial), euriprosopo (braquifacial) o leptoprosopo (dolicofacial), lo que corresponde con caras proporcionadas, cortas o alargadas respectivamente. (Uribe Restrepo, 2010)

1.1.1 CLASIFICACION

1.1.2 BRAQUIFACIAL

Cráneo ancho y redondo, barbilla casi cuadrada, rama mandibular bastante larga, ángulo goniaco recto, arcadas más anchas, dientes más cortos.

Tercio inferior del rostro disminuido, mentón prominente, musculatura fuerte – poderosa, labios competentes o hipertónicos. Por lo general mordida profunda, ángulo goniaco agudo, mandíbula rota hacia arriba y hacia adelante. (Uribe Restrepo, 2010)

1.1.3 DOLICOFACIAL

Cráneo alargado, mandíbula poco aguda, rama mandibular corta, arcadas estrechas, dientes con corona anatómica larga, cara más larga que ancha, tercio inferior del rostro aumentado, sínfisis mentoniana disminuida, ángulo goniaco obtuso, musculatura débil, incompetencia labial, labio superior hipotónico. Por lo general la mayoría tiene mordida abierta anterior, Extracciones indicadas, anclaje de moderado a severo. Está contraindicado los distalamientos, La mandíbula rota hacia abajo y atrás. . (Uribe Restrepo, 2010)

1.1.4 NORMOFACIAL

Cráneo de forma intermedia. . (Uribe Restrepo, 2010)

1.1.5 EURIPROSOPOS:

Caracterizados por el rostro ancho y bajo. Según parece, hay un predominio de índices faciales euriprosopos entre los pueblos xantodermos o amarillos .Aspecto facial más cuadrado y robusto. (Birbe, 2010)

1.1.6 MESOPROSOPOS:

Caracterizados por el rostro mediano. Según parece, hay un predominio de índices faciales mesoprosopos entre los pueblos melanodermos o negros de África y de Oceanía. Forma facial sigue un patrón generalmente paraboloides. (Birbe, 2010)

1.1.7 LEPTOPROSOPOS:

Caracterizados por el rostro estrecho y alto. Según parece, hay un predominio de índices faciales leptoprosopos entre los pueblos leucodermos o blancos. Forma facial estrecha y larga. (Birbe, 2010)

1.2 EXAMEN DIAGNÓSTICO

1.2.1 EXAMEN DE LA CARA

1.2.1.1 EXAMEN DE FRENTE

Después de obtener la información dental clínica preliminar, la evaluación continua con el examen de la cara vista de frente y de perfil, para lo cual se instruye al paciente que se siente derecho y mire el horizonte o directamente un espejo en la pared. Esta posición llamada Posición Natural de la Cabeza, es la que mantiene el paciente en su vida cotidiana, por lo tanto, es la que debemos tomar como referencia para nuestro examen facial. En la PNC las pupilas están centradas en medio de los ojos, definiendo una línea de división o línea Horizontal Verdadera (HV). La HV debe ser paralela al piso y la línea Vertical Verdadera (VV) será perpendicular al piso y a la HV. (Quirós Alvarez , 2012)

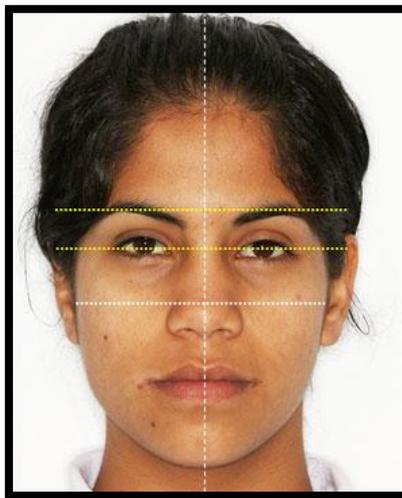


Fig.1. Examen de la cara; Quirós Alvarez (2012). Ortodoncia

Se comienza dividiendo la cara en dos mitades trazando la línea media facial o VV. La cara principal puede ser dividida en tres tercios iguales a lo largo de la HV: ancho del ojo derecho, ancho nasal y ancho del ojo izquierdo. De acuerdo con esta

dimensión, los ojos y la base de la nariz deben ser todos del mismo ancho aproximadamente. (Quirós Alvarez , 2012)

La cara completa (de oreja a oreja) también puede ser dividida en tercios iguales a lo largo de la HV: ancho facial derecho, ancho de la boca y ancho facial izquierdo. Estos tercios deberán tener una relación de 1:1:1 y proveen al clínico una idea clara de la apariencia facial total y de la proporcionalidad del paciente. (Quirós Alvarez , 2012)

1.2.1.2 REGLA DE LOS TERCIOS VERTICALES

La VV divide la cara en tres tercios faciales verticales iguales:

Superior: Trichion – Glabella,

Medio: Glabella – Subnasal,

Inferior: Subnasal – Mentón de tejidos blandos. (Graber & Vanarsdall, 2006)

La VV pasa a través del medio de la frente (Gl), punta de la nariz (Pn) y los labios, dividiendo a la cara en dos mitades y cruza en forma perpendicular a la HV. Una asimetría leve es normal y debe estar presente en todos los individuos. (Graber & Vanarsdall, 2006)

Estos tercios deben ser prácticamente iguales. Estas medidas tiene dos inconvenientes, uno de ellos es que la línea del cabello es muy variable (Tr) y el otro es que la Glabella es una referencia de localización subjetiva, sobre todo en aquellos casos en que se encuentra poco marcada. (Graber & Vanarsdall, 2006)

1.2.1.3 PROPORCIONES FACIALES

Podemos definir la altura facial como la distancia entre la Glabela (Gl) y el mentón de los tejidos blandos (Me') y el ancho facial como la distancia entre los dos puntos más externos de las protuberancias malares. Esta proporción debe ser de 90% aproximadamente. (Rodriguez - White, 2008)

El ancho pupilar y el ancho goniaco deben ser de alrededor 50% y del 75% del ancho facial, respectivamente. (Rodriguez - White, 2008)

El ancho nasal debe ser de alrededor del 70% de la altura nasal (Gl-Pn). (Rodriguez - White, 2008)

1.2.1.4 INCLINACIÓN FACIAL

La inclinación facial puede determinarse a partir del ángulo de convergencia facial, el cual se forma por la intersección de dos líneas que pasan por las comisuras externas de ambos ojos y por la unión de los labios superior e inferior a nivel de las comisuras labiales. Su intersección forma un ángulo con un promedio de $45^{\circ} \pm 5$. Valores mayores de este ángulo indican una cara más ancha, más cuadrada, mientras que los valores menores indican una cara larga y más angosta. (Rodriguez - White, 2008)

1.2.1.5 EVALUACIÓN DE LA NARIZ

La proporción del ancho nasal a la altura nasal debe ser de 70%. Una base del ala de la nariz más ancha parece aplanar el tercio medio facial y una más angosta hace aparecer más largo al labio superior. (Rodriguez - White, 2008)

1.2.1.6 ESTUDIO DE LOS DOS TERCIOS INFERIORES

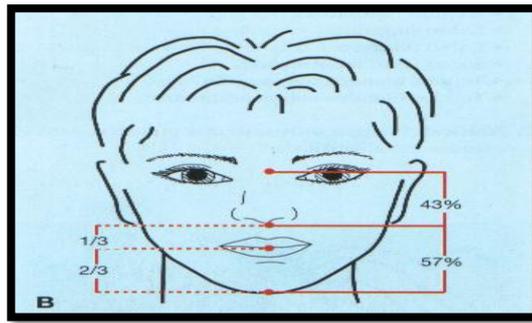


Fig. 2. Tercios Inferiores, Simóes (2004). Ortopedia Funcional de los maxilares.

Si se considera la medida Nasion – Mentón de los tejidos blandos como el 100%, corresponde a la porción superior (Na – Sn) el 43% y a la inferior (Sn – Me') el 57%. (Simóes, 2004)

Al tercio inferior se le subdivide en dos partes iguales:

Subnasal – Estomion superior (un tercio)

Estomion inferior - Mentón de tejidos blandos (dos tercios). (Simóes, 2004)

CAPITULO 2

2. EVALUACION DEL ROSTRO

2.1 RESEÑA HISTORICA

Los egipcios descubrieron las proporciones divinas por análisis y observación buscando medidas que le permitieran dividir la tierra de manera exacta a partir del hombre; encontraron que el cuerpo humano media lo mismo de alto que de ancho con los brazos extendidos y que el ombligo es el punto de división de la altura. Los griegos buscaban para describir la belleza acorde a una colección de líneas y ángulos matemáticos. Filósofos griegos han dirigido el desarrollo de un principio general de juzgar la cara humana como atractiva debe poseer gran grado de simetría. (Arana, 2006)

Policleto (450-420, a.c.), escultor griego del periodo clásico, fue el más famoso después de Fidias. Realizó un cuidadoso y pormenorizado estudio sobre las proporciones del cuerpo humano, un canon de la belleza ideal masculina basado en estrictas proporciones matemáticas. Sus figuras poseen una marcada musculatura y los rostros son cuadrados más que ovalados, con frentes anchas, narices rectas y barbillas pequeñas. Existen réplicas en mármol de sus estatuas más famosas, tales como el Doríforo. (Becerra & Villa, 2003)

“Según la opinión de todos los médicos y filósofos, la belleza del cuerpo humano se basa en la proporción simétricas de sus miembros”. (Becerra & Villa, 2003)

El busto pintado de perfil de la princesa Nefertiti esposa del rey Amenofis IV (periodo Amarna (1350- 34 a.c) es una de las piezas del arte Egipto antiguo más conocida. Su nombre significa “Ha llegado la belleza”. Si observamos y analizamos

sus proporciones estamos en presencia de un rostro atractivo, bello. ¿Es la mujer actual más hermosa? El Hombre de Vitruvio u Hombre Vitruviano es un famoso dibujo acompañado de notas anatómicas de Leonardo da Vinci ha realizado sobre 1490 en uno de sus diarios. Representa una figura masculina desnuda en dos posiciones sobreimpresas de brazos y piernas e inscrita en un círculo y un cuadrado. También se le conoce como el Canon de las proporciones humanas. Símbolo de la simetría básica del cuerpo humano y, por extensión, del universo en su conjunto. El dibujo está realizado en lápiz y tinta y mide 34.3 x 24.5 cm. Da Vinci, genio florentino, gran maestro del Renacimiento se apoya para crear este dibujo en los trabajos realizados por Marcus Vitruvio Pollio (70 - 25 a.c.), arquitecto e ingeniero romano, quien escribió diez libros de arquitectura (De architectura) único tratado sobre esta materia de la antigüedad que ha llegado a nuestros días, dice que la simetría consiste en el acuerdo de medidas entre los diversos elementos de la obra y éstos con el conjunto. Vitruvio ideó una fórmula matemática para la división del espacio dentro de un dibujo, conocida como la sección áurea o de oro, también estableció una afinidad entre el hombre y las figuras geométricas al descubrir que el hombre, de pie y con los brazos extendidos, puede inscribirse en un cuadrado, y si separa las piernas puede inscribirse dentro de un círculo que tiene como centro el ombligo. Estas ideas sobre la armonía y la proporción tomaron un nuevo impulso catorce siglos después, durante el Renacimiento italiano. Un matemático, que además era sacerdote, Fray Luca Paccioli, la denominó divina proporción, sosteniendo que era una de las múltiples razones o concientes que podían expresar una proporción numérica. Esta fórmula matemática permitía adaptarla al hombre y humanizarla, lo que ha hecho su perennidad a través de los siglos. Dentro de la colección de dibujos de Leonardo da Vinci destacan los estudios sobre anatomía

humana, proporcionalidad y su aplicación en el arte Ej. La toma de medidas de las proporciones de la cara pero no fue el único que intentó ilustrar las divinas proporciones del cuerpo humano, otros artistas lo habían intentado con diferentes grados de éxito. Alberto Durero (1471-1528), artista alemán, una de las figuras más importantes del renacimiento, afirmaba que la geometría y las medidas eran la clave para entender el arte renacentista italiano. Su interés por la geometría y las proporciones matemáticas lo motivo para realizar su tratado más conocido Vier Bücher von Menschlicher Proportion (Cuatro libros sobre las proporciones humanas, publicado a título póstumo en 1528). En el siglo XVI después de Cristo, se desarrolla una corriente de pensamiento según la cual un individuo “feo” es decir carente de belleza no era tan sólo que se incumpliera con las medidas externas de proporcionalidad sino que posiblemente estábamos en presencia de un enfermo mental o de un criminal. (Blanco, 2003)

2.2 ASPECTOS A CONSIDERAR EN EL ANALISIS FACIAL

Debemos tener presente en el análisis facial evaluar cinco factores que influyen en la interpretación y el éxito de los resultados alcanzados en una cirugía o rehabilitación protésica de la cara. Aunque existen muchos elementos que pueden afectar esto, los siguientes merecen ser considerados: Edad, Raza, Sexo, Hábito corporal y la personalidad del individuo. (Fonseca, 2009)

2.2.1 EDAD

El envejecimiento conjunto de modificaciones inevitables e irreversibles que se producen en un organismo con el paso del tiempo y que en el hombre estas modificaciones comprenden la reducción de la flexibilidad de los tejidos, la pérdida de grasa en el tejido subcutáneo, pérdida del colágeno etc., por lo que la piel comienza

a abolsarse cayendo en pliegues y arrugas que dan como resultado la traslación de las proporciones faciales a favor de las secciones superiores mediante la calvicie con el retroceso de la línea de implantación del cabello, la caída de la punta nasal, perdida de los dientes y lipodistrofia subcutánea que acentúan el esqueleto facial. Generalmente, los signos de envejecimiento facial aparecen a partir de los 30 años de edad motivando en la mayoría de los pacientes la búsqueda de tratamiento médico-quirúrgico (Cirugía Plástica, cosmetología) que mejoren su apariencia. (Fonseca, 2009)

2.2.2 RAZA

Es la forma de clasificar al ser humano de acuerdo a sus características físicas y genéticas siendo identificada principalmente por el color de la piel, pero la apariencia y rasgos faciales son muy importantes a la hora de realizar un análisis de las proporciones de la cara. Watkins y Lubit en 1992, realizaron un estudio en 25 pacientes de la raza negra y concluyeron que los cambios en el perfil blando tienen magnitud impredecible y que la característica étnica del perfil labial respondió con una notable reducción en la convexidad del perfil. Roland Song Teca y James D Smith (1999) estudiaron a 100 mujeres chinas seleccionadas al azar y sus proporciones estéticas faciales fueron analizadas por medio de fotografías. Uno de los resultados encontrados es que el promedio del ángulo mentocervical fue de 93.30 que nos indica que es mayor comparado con las personas caucásicas donde el promedio se encuentra en 87.50, según estos autores se debe a la menor proyección del mentón. De igual manera el ángulo nasofrontal hallado fue mayor en estas pacientes chinas. (Fonseca, 2009)

2.2.3 PERSONALIDAD

La expresión de la cara nos ofrece una impresión del individuo, podemos juzgar a través de los signos faciales la personalidad. No solo con el lenguaje oral nos comunicamos, con la mímica podemos expresar nuestros sentimientos, deseos, tendencias etc. expresar alegría, pena, furia, asco, sorpresa o miedo. (Fonseca, 2009)

2.2.4 SEXO

Entre el hombre y la mujer existen diferencias en su apariencia facial, evidencias en estas proporciones es la nariz como profundizaremos más adelante. Los hombres tienen el arco supraorbitario más prominente, los ojos más pequeños y la talla cefálica mayor que la mujer. El rostro de la mujer tiende a ser más redondo, con líneas curvas mientras que los hombres sus complexiones son más fuertes y angulares. (Fonseca, 2009)

2.2.5 HÁBITOS CORPORALES

Existe correspondencia entre la apariencia facial y los hábitos corporales, los individuos brevilíneos, tienden a tener cara ancha y redondas, con nariz pequeña y ancha, mientras los individuos longilíneos tienden a tener caras alargadas y delgadas con nariz grande y estrecha. (Fonseca, 2009)

2.3 ESTUDIO Y ANALISIS DE LA CARA

Para la evaluación y análisis es necesario estudios radiográficos (telerradiografías laterales, TAC etc.), fotográficos y clínicos, y el posterior análisis cefalométrico basado en líneas y medidas matemáticas estandarizadas y aceptadas universalmente (10). En la actualidad la imagenología computarizada ha optimizado

el estudio de las proporciones faciales. Algunos puntos y planos son tomados como referencias para el análisis. (Flores, 2004)

El plano horizontal de Frankfort es línea que se dibuja desde el aspecto superior del canal auditivo externo hasta el punto más inferior del borde infraorbital mientras que los ojos del paciente están en forma paralela con respecto al piso. El Trichion (Tr) es el punto en el plano mediosagital donde se inicia la línea de implantación del pelo. La Glabella (G) es la zona más prominente de la frente en el plano mediosagital El Nasion (N) depresión profunda donde se unen la piel de la frente con la raíz de la nariz. (Flores, 2004)

Punto Subnasal (Sn) donde termina la columela (base) y comienza el labio superior. Surco mentolabial (Si) zona más posterior entre el labio inferior y la barbilla. Pogonion (Pg) punto más prominente del tejido blando de la barbilla Mentón (Me) es el punto más bajo del tejido blando de la barbilla. (Flores, 2004)

Debemos señalar que no existe un grado perfecto de simetría facial en la mayoría de las personas La cara en el plano mediosagital se divide en cinco partes iguales, y cada una de estas partes equivale a la amplitud de un ojo, es decir, que la anchura de un ojo es la quinta parte de la cara. Si trazamos una línea que baje desde el canto lateral de los ojos veremos que esta pasa muy cerca al cuello, por lo que el grosor del cuello es aproximadamente igual a la distancia que existe entre los cantos laterales de los ojos. La altura facial se dividen en tres partes iguales, el primer tercio va desde el trichion (Tr) a la glabella (G), el tercio medio desde la (G) al punto subnasal (Sn) y desde este punto al mentón, corresponde al tercio inferior de la cara. Por la variación que sufre la altura de la frente con los cambios secundarios que ocurren con la edad, como son las alopecias que elevan la línea de

implantación del cabello, muchos prefieren excluir el tercio superior de la cara y en cambio las medidas se toman desde el Nasion hasta el punto (Sn) que representa la altura nasal (43 %), y desde el (Sn) hasta el Mentón (Me) representando la mitad inferior de la cara (57 %). (Flores, 2004)

2.3.1 LA FRENTE

Corresponde al tercio superior de la cara que va desde las cejas a la línea de implantación del pelo, vista desde perfil produce una ligera convexidad, aun- que varía siendo plana, protuberante etc. (Nocchi, 2008)

2.3.2 LAS CEJAS

Forman un arco curvilíneo cubierto de pelo sobre la cuenca de ambos ojos, que en las mujeres se ubica ligeramente por encima del borde supraorbitario y en el hombre descansa sobre este. Si se dibuja una línea que asciende desde el surco facial-alar hasta el canto medio del ojo y llegue perpendicularmente a una línea que pasa paralelamente al surco palpebral, tenemos el comienzo de las cejas, y terminan en una línea dibujada desde el surco facial-alar hasta el canto lateral del ojo. El comienzo y el final de las cejas deben estar en un plano horizontal. El punto más alto del arco de las cejas está en la línea dibujada tangencialmente al limbo lateral. (Gonzalez & Solórzano, 1999)

2.3.3 LOS OJOS

Son más pequeños en los hombres que en las mujeres, su anchura equivale a la quinta parte de la cara, por lo que la distancia que existe entre ambos ojos es igual a su anchura, si esta distancia fuera mayor estamos en presencia de un telecanto. El canto lateral de los ojos es un poco más elevado que el canto medio. El pliegue del

parpado superior esta de 7 a 15 mm de la línea de las pestañas. En una mirada neutral el parpado superior cubre un área del iris sin llegar a la pupila y el parpado inferior esta de 1 a 2 mm del iris. (Levin, 1998)

2.3.4 LA NARIZ

Constituye una unidad estética facial. A su vez es dividida en subunidades que tienen una gran importancia cuando vamos a realizar una reconstrucción de la misma y queremos conseguir un mejor resultado estético, debiendo en ocasiones ampliar el defecto para completar la unidad correspondiente. Si la incisión se realiza por los márgenes de estas subunidades anatómicas la cicatriz resultante se verá menos. Subunidades nasales: Dorso nasal, las paredes laterales, alas, punta nasal, triángulos blandos y columela. De una forma simple, basado en los estudios de Powell que utilizando líneas y ángulos interrelacionados entre si, podemos analizar las principales masas estéticas de la cara. Estos estudios formularon relaciones entre la nariz y la cara. (Nocchi, 2008).

La relación Nasofacial incluye cuatro ángulos:

Ángulo Nasofrontal: Se crea en la transición de la nariz a la frente. Se forma por la línea tangente a la Glabella a través del nasion que se intercepta con una línea tangente del nasion al dorso nasal. Este ángulo su valor fluctúa entre 115º y 130º, y esta condicionado por la prominencia de la Glabella que presenta modificaciones de un individuo a otro, por lo que muchos autores lo consideran quizás el menos importante. (Nocchi, 2008)

Ángulo Nasolabial: Define la inclinación angular de la columela al encontrarse con el labio superior. Se forma con la intersección de una línea tangente al labio

superior al punto subnasal (Sn) y de este (Sn) una tangente al punto más anterior de la columela. Este ángulo en las mujeres mide de 95° a 100° y en los hombres de 90° a 95°. (Nocchi, 2008)

Ángulo Nasofacial: Es la inclinación del dorso nasal con relación al plano facial, por lo que primero tenemos que hallar el Plano Facial que está determinado por una línea que une la Glabella con el Pogonion y luego se traza la tangente al dorso nasal, que se halla trazando una línea que parte de la punta del dorso de la nariz hasta el nasion. Con este ángulo evaluamos el balance de la proyección nasal con el perfil del paciente. El ángulo nasofacial tiene una norma de 30° a 40°. Para las mujeres se consideran estéticamente más aceptables valores cercanos a los 30° y viceversa. (Nocchi, 2008)

Ángulo Nasomental: Describe el ángulo entre la línea tangente desde el nasion a la punta nasal con la intersección de la línea desde la punta al pogonion. Este ángulo es considerado el más importante del triángulo estético de Powell. Tiene una norma entre 120° a 132° y relaciona dos masas muy modificables quirúrgicamente que son la nariz y el mentón. (Nocchi, 2008)

Existen múltiples formas de nariz y diversas clasificaciones de acuerdo a su tipo, pero sobre la base de parámetros étnicos pueden considerarse tres grupos principales: Los leptorrinos (nariz caucásica), los mesorrinos (nariz amarilla o mestiza) y los platirinos (nariz negroide). La amplitud de la nariz es aproximadamente el ancho de un ojo. (Nocchi, 2008)

Para cuantificar la proyección nasal podemos usar el método de Simons entre otros, el cual plantea que la proyección de la punta nasal es aproximadamente igual a la del labio superior. El labio superior se mide desde el borde libre de este hasta la

base de la columela. Si observamos al paciente de perfil, la columela nasal debe mostrarse de 3 a 4 mm y la relación entre el complejo lobular del ala y la punta nasal es aproximadamente 1:1. (Nocchi, 2008)

Los Labios Se encuentran en el tercio inferior de la cara. El labio superior se mide desde el punto subnasal (Sn) hasta el punto más superior del borde libre de los mismos. El labio inferior comprende desde el borde inferior de este hasta el mentón. La posición y forma de los labios se determina por dos métodos: El primero trazando una línea desde el Sn y el pogonion, donde los labios deben estar detrás de esta línea y el surco mentolabial (Si) también. El segundo método es utilizando el ángulo Nasomental donde el labio superior cae detrás de la línea a 4 mm y el labio inferior cae detrás de la línea 2 mm. (Nocchi, 2008)

2.3.5 LA BARBILLA

La posición ideal de la barbilla va a través de una línea desde el nasion que yace perpendicularmente al plano horizontal de Frankfort. En la mujer la barbilla debe estar posterior a esta línea. (Farkas, 1994)

2.3.6 LA OREJA

Para un resultado satisfactorio en una Otoplastia, reconstrucción del pabellón de la oreja o la confección de una prótesis auricular debemos tener una cabal idea de sus dimensiones promedios y de cómo se hallan sus proporciones con otras estructuras faciales. Trabajos interesantes revisan las relaciones artísticas de la oreja con respecto a la cara. El eje largo de la oreja esta aproximadamente paralelo al eje del dorso nasal, no siendo así en muchos sujetos normales. Leonardo Da Vinci apreció que el borde superior del pabellón auricular está a nivel de las cejas y

el borde inferior a nivel del ala nasal. La anchura de la oreja es aproximadamente el 55 % de su longitud, desde su borde helicoidal a la piel mastoidea es 15 a 25 mm y el ángulo de protrusión promedio 21° a 25° . (Henostroza, 2006)

2.3.7 EL CUELLO

El cuello juvenil debe poseer una mandíbula bien definida y un surco Cervicofacial armónico. El Ángulo Mentocervical se halla trazando una línea perpendicular al plano horizontal de Frankfort desde la Glabella al pogonion (Plano facial anterior) y esta se va a interceptar con una línea tangencial del mentón al punto cervical (C), el rango de este ángulo fluctúa entre 80° y 95° . (Gustavo Moncada, 2008)

2.4 FORMAS DEL ROSTRO

El contorno del rostro determina el denominado “ovaló facial”, el cual, según sus medidas puede ser clasificado en diferentes tipos o formas. (Iglesia, 2006)

Es conveniente hacer dos aclaraciones previas:

Es difícil encontrar tipos de rostro puros. Por lo general el ovalo facial presenta características de más de un tipo, por que habremos de fijarnos en los rasgos dominantes. No olvides que, al fin y al cabo, toda clasificación es una simplificación de la realidad. (Iglesia, 2006)

El tipo se establece a partir de la posición de determinados puntos de la cara, tomando las medidas horizontales entre la parte más ancha de la mandíbula, de los pómulos y de la frente. (Iglesia, 2006)

2.4.1 ROSTRO CUADRADO

Con ángulos señalados, tiene cuatro ángulos rectos, en la mandíbula que es ancha, al igual que la frente, cuyas medidas tienden a alinearse con los pómulos. (Scharer & Rinn, 2010)

2.4.2 ROSTRO TRIANGULAR

Las líneas de este ovalo se estrechan en dirección a la frente, respecto a la línea de los pómulos, con un ángulo mandibular bien marcado, es decir la cara se va afinando hasta llegar al mentón fino. (Scharer & Rinn, 2010)

2.4.3 ROSTRO OVALADO

Es el rostro con mayor armonía en su contorno y se considera el óvalo facial perfecto. Más ancho en las mejillas que en la frente por encima y el ángulo del maxilar por abajo, estrechándose hacia la barbilla. Es ligeramente más larga que ancha, pero mantiene las características de tener los ángulos redondeados. (Scharer & Rinn, 2010)

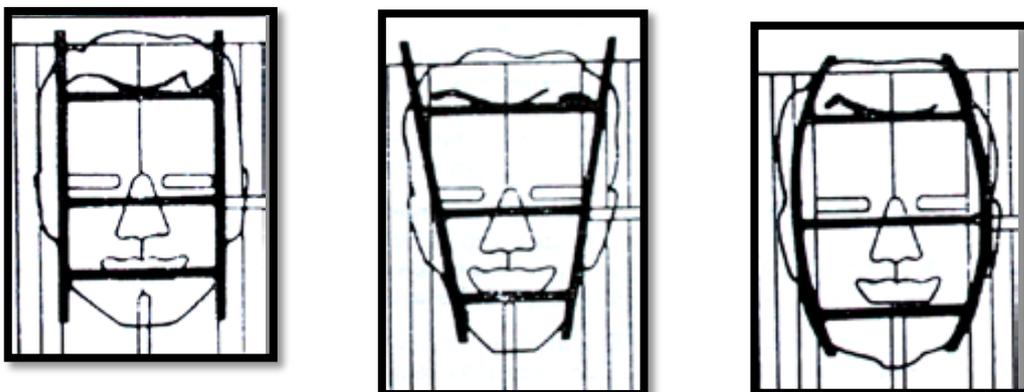


Fig. 3. Formas del Rostro. Scharer, P (2010). Principios estéticos en la Odontología

CAPITULO 3

3. EVALUACIÓN DE LA SONRISA

Cuando se evalúa lo atractivo de la sonrisa de una persona, se considera prudente observar la cara en su totalidad, es decir observar la expresión facial en forma completa e integrada y no aislar los elementos de la observación. Así por ejemplo se encontrará que muchas personas presentan una sonrisa atractiva, que no es técnicamente perfecta desde la perspectiva dento-gingival o dentaria propiamente tal, sin embargo, la impresión es que cuando la sonrisa "ajusta" en la cara, la imperfección dentaria no siempre se considera como un desorden o asimetría. (Muñoz, 2005)

En la primera aproximación a la evaluación general de la estética facial dos elementos son los centrales para su valoración: el diseño de la sonrisa y la línea media facial utilizados tanto en ortopedia dentomaxilar, cirugía como odontología restauradora. (Muñoz, 2005)

3.1 CONCEPTO SONRISA

Anatómicamente una sonrisa es una acción combinada de dos músculos faciales principales: el zigomático mayor y el orbicular de los ojos. (Canut, 2000)

La sonrisa es una combinación de contracciones musculares voluntarias e involuntarias. Durante la sonrisa, el labio superior es elevado y posteriormente por el zigomático mayor, el pliegue nasolabial se adentra y se elevan las mejillas. La sonrisa es seguida por una contracción involuntaria del orbicular de los ojos, lo que resulta en estrechamiento del área orbicular .

Fisiológicamente se producen procesos como alteraciones del flujo sanguíneo cerebral, temperatura corporal y dinámica química. (Canut, 2000)

La percepción de la estética dentofacial por parte ortodoncistas y pacientes con frecuencia difiere considerablemente. Una sonrisa no posada es involuntaria (es decir, no obligada) y es inducida por alegría o regocijo. Una sonrisa es dinámica en el sentido de que se dispara pero no se mantiene. (Canut, 2000)

Todos los músculos de la expresión facial intervienen en el proceso, lo que origina una profundización pronunciada de los pliegues nasolabiales y una mirada con los ojos entornados. Una sonrisa no posada es natural en el sentido que expresa la auténtica emoción humana. En contraste, una sonrisa posada es voluntaria y no requiere ser provocada o acompañarse de emociones. Dicha sonrisa puede ser un saludo aprendido, una señal de calma o un intento de indicar la seguridad en sí mismo. (Canut, 2000)

Una sonrisa posada es estática en el sentido de que puede mantenerse. Si la sonrisa es típica de un individuo concreto, una sonrisa posada es natural, pero la sonrisa también puede ser “forzada” para imitar a una no posada. En esta última circunstancia, la sonrisa no puede mantenerse y parecerá tensa y antinatural. Por tanto, son posibles dos clases de sonrisa: la forzada y la no forzada. (Canut, 2000).

3.2 Factores que intervienen en la estética de la sonrisa

3.2.1 Proporciones divinas

Los filósofos griegos y los antiguos matemáticos lucharon por definir las leyes de la belleza. Buscaban encasillar la estética en un número exacto y Pitágoras llegó a

la siguiente conclusión: «El menor (S) es al mayor (L) como la suma total es al mayor».

El número de oro, 0'618, es la relación que han de guardar los elementos de una composición, en cuanto a su tamaño, para que se consideren en proporción divina. Si están en proporción aurea, o divina, 8 es 1.618 veces.

Según Levin, si observamos la boca desde delante, la anchura de los incisivos centrales ha de estar en proporción divina con la de los incisivos laterales, y éstos con los caninos.

3.2.2 Visibilidad dentaria

Rigsbee considera que los factores que intervienen en el grado de exposición dentaria son: el movimiento de los labios y la morfología esquelética, así como la separación ínterlabial, junto con la longitud de la corona clínica y la del labio superior.

Se dice que la media de exposición de los incisivos superiores, durante la sonrisa, ha de ser de 9,7 mm. Con los labios entre abiertos y la mandíbula en reposo, el margen de los incisivos superiores se ve de 2 a 3 mm, en los jóvenes. A medida que envejecemos, se muestran más los dientes inferiores. Vig, afirma que las mujeres muestran más los incisivos superiores que los hombres. En cuanto a la amplitud de la sonrisa, Tjan concluye que lo más frecuente es que queden expuestos los incisivos superiores, caninos y primeros premolares.

3.2.3 Línea de sonrisa

La línea de sonrisa es la curva hipotética que recorre los bordes incisales de los incisivos superiores. Puede coincidir o ir paralela a la curva interna del labio inferior.

Se ha hallado que el grado de esta curvatura es mayor en la mujer y que es una línea que se va aplanando según vamos envejeciendo. El desgaste de los dientes a menudo comporta la aparición de curvas inversas, que tan poco estéticas consideramos.

3.2.6 La sonrisa gingival

El hecho de mostrar excesiva cantidad de encía al sonreír no es estético. Peck y Peck consideran que los factores que se hallan relacionados con la sonrisa gingival son: el exceso vertical de la región maxilar anterior y la gran capacidad muscular de elevar el labio superior, así como el overjet y overbite excesivos, además de una separación interlabial demasiado grande en reposo. Los factores que no consideró relacionados con la sonrisa gingival son: la longitud del labio superior y la altura de la corona clínica de los incisivos, así como el ángulo del plano mandibular y el del plano palatino.

3.2.5 Línea gingival

La línea gingival es la línea hipotética que va tangente a las convexidades cervicales del margen gingival a nivel de incisivos y caninos.

En el sector anterior, debe ir paralela a línea de sonrisa y en los incisivos laterales, la línea gingival ha de ser más baja que en los incisivos centrales, la de los caninos es igual o algo más alta. Sin embargo, en maloclusiones el margen gingival de los incisivos laterales es más alto que el de los centrales. El punto más apical del margen gingival de los incisivos centrales superiores y los caninos está por distal del eje longitudinal de diente. Sin embargo, este punto se encuentra sobre el eje en el caso de incisivos laterales superiores e incisivos inferiores.

3.2.6 Espacio negro

Se denomina así el espacio oscuro que aparece entre ambas arcadas y entre la arcada superior y las comisuras al sonreír. Se debe tener muy en cuenta, ya que los dientes quedan contrastados sobre él y se ponen de manifiesto sus defectos. El espacio negro lateral o corredor bucal es el que queda comprendido entre las superficies vestibulares de los dientes posteriores y las mejillas, empieza en el canino o en el primer premolar. Suele tener forma de triángulo. Si éste no está presente, el individuo muestra la sonrisa denominada «de molar a molar».

3.2.7 La línea media

Estéticamente, es importante que las líneas medias facial y dental superior coincidan. Sin embargo, es poco relevante la necesidad de que ambas líneas medias dentales, superior e inferior, se unan en un mismo eje, ya que muy pocas veces se muestran ambas arcadas dentarias al sonreír y seguir la curvatura del labio inferior. El labio superior forma una curva que debe llegar al margen gingival de los incisivos centrales superiores y subir hacia las comisuras. Es la línea labial.

La línea gingival ha de ir paralela a la de la sonrisa. Es más baja a nivel de los incisivos laterales que en los centrales y éstos están igual o más bajos que los caninos. El espacio negro debe estar en proporciones divinas con el sector anterior dentario. No es estéticamente importante que coincidan las líneas medias dentales superior e inferior, sin embargo sí lo es la coincidencia de la línea media facial y la dental superior.

3.2.8 CARACTERÍSTICAS VERTICALES DE LA SONRISA

Las características verticales de la sonrisa se clasifican en forma amplia en dos principales: aquellas que pertenecen a la exposición de incisivos, y las pertenecientes a la exposición de la encía. El paciente muestra todos los dientes o no, y muestra o no la encía. La exposición inadecuada de los incisivos puede ser combinación de la deficiencia vertical del maxilar, la movilidad limitada del labio, y el acortamiento de la altura de la corona clínica.

Otra manifestación de las características verticales de la sonrisa es la relación entre los márgenes gingivales de los incisivos superiores y el labio superior. Los márgenes gingivales de los caninos deben coincidir con el labio superior, y los incisivos laterales deben colocarse ligeramente por debajo de los dientes adyacentes. Los márgenes gingivales deben coincidir con el labio superior en la sonrisa social se acepta en general. Sin embargo esto depende mucho más de la edad del paciente, ya que los niños exponen más diente en reposo y más encía al sonreír que los adultos. (Arana, 2006)

3.3 LÍNEA DE SONRISA

El primer paso en este análisis es evaluar la exposición de los dientes anteriores mientras se sonríe. En base a la proporción de exposición dental y gingival en el área del sextante anterosuperior. (Fradeani, 2005)

Tjan y cols. Identificaron tres tipos de líneas de la sonrisa: baja, media y alta. (Fradeani, 2005)

3.3.1 LÍNEA DE LA SONRISA BAJA

La motilidad del labio superior expone los dientes anteriores en no más del 75%. (Fradeani, 2005)

3.3.2 LÍNEA DE LA SONRISA MEDIA

El movimiento labial muestra del 75% al 100% de los dientes anteriores, así como las papilas gingivales interproximales. (Fradeani, 2005)

3.3.3. LÍNEA DE LA SONRISA ALTA

Así como los dientes anteriores, los cuales se exponen totalmente durante la sonrisa, también se exhibe una banda gingival de altura variable. (Fradeani, 2005)

Una sonrisa agradable se puede definir como aquella que exponga totalmente los dientes maxilares, junto con 1mm, aproximadamente, de tejido gingival. La exposición gingival que no excede de 2 a 3 mm se considera sin embargo estéticamente agradable, mientras que una exhibición excesiva (más de 3 mm) generalmente es considerada como poco atractiva por la mayoría de los pacientes. (Fradeani, 2005)

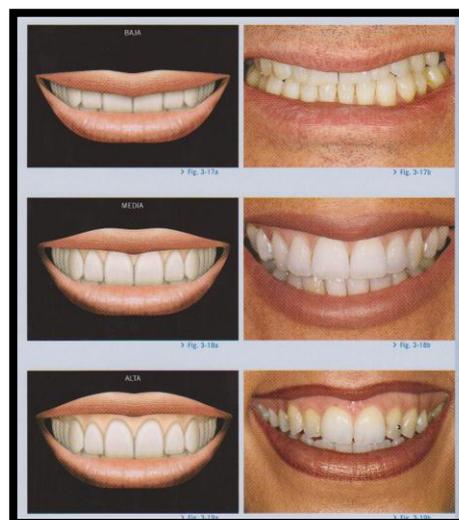


Fig. 4. Línea de Sonrisa; Fradeani (2005). ANALISIS ESTETICO

3.4 BORDE INCISAL

La identificación de la posición del borde incisal, tanto en la dirección apicocoronal (curva incisiva) como en la anteroposterior (del perfil incisivo), representa un aspecto fundamental del diagnóstico estético. (Fradeani, 2005)

3.4.1 CURVA INCISIVA FRENTE AL LABIO INFERIOR

3.4.2 CURVA INCISIVA CONVEXA

En general, el plano incisivo, cuando se observa de frente, tiene una curva convexa que sigue un paralelismo a la concavidad natural del labio inferior mientras se está sonriendo. (Fradeani, 2005)

3.4.2.1 IRRADIAR SIMETRÍA

La relación entre las dos curvas, perfectamente trazadas por los márgenes incisivos superiores y el labio inferior, puede variar de un paciente a otro. En muchos casos, se encuentra cierta separación entre el borde incisivo y el labio inferior; este tipo de relación es conocida como **sin contacto**. En otros casos, nos encontramos con una relación de continuidad entre el labio y los dientes, llamada **en contacto**, siendo esta considerada particularmente agradable desde el punto de vista estético. Pero hay situaciones donde la relación del labio inferior cubre totalmente el tercio incisivo de los dientes maxilares, llamada **cubierta**. Para crear una sonrisa armoniosa, los márgenes incisivos deben mantener una alineación paralela con el labio inferior, en todos los casos. (Fradeani, 2005)

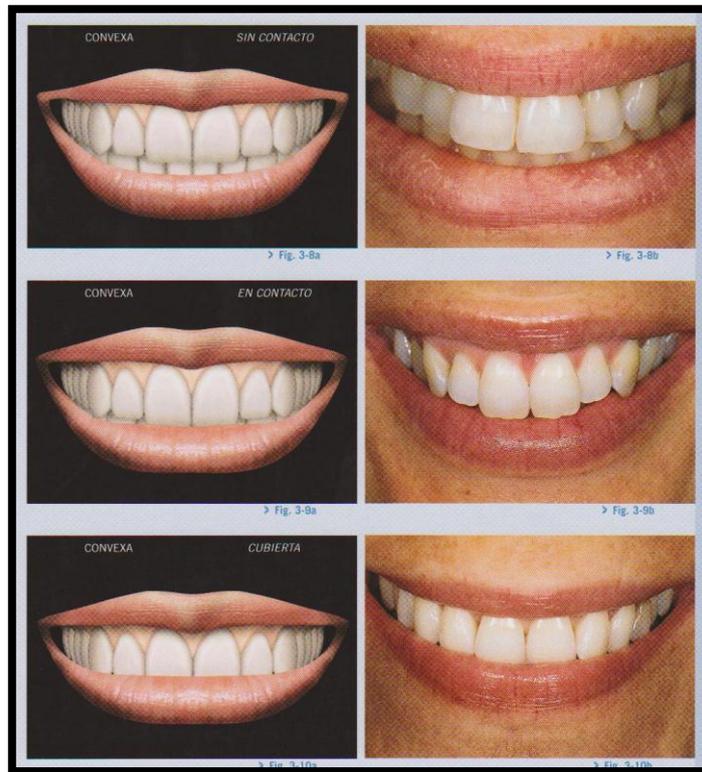


Fig. 5. Curva Incisiva frente al Labio Inferior; Fradeani (2005). ANALISIS ESTETICO

3.4.3 CURVA INCISAL PLANA O INVERSA

La abrasión de los bordes incisivos a veces puede conducir a una curvatura incisiva plana o incluso inversa, produciendo efectos desagradables desde el punto de vista estético. Junto con la disminución de la longitud de los dientes, esto conduce a la reducción o en algunos casos incluso a la desaparición de los ángulos interincisales, los cuales contribuyen perceptiblemente al aspecto agradable de la sonrisa. (Fradeani, 2005)

Esta progresión se ve fácilmente en la dentición natural y conduce generalmente a una discrepancia entre el plano incisivo y la curvatura del labio inferior, creando un espacio anterior negativo. (Fradeani, 2005)

3.4.3.1 SIMETRÍA HORIZONTAL

Un plano incisivo aplanado, con longitud uniforme de los dientes y reducción o desaparición de los ángulos interincisales, da a la sonrisa simetría horizontal, esto causa la pérdida de la llamada fuerza cohesiva en la composición dento-facial, creando un efecto estético poco atractivo y una inevitable sensación de sonrisa envejecida. (Fradeani, 2005)

5. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio fue de tipo descriptivo debido a que su objetivo fue describir una o más características de una población específica, como es el análisis de la línea de sonrisa en relación a la forma del rostro de los y las estudiantes de la modalidad de estudios presencial de la Universidad Nacional de Loja, y los resultados obtenidos son expuestos mediante gráficas; y transversal porque se registra en un periodo de tiempo dado.

El Área de estudio en la cual se realizó la investigación fue en la Universidad Nacional de Loja y la muestra de 894 estudiantes de la UNL; los sujetos de estudio son 221 estudiantes de la Universidad Nacional de Loja correspondiente a 101 hombres y 120 mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión y validación de fotos.

Las técnicas y procedimientos empleadas fueron, una vez constituida la muestra aleatoriamente tanto en hombres como en mujeres se realizó el respectivo diagnóstico clínico estomatognático y llenado de datos complementarios de la historia clínica odontológica; así como se realizó la toma de fotografías extraorales e intraorales; se procedió a la validación de las fotografías extraorales de frente con sonrisa, las mismas que deben cumplir las siguientes características: Consentimiento informado por parte del paciente. Fotografía extraoral de frente con sonrisa. Línea bipupilar paralela al piso. Reproducción nítida y fiel reproducción de detalles (forma, contorno, color). Buen enfoque encuadre apropiado para la imagen. Debe incluir solo los puntos de interés. Libre de sombras. Formato adecuado (tamaño, ubicación, distancia).

El análisis de las mismas se realizó en fotografías impresas. Se trazó las líneas referenciales con marcador permanente de color azul para el labio superior e inferior, negro para el borde incisal de los dientes, de esta manera se identificó la línea de sonrisa con respecto al labio superior y la línea de sonrisa con respecto al labio inferior.

En la sonrisa de un paciente, evaluamos: la exposición de los dientes anteriores mientras se sonríe, en base a la proporción de exposición dental y gingival en el área del sextante anterosuperior.

Se identificaron tres tipos de líneas de sonrisa: baja: cuando se exponen los dientes anteriores en no más del 75%; media: cuando se exponen del 75% al 100% de los dientes anteriores así como las papilas gingivales interproximales; alta: los dientes anteriores se exponen totalmente durante la sonrisa y se exhibe una banda gingival de altura variable.

En cuanto al labio inferior: se analizó la relación entre la curva incisiva de los dientes superiores frente al labio inferior; la relación entre las dos curvas, puede variar de un paciente a otro; así encontramos: la relación sin contacto en la que existe una separación entre el borde incisivo y el labio inferior; la relación de contacto en la que existe una continuidad entre el labio y los dientes; y la relación llamada cubierta en la que el labio inferior cubre totalmente el tercio incisivo de los dientes maxilares.

Para determinar la forma del rostro se analizó las fotografías de acuerdo a las características establecidas para definir formas del rostro en este estudio se analizaron tres formas: ovalado: ligeramente más largo que ancho, mantiene las características de tener ángulos redondeados; triangular: las líneas de este ovalo

se estrechan en dirección de la frente y la cara se va afinando hasta llegar al mentón fino y cuadrada: mantiene los cuatro ángulos rectos, mandíbula ancha al igual que la frente. Para definir la forma del rostro se realizaron los trazos con marcador permanente de color verde.

Luego se procedió a establecer la relación entre la línea de sonrisa y la forma del rostro de los sujetos de estudio, mediante la tabulación de datos.

Los recursos humanos estuvieron conformados por: Coordinadora de la Carrera de Odontología, Tutora de Tesis, Egresada de la Carrera de Odontología año 2014, Personal administrativo y estudiantes investigados de Universidad Nacional de Loja.

Dentro de los recursos materiales empleados en la presente investigación consistieron en: sets de diagnóstico (espejo, explorador, pinza algodонера), materiales de bioseguridad, historia clínicas, encuestas, material didáctico, cámara fotográfica, computadora, materiales de escritorio.

6. RESULTADOS

TABLA N: 1

FORMA DEL ROSTRO EN LOS Y LAS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

	HOMBRES		MUJERES	
FORMA DEL ROSTRO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ovalado	35	35%	62	52%
Cuadrado	41	40%	27	22%
Triangular	25	25%	31	26%
TOTAL	101	100%	120	100%

Fuente: Fotografías extraorales de los Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja

Autoría Antonieta Minga

Interpretación:

Podemos apreciar que el 52% de las mujeres presentan el rostro ovalado; ligeramente más largo que ancho, y mantiene las características de tener los ángulos redondeados y un 40% de los hombres presenta un rostro cuadrado; con ángulos rectos, la mandíbula es ancha, al igual que la frente.

TABLA N: 2

RELACIÓN ENTRE LA FORMA DEL ROSTRO OVALADO Y EL LABIO SUPERIOR EN MUJERES

MUJERES		
Tipo de sonrisa	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALTA	4	6%
MEDIA	31	50%
BAJA	27	44%
TOTAL	62	100%

Fuente: Fotografías extraorales de los Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja

Autoría Antonieta Minga

Interpretación:

Observamos que las mujeres que tienen el rostro ovalado en un 50% presentan una línea de sonrisa media ya que el movimiento labial muestra del 75% al 100% de los dientes anteriores, y las papilas gingivales interproximales.

TABLA N: 3

**RELACIÓN ENTRE LA FORMA DEL ROSTRO OVALADO Y EL LABIO INFERIOR
EN MUJERES**

MUJERES		
Relación de la curva incisiva frente al labio inferior	FRECUENCIA	PORCENTAJE
	A	E
Convexa sin contacto	31	50%
Convexa en contacto	22	35%
Convexa cubierta	9	15%
TOTAL	62	100%

Fuente: Fotografías extraorales de los Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja

Autoría Antonieta Minga

Interpretación:

Las mujeres que tienen el rostro ovalado; el 50% tiene una relación convexa sin contacto; ya que expone cierta separación entre el borde incisivo y el labio inferior.

TABLA N: 4

RELACIÓN ENTRE LA FORMA DEL ROSTRO OVALADO Y EL LABIO SUPERIOR EN HOMBRES

HOMBRES		
TIPO DE SONRISA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALTA	1	3%
MEDIA	23	66%
BAJA	11	31%
TOTAL	35	100%

Fuente: Fotografías extraorales de los Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja

Autoría Antonieta Minga

Interpretación:

La siguiente tabla nos muestra que los hombres que tienen el rostro ovalado; en un 66% tienen una línea de sonrisa media.

TABLA N: 5

**RELACIÓN ENTRE LA FORMA DEL ROSTRO OVALADO Y EL LABIO INFERIOR
EN HOMBRES**

HOMBRES		
RELACIÓN DE LA CURVA INCISIVA FRENTE AL LABIO INFERIOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Convexa sin contacto	25	71%
Convexa en contacto	7	20%
Convexa cubierta	3	9%
TOTAL	35	100%

Fuente: Fotografías extraorales de los Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja

Autoría Antonieta Minga

Interpretación:

Podemos apreciar que los hombres que tienen el rostro ovalado; el 71% presentan una relación convexa sin contacto.

TABLA N: 6

RELACIÓN ENTRE LA FORMA DEL ROSTRO CUADRADO Y EL LABIO SUPERIOR EN MUJERES

MUJERES		
TIPO DE SONRISA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALTA	0	0%
MEDIA	16	59%
BAJA	11	41%
TOTAL	27	100%

Fuente: Fotografías extraorales de los Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja

Autoría Antonieta Minga

Interpretación:

Nos describe que las mujeres que tienen el rostro cuadrado; en un 59% presentan una línea de sonrisa media.

TABLA N: 7

RELACIÓN ENTRE LA FORMA DEL ROSTRO CUADRADO Y EL LABIO INFERIOR EN MUJERES

MUJERES		
RELACIÓN DE LA CURVA INCISIVA FRENTE AL LABIO INFERIOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Convexa sin contacto	5	18%
Convexa en contacto	14	52%
Convexa cubierta	8	30%
TOTAL	27	100%

Fuente: Fotografías extraorales de los Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja

Autoría Antonieta Minga

Interpretación:

Podemos observar que las mujeres que tienen el rostro cuadrado; el 52% tienen una relación convexa en contacto.

TABLA N: 8

RELACIÓN ENTRE LA FORMA DEL ROSTRO CUADRADO Y EL LABIO SUPERIOR EN HOMBRES

HOMBRES		
Tipo de sonrisa	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALTA	1	2%
MEDIA	29	71%
BAJA	11	27%
TOTAL	41	100%

Fuente: Fotografías extraorales de los Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja

Autoría Antonieta Minga

Interpretación:

Esta tabla nos muestra que los hombres que tienen el rostro cuadrado; el 71% presentan una línea de sonrisa media.

TABLA N: 9

RELACIÓN ENTRE LA FORMA DEL ROSTRO CUADRADO Y EL LABIO INFERIOR EN HOMBRES

HOMBRES		
RELACIÓN DE LA CURVA INCISIVA FRENTE AL LABIO INFERIOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Convexa sin contacto	31	76%
Convexa en contacto	3	7%
Convexa cubierta	7	17%
TOTAL	41	100%

Fuente: Fotografías extraorales de los Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja

Autoría Antonieta Minga

Interpretación:

Podemos denotar en la presente tabla que los hombres que tienen el rostro cuadrado; el 76% tienen una relación convexa sin contacto.

TABLA N: 10

RELACIÓN ENTRE LA FORMA DEL ROSTRO TRIANGULAR Y EL LABIO SUPERIOR EN MUJERES

Fuente: Fotografías extraorales de los Estudiantes de la Universidad Nacional de

MUJERES		
Tipo de sonrisa	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALTA	2	6%
MEDIA	16	52%
BAJA	13	42%
TOTAL	31	100%

Loja

Autoría Antonieta Minga

Interpretación:

Nos indica, que las mujeres que tienen el rostro triangular; el 52% presentan una línea de sonrisa media.

TABLA N: 11

RELACIÓN ENTRE LA FORMA DEL ROSTRO TRIANGULAR Y EL LABIO INFERIOR EN MUJERES

MUJERES		
RELACIÓN DE LA CURVA INCISIVA FRENTE AL LABIO INFERIOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Convexa sin contacto	12	39%
Convexa en contacto	10	32%
Convexa cubierta	9	29%
TOTAL	31	100%

Fuente: Fotografías extraorales de los Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja

Autoría Antonieta Minga

Interpretación:

Las mujeres que tienen el rostro triangular; el 39% tienen una relación convexa sin contacto, como lo podemos apreciar en esta tabla.

TABLA N: 12

RELACIÓN ENTRE LA FORMA DEL ROSTRO TRIANGULAR Y EL LABIO SUPERIOR EN HOMBRES

HOMBRES		
Tipo de sonrisa	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALTA	2	8%
MEDIA	13	52%
BAJA	10	40%
TOTAL	25	100%

Fuente: Fotografías extraorales de los Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja

Autoría Antonieta Minga

Interpretación:

Los hombres que tienen el rostro triangular; el 52% presentan una línea de sonrisa media, esto nos demuestra la tabla presente.

TABLA N: 13

RELACIÓN ENTRE LA FORMA DEL ROSTRO TRIANGULAR Y EL LABIO INFERIOR EN HOMBRES

HOMBRES		
RELACIÓN DE LA CURVA INCISIVA FRENTE AL LABIO INFERIOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Convexa sin contacto	16	64%
Convexa en contacto	7	28%
Convexa cubierta	2	8%
TOTAL	25	100%

Fuente: Fotografías extraorales de los Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja

Autoría Antonieta Minga

Interpretación:

Los hombres que tienen el rostro triangular; el 64% tienen una relación convexa sin contacto; así nos indica la tabla expuesta.

7. DISCUSION

Becerra (2003), determinó en su estudio las proporciones en cuanto a los tipos de sonrisa: media, alta y baja. La media correspondió al (58.62%), siendo la más frecuente de las tres. Los resultados de nuestro estudio coinciden pues existe mayor porcentaje de mujeres con rostro ovalado (52%). Y a la vez una línea de sonrisa media (50%). Mientras que existe mayor porcentaje de hombres que tienen el rostro cuadrado (40%). Y a la vez tienen una línea de sonrisa media (66%).

Según un estudio realizado por Tjan y cols (2000), sobre la relación entre la curvatura incisiva y el labio inferior, se ve en un alto porcentaje de individuos una relación convexa sin contacto; alcanzando hasta el (85%) de casos. Mientras que sólo el (75%) en una investigación de Owen y asociados (2000). Nuestro estudio muestra similitud ya que existe mayor porcentaje de mujeres que tienen el rostro ovalado. Y a la vez tienen una relación convexa sin contacto (50%). Mientras que existe mayor porcentaje de hombres que tienen el rostro cuadrado. Y a la vez tienen una relación convexa sin contacto (71%).

Estudio realizado en la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquía (2009), con 87 estudiantes (hombres y mujeres en desigual proporción) en una edad entre los 18 y 30 años. Dio como resultados que la relación de paralelismo y ausencia de contacto entre los bordes incisales superiores y el labio inferior fueron las más frecuentes con un (74.71%) y (67.81%) respectivamente. En cuanto a los tipos de sonrisa: la media correspondió al (58.62%), siendo la más frecuente de las tres.

Fradeani (2004), encontró en la población estudiada, un (20,5%) línea de sonrisa baja, un (69%) de sonrisa media, mientras que sólo un (10,5%) presentaron sonrisa alta. En el mismo estudio encontraron que la sonrisa alta es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres. Similares resultados se encuentran en nuestro estudio ya que las mujeres que tienen el rostro ovalado, a la vez tienen una línea de sonrisa baja (44%) y sonrisa alta (6%). Mientras los hombres que tienen el rostro cuadrado, a la vez tienen una línea de sonrisa baja (31%) y sonrisa alta (2%).

En un estudio realizado entre la población asiática, Dong y cols. (1999); Encuentran cierta continuidad entre el borde incisivo y el labio inferior en un (30%); Pincus & Rufemacht (1997-1998) determinan en su estudio esta continuidad en un (10%) y una relación de cubierta en un (20%). Datos similares podemos encontrar en nuestro estudio ya que las mujeres que tienen el rostro ovalado, a la vez tienen una relación convexa en contacto (35%) y una relación convexa en cubierta (15%). Mientras que existe mayor porcentaje de hombres que tienen forma del rostro cuadrado, a la vez tienen una relación convexa en contacto (7%) y una relación convexa en cubierta (17%).

8. CONCLUSIONES

1. La población estudiada mostraron diferentes formas de rostro, destacándose en los hombres el rostro cuadrado (40%) y en las mujeres el rostro ovalado (52%).
2. Los estudiantes con rostro ovalado presentaron en mayor porcentaje línea de sonrisa media (66%) y relación convexa sin contacto (71%). Y las estudiantes con rostro ovalado presentaron (50%) línea de sonrisa media y (50%) relación convexa sin contacto.
3. En el rostro cuadrado tanto los hombres (71%) como las mujeres (59%) tienen línea de sonrisa media; en cuanto a la relación con el labio inferior las mujeres (52%) presentan relación convexa en contacto y los hombres (76%) relación convexa sin contacto en mayor porcentaje.
4. Podemos notar que los estudiantes que tienen el rostro triangular; tienen una línea de sonrisa media (52%) y relación convexa sin contacto (64%), mientras que las estudiantes que tiene el mismo tipo de rostro; tienen una línea de sonrisa media (52%) y relación convexa sin contacto (39%) convirtiéndose en las relaciones que se presentan con más frecuencia en nuestro estudio.
5. La forma del rostro no determina una forma específica de línea de sonrisa y relación con el labio inferior debido a que las características faciales y raciales varían de un individuo a otro; la frecuencia de parámetros clínicos puede ser considerada como una guía para establecer una sonrisa típica o promedio y no debe ser interpretada como reglas cosméticas rígidas.

9. RECOMENDACIONES

1. Evaluar la forma del rostro y de la sonrisa en grupos autóctonos de nuestro país, ya que todos los seres humanos poseemos las mismas características faciales, pero cada uno de nosotros tenemos nuestras asimetrías y disarmonías que nos confieren los rasgos propios.
2. Proponer que existan como medio de diagnóstico tablas de análisis de la sonrisa utilizando medios informáticos (software), para de esta manera tener un patrón basado en nuestra población de carácter multiétnico.
3. Existen estudios relevantes de acuerdo a este tema, pero a nivel local no se han evidenciado estos estudios por lo que es de gran importancia se sigan haciendo más investigaciones relacionadas con este tema para obtener la mayor información posible y que sea capaz de brindar aportes basados en evidencias.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Arana, G. (2006). Parámetros estéticos en el análisis facial y de sonrisa. *Revista electrónica de investigación odontológica*, 24 - 29.
2. Becerra, S., & Villa, S. y. (2003). Algunos factores determinantes de la estética dental. *facultad Odontología Universidad Antioquía* , 6-17.
3. Birbe, J. (2010). *Analisis Estetico Regional*.
4. Blanco, D. (2003). *Las proporciones divinas* (segunda ed.). Mexico D.F, Mexico: Interamericana.
5. Canut, J. (2000). *Ortondoncia Clinica* (Segunda ed.). Barcelona, España: Masson - Salvat.
6. Farkas, L. (1994). *Anthropometrics of the heads and face* (segunda ed.). Nueva York: Iowa.
7. Flores, M. (2004). *Estructuración y estandarización de la antropometría facial en función de proporciones* (tercera ed.). Buenos Aires, Buenos Aires: Panamericana.
8. Fonseca, A. (2009). *ODONTOLOGIA ESTETICA: EL ARTE DE LA* (primera ed.). Sao Paulo: Artes Médicas Latinoamericanas.
9. Fradeani, M. (2005). *ANALISIS ESTETICO. UN ACERCAMIENTO AL TRATAMIENTO PROTESICO* (Primera ed., Vol. I). Barcelona, España: Quintessence.
10. Gonzalez, B., & Solórzano, P. y. (1999). Aspectos psicológicos relacionados a la estética bucal. *Estética en odontología*, 33.

11. Graber, T., & Vanarsdall, R. y. (2006). *Ortodoncia principios técnicas actuales* (4ta. ed.). Madrid, Madrid, España: Elsevier.
12. Gustavo Moncada, P. A. (2008). PARÁMETROS PARA LA EVALUACIÓN DE LA ESTETICA. *Revista Dental de Chile*, 29-38.
13. Henostroza, G. H. (2006). *ESTETICA EN ODONTOLOGIA* (Primera ed.). Madrid, España: Ripano S.A.
14. Iglesia, D. I. (2006). ESTETICA DENTAL ANTERIOR. *Revista Española de Ortodoncia*, 215.
15. Levin, E. (1998). Dental esthetics and the golden proportions. *Prosthodont*, 244.
16. Muñoz, M. (2005). Análisis de la sonrisa. *Actualidad profesional e industrial del sector dental* , 76-86.
17. Nocchi. (2008). *ODONTOLOGIA RESTAURADORA. SALUD Y ESTETICA* (Segunda ed., Vol. I). Buenos Aires, Argentina: Editorial Panamericana.
18. Quirós Alvarez , O. (2012). *Haciendo Fácil la Ortodoncia* (segunda ed., Vol. I). (G. S. Cruz, Ed.) Caracas, Caracas, Venezuela: Amolca.
19. Rodriguez - White, E.-L. (2008). *Ortodoncia Contemporánea Diagnostico y Tratamiento* (segunda ed.). (G. S. Cruz, Ed.) Medellin, Colombia : Amolca.
20. Scharer, P., & Rinn, L. &. (2010). Principios estéticos en la Odontología. *odontologia estetica*, 98-100.
21. Simões, W. A. (2004). *Ortopedia Funcional de los maxilares* (tercera ed., Vol. 1). (M. Hecht, Ed.) Brasil, Sao-Paulo, Brasil: Artes Medicas Latinoamericana.

22. Uribe Restrepo, G. A. (2010). *Ortodoncia teoria y clinica* (Segunda ed., Vol. I).
Medellin, Colombia: Legis S.A.



11. ANEXOS

ANEXO 1. HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ODONTOLOGIA

MACROPROYECTO: "VALORACIÓN INTEGRAL DEL ESTADO DE SALUD BUCODENTAL DE LOS y LAS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL"

HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

DATOS DE FILIACIÓN

Nº HC

NOMBRES Y APELLIDOS

GENERO: F

M

CI.

ESTADO CIVIL: SOLTERO

CASADO

DIVORCIADO

UNIÓN LIBRE

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

LUGAR DE NACIMIENTO

LUGAR DE PROCEDENCIA:

LUGAR DE RESIDENCIA:

CARRERA:

CICLO:

TELÉFONO:

TRABAJA:

SI

NO

ANTECEDENTES PERSONALES:

EN EL ÚLTIMO AÑO HA SIDO DIAGNOSTICADO CON ALGUNA ENFERMEDAD

SI

NO

QUE ENFERMEDAD?

ESTA UD. EN TRATAMIENTO FARMACOLOGICO? SI NO QUE FARMACO?

ALERGIAS SI NO CUAL?

EMBARAZO: SI NO

GASTRITIS SI NO REFLUJO GASTRICO SI NO

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

Señale en el casillero correspondiente si tiene familiares con las siguientes patologías y su parentesco

DIABETES MELLITUS SI Parentesco NO

HTA SI Parentesco NO

CANCER SI Parentesco NO

OTROS

HÁBITOS

CONSUMO DE ALCOHOL: una vez a la semana más de dos veces al mes ocasionalmente nunca

CONSUMO DE CIGARRILLO: muy frecuente poco frecuente nunca

REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA: SI NO QUE ACTIVIDAD

OTROS:

HABITOS DE HIGIENE BUCAL

Óptimo Regular Malo Cepilla 1 vez Cepilla 2 veces Cepilla 3 veces Otros Utiliza hilo dental Utiliza enjuague bucal

CONTROL ODONTOLÓGICO

Óptimo regular visitas al Odontologo 1 vez al año 2 veces al año

malo visitas al Odontologo 3 veces al año

PUNTOS DOLOROSOS

NEURALGIA DEL TRIGEMINO	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>								
FRONTAL	POSITIVO	<input type="checkbox"/>	NEGATIVO	<input type="checkbox"/>	LEVE	<input type="checkbox"/>	MODERADO	<input type="checkbox"/>	INTENSO	<input type="checkbox"/>	UNI O BILATERAL	<input type="checkbox"/>
MAXILAR	POSITIVO	<input type="checkbox"/>	NEGATIVO	<input type="checkbox"/>	LEVE	<input type="checkbox"/>	MODERADO	<input type="checkbox"/>	INTENSO	<input type="checkbox"/>	UNI O BILATERAL	<input type="checkbox"/>
MANDIBULAR	POSITIVO	<input type="checkbox"/>	NEGATIVO	<input type="checkbox"/>	LEVE	<input type="checkbox"/>	MODERADO	<input type="checkbox"/>	INTENSO	<input type="checkbox"/>	UNI O BILATERAL	<input type="checkbox"/>

GANGLIOS LINFÁTICOS:

TUMEFACIOS	SI	<input type="checkbox"/>
NORMAL	SI	<input type="checkbox"/>

ATM:

Función de ATM	RUIDO (click/crépito)	<input type="checkbox"/>	DESVIACIÓN	<input type="checkbox"/>	DEFLEXIÓN	<input type="checkbox"/>	NORMAL	<input type="checkbox"/>
Dolor en la ATM	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	UNILATERAL	<input type="checkbox"/>	BILATERAL	<input type="checkbox"/>
Limitación en apertura	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>				
Desviación mandibular a la apertura.	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	DERECHA	<input type="checkbox"/>	IZQUIERDA	<input type="checkbox"/>
Pérdida de soporte Oclusal Posterior	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	UNILATERAL	<input type="checkbox"/>	BILATERAL	<input type="checkbox"/>

LABIOS:

Pigmentaciones	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Labio fisurado	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Queilitis angular	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Color cianótico:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

Otros Cuáles

Tonicidad labial

Hipertónico	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Hipotónico	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Normal	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

FORMA DE ROSTRO

Cuadrado	<input type="checkbox"/>
Triangular	<input type="checkbox"/>
Ovalado	<input type="checkbox"/>

BIOTIPO FACIAL:

Braquicéfalo
Normocéfalo
Dolicocéfalo

ASIMETRÍA FACIAL:

FOTOGRAFÍA

SI

NO

DERECHA

SI

NO

IZQUIERDA

SI

NO

LINEA MEDIA FACIAL

recta

desviada

HABITOS

MORDEDURA DE OBJETOS

SI

NO

CUAL

CONSUMO DE SUSTANCIAS ACIDAS

SI

NO

CUAL

INTERPOSICION LINGUAL

SI

NO

DESTAPA BOTELLAS CON LOS DIENTES

SI

NO

ONICOFAGIA

SI

NO

BRUXISMO

SI

NO

RESPIRADOR BUCAL

SI

NO

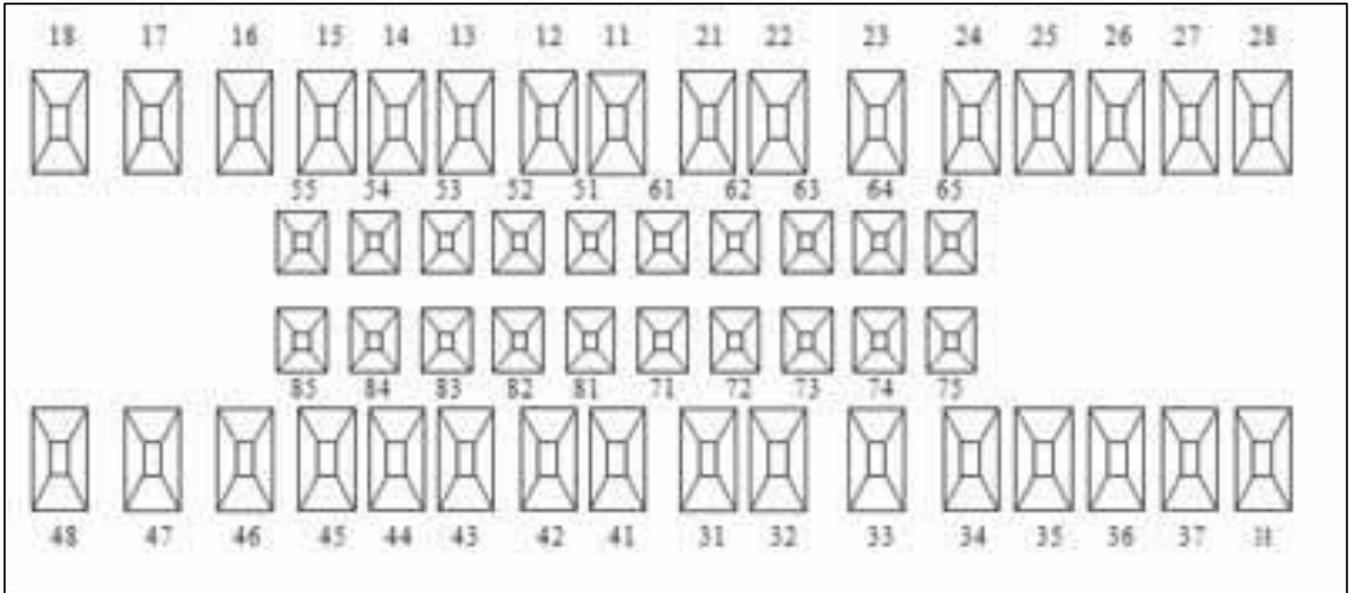
SUCCION DIGITAL

SI

NO

Localizacion

ODONTOGRAMA:



Porta ortodoncia fija

SI NO

Tuvo tratamiento ortodontico

SI NO

C

P

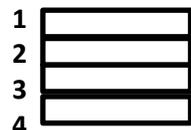
O

TAMAÑO DE ESPACIO EDENTULO

CUADRANTE 1



CUADRANTE 2



CUADRANTE 3



CUADRANTE 4



3
4

3
4

CLASE DE KENNEDY

CLASE I	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	MODIFICACION	<input type="checkbox"/>
CLASE II	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	MODIFICACION	<input type="checkbox"/>
CLASE III	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	MODIFICACION	<input type="checkbox"/>
CLASE IV	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>		

PORTADOR DE PROTESIS

P. FIJA	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Tipo	<input type="checkbox"/>
P. REMOVIBLE	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	MATERIAL	<input type="checkbox"/>
P. TOTAL	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	UNI/ BIMAXILAR	<input type="checkbox"/>

LESIONES NO CARIOSAS SI NO

Erosión	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Clase I	<input type="checkbox"/>	Clase II	<input type="checkbox"/>	Clase III	<input type="checkbox"/>			
Abrasión	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>									
Atrición	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Leve	<input type="checkbox"/>	Moderado	<input type="checkbox"/>	Severo	<input type="checkbox"/>			
Abfracción	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>									
Fluorosis dental	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Cuestionable	<input type="checkbox"/>	Muy leve	<input type="checkbox"/>	Leve	<input type="checkbox"/>	Grado Severo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALTERACIONES DE NÚMERO DE LOS DIENTES

Supernumerarios	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Pieza:	<input type="checkbox"/>
Agnesia	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Pieza:	<input type="checkbox"/>

PERDIDA POR PATOLOGIAS

Traumatismos	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Pieza:	<input type="checkbox"/>
Caries	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Pieza:	<input type="checkbox"/>

OCLUSIÓN

RELACIÓN MOLAR:

Clase I	SI	<input type="checkbox"/>	Derecha	<input type="checkbox"/>	Izquierda	<input type="checkbox"/>
Clase II	SI	<input type="checkbox"/>	Derecha	<input type="checkbox"/>	Izquierda	<input type="checkbox"/>
Clase III	SI	<input type="checkbox"/>	Derecha	<input type="checkbox"/>	Izquierda	<input type="checkbox"/>
No aplicable			Derecha	<input type="checkbox"/>	Izquierda	<input type="checkbox"/>

RELACIÓN CANINA:

Clase I	SI	<input type="checkbox"/>	Derecha	<input type="checkbox"/>	Izquierda	<input type="checkbox"/>
Clase II	SI	<input type="checkbox"/>	Derecha	<input type="checkbox"/>	Izquierda	<input type="checkbox"/>
Clase III	SI	<input type="checkbox"/>	Derecha	<input type="checkbox"/>	Izquierda	<input type="checkbox"/>
No aplicable			Derecha	<input type="checkbox"/>	Izquierda	<input type="checkbox"/>

OVERJET	MEDIDA	<input type="checkbox"/>	POSITIVO	<input type="checkbox"/>	NEGATIVO	<input type="checkbox"/>
OVERBITE	MEDIDA	<input type="checkbox"/>	POSITIVO	<input type="checkbox"/>	NEGATIVO	<input type="checkbox"/>

MALOCLUSIONES

Mordida abierta Anterior	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>		
Mordida Abierta Posterior	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	UNILATERAL	<input type="checkbox"/>
Mordida profunda	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>		
Mordida cruzada anterior	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>		
Mordida cruzada posterior	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	UNILATERAL	<input type="checkbox"/>
Mordida bis a bis	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	BILATERAL	<input type="checkbox"/>

APIÑAMIENTO DENTAL

Anterior	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Leve	<input type="checkbox"/>	Moderado	<input type="checkbox"/>	Severo	<input type="checkbox"/>
Posterior	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Leve	<input type="checkbox"/>	Moderado	<input type="checkbox"/>	Severo	<input type="checkbox"/>

FORMA DE DIENTES

Triangular	<input type="checkbox"/>
Ovalados	<input type="checkbox"/>
Cuadrados	<input type="checkbox"/>

PIEZAS FUERA DEL PLANO OCLUSAL

MESIALIZADAS	Pieza	<input type="checkbox"/>	DISTALIZADAS	Pieza	<input type="checkbox"/>
LINGUALIZADAS	Pieza	<input type="checkbox"/>	VESTIBULARIZADAS	Pieza	<input type="checkbox"/>
EXTRUIDAS	Pieza	<input type="checkbox"/>	INTRUIDAS	Pieza	<input type="checkbox"/>

MAXILAR:

Forma de arcada	<input type="checkbox"/>
Cuadrado	<input type="checkbox"/>
Triangular	<input type="checkbox"/>
Ovoidal	<input type="checkbox"/>

PALADAR DURO

Torus palatino	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Comunicación bucosinusal	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Atresis maxilar	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Micrognatismo maxilar	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Macrognatismo Maxilar	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Petequias	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

PALADAR BLANDO

Lesiones Ulcerosas Aftas mayores Aftas menores Lesiones Herpéticas

MANDIBULA

Forma de arcada	<input type="checkbox"/>
Cuadrado	<input type="checkbox"/>
Triangular	<input type="checkbox"/>
Ovoidal	<input type="checkbox"/>

MUCOSA ORAL

Lesiones Blancas	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Localizacion	<input type="checkbox"/>
Lesiones Rojas	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Localizacion	<input type="checkbox"/>
Lesiones Ulcerosas	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Localizacion	<input type="checkbox"/>

EPULIS TRAUMATICO SI NO Localizado Carrilos Localizado Reborde

PISO DE LA BOCA:

Ránula	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Localizacion	<input type="checkbox"/>
Hipertrofia de frenillo lingual	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>		
Torus lingual	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>		

CARRILLOS:

Aftas o estomatitis SI NO

GLÁNDULAS SALIVALES:

	G. Parótida	G. Submaxilar	G. Sublingual
Tumefacción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Secresión Purulenta
 Fluidez Salival
 Obstrucción de conductos salivales

PH SALIVAL
 ÁCIDO(ROJO)
 BÁSICO(AZUL)
 NORMAL(NO HAY CAMBIO)

FRENILLO LABIAL

NORMAL	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
INSERCIÓN BAJA	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
APÉNDICE DE FRENILLO	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Produce diastemas a nivel incisivos	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
NECESIDAD DE TRATAMIENTO	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

FRENILLO LINGUAL

NORMAL	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
ANQUILOGLOSIA	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
PRODUCE PROBLEMAS FONÉTICOS	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
NECESIDAD DE TRATAMIENTO	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

LENGUA:

FISURADA	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
GEOGRÁFICA	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
MACROGLOSIA	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

PATOLOGÍA PULPAR:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
-------------------	----	--------------------------	----	--------------------------

1. Inspección

Cambio de color	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Piezas:	<input type="checkbox"/>
Caries penetrante	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Piezas:	<input type="checkbox"/>
Exposición pulpar	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Piezas:	<input type="checkbox"/>
Líneas de fisura	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Piezas:	<input type="checkbox"/>
Fístula	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Piezas:	<input type="checkbox"/>
Microfiltración	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Piezas:	<input type="checkbox"/>

Fractura Si No Piezas:

Tejidos Dentales

Coronaria
Radicular
Corono-radicular

Tejidos de Soporte

Contusión
Subluxación
Luxación
Intrusión
Avulsión

2. Análisis del fenómeno doloroso

§ Provocado
§ Localizado
§ Corto
§ Intermitente
§ Espontaneo
§ Difuso
§ Prolongado
§ Continuo

§ Sordo
§ Expansivo
§ Pulsátil
§ Irradiado
§ Ocasional
§ Constante
§ Agudo
Otros

3. Palpación

Coronaria Sintomática Si No
Apical Sintomático Si No
Tumefacción firme
Tumefacción Blanda
Asintomático

4. Percusión

Horizontal Positivo Negativo
Vertical Positivo Negativo

5. Pruebas térmicas

frío Positivo Negativo Cede despues del estimulo
calor Positivo Negativo Al retirarlo persiste

6. Movilidad

Grado I Pieza
Grado II Pieza
Grado III Pieza

7. Sondaje periodontal

MV MeV DV
MP-L MeP-L DP-L

8. Diagnóstico Radiográfico

Cámara pulpar Normal
Modificada

Conductos radiculares Calcificación

Resorción interna
Resorción externa
Otros

Periápice

Lesión periapical Presente
Ausente
Ligamento periodontal Normal
Denso
Roto

9. DIAGNÓSTICO

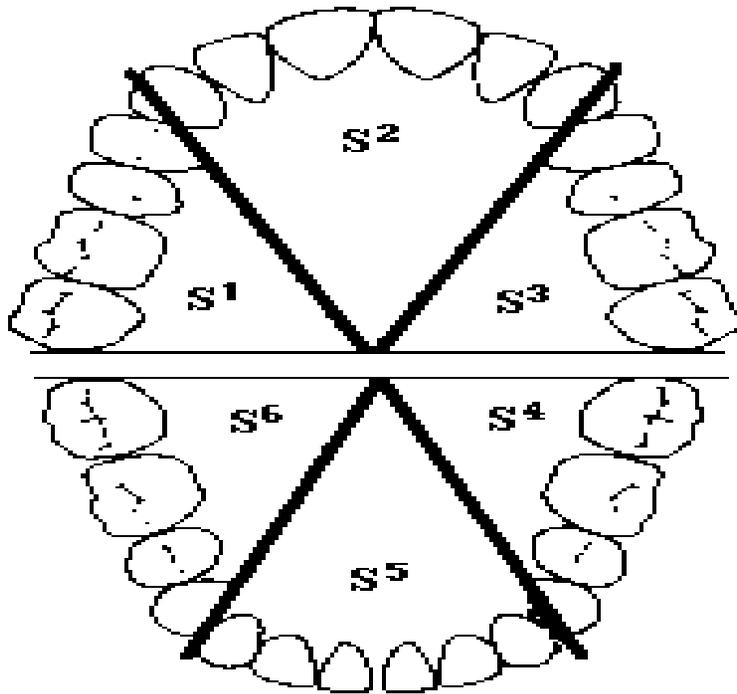
NECROSIS PULPAR
PULPITIS IRREVERSIBLE
PERIODONTITIS APICAL CRÓNICA
PULPITIS REVERSIBLE
ABSCESO DENTOALVEOLAR CRÓNICO
ABCESODENTO ALVEOLAR CON FISTULA
ABCESODENTO ALVEOLAR SIN FISTULA
DESPULPADO / RETRATAMIENTO

OTRO:

PATOLOGIA PERIODONTAL

EVALUACIÓN PERIODONTAL:

Índice de Necesidad de Tratamiento Periodontal de la Comunidad



NECESIDAD DE TRATAMIENTO PERIODONTAL

- 0 Tejidos sanos
- 1 Sangrado gingival
- 2 Presencia de cálculo y/o obturaciones defectuosas
- 3-4 Bolsa patológica de 3,5 a 5,5mm

S 1:	S2:	S3:
S4:	S5:	S6:
FECHA:		
Código 0: Mantener las medidas de prevención.		
Código 1: Instrucción de higiene bucal		
Código 2: Instrucción de higiene bucal Detartraje Eliminar obturaciones con desajustes		
Código 3 y 4: Instrucción de higiene bucal Detartraje supragingival y subgingival Pulido radicular		
DIAGNOSTICO		
OBSERVACIONES		

VALORACIÓN DE RAMFJORD

G0	<input type="checkbox"/>	G0	AUSENCIA DE INFLAMACION
G1	<input type="checkbox"/>	G1	Zona enrojada de encia que rodea diente
G2	<input type="checkbox"/>	G2	Gingivitis alrededor del diente
G3	<input type="checkbox"/>	G3	Enrojecimiento intenso, hemorragia, ulceraciones

PERIODONTITIS

Perdida de insercion de 3 mm - LEVE	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Perdida de insercion de 3 - 6 mm - MODERADO	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Perdida de insercion mayor 6 mm - SEVERO	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

PRESENCIA DE CÁLCULO DENTAL	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
-----------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------

CÁLCULO SUPRAGINGIVAL

PIEZA #16 ó 15 1/3 corona
 PIEZA #11 ó 21 1/3 corona
 PIEZA #24 ó 25 1/3 corona
 PIEZA #34 ó 35 1/3 corona
 PIEZA #31 ó 41 1/3 corona
 PIEZA #46 ó 45 1/3 corona

2/3 corona
 2/3 corona
 2/3 corona
 2/3 corona
 2/3 corona
 2/3 corona

3/3 corona
 3/3 corona
 3/3 corona
 3/3 corona
 3/3 corona
 3/3 corona

CÁLCULO SUBGINGIVAL

PIEZA #16 ó 15 1/3 raíz
 PIEZA #11 ó 21 1/3 raíz
 PIEZA #24 ó 25 1/3 raíz
 PIEZA #34 ó 35 1/3 raíz
 PIEZA #31 ó 41 1/3 raíz
 PIEZA #46 ó 45 1/3 raíz

2/3 raíz
 2/3 raíz
 2/3 raíz
 2/3 raíz
 2/3 raíz
 2/3 raíz

3/3 raíz
 3/3 raíz
 3/3 raíz
 3/3 raíz
 3/3 raíz
 3/3 raíz

INDICE IHOS

Placa Bacteriana

PIEZA #16 ó 15 1/3 corona
 PIEZA #11 ó 21 1/3 corona
 PIEZA #24 ó 25 1/3 corona
 PIEZA #34 ó 35 1/3 corona
 PIEZA #31 ó 41 1/3 corona
 PIEZA #46 ó 45 1/3 corona

2/3 corona
 2/3 corona
 2/3 corona
 2/3 corona
 2/3 corona
 2/3 corona

3/3 corona
 3/3 corona
 3/3 corona
 3/3 corona
 3/3 corona
 3/3 corona

NECESIDAD DE TRATAMIENTO

Le gustaria recibir tratamiento odontologico

Si No Que tipo de tratamiento

Que tipo de atencion prefiere

Publica Privada

Conoce los servicios que ofrece la clinicaodontologica de la UNL

Si No

Le gustaria ser atendido en la clinicaodontologica de la UNL

Si No

Esta Ud. en posibilidades de costear un Tx. Odontologico

Si No Porque

RESPONSABLE:

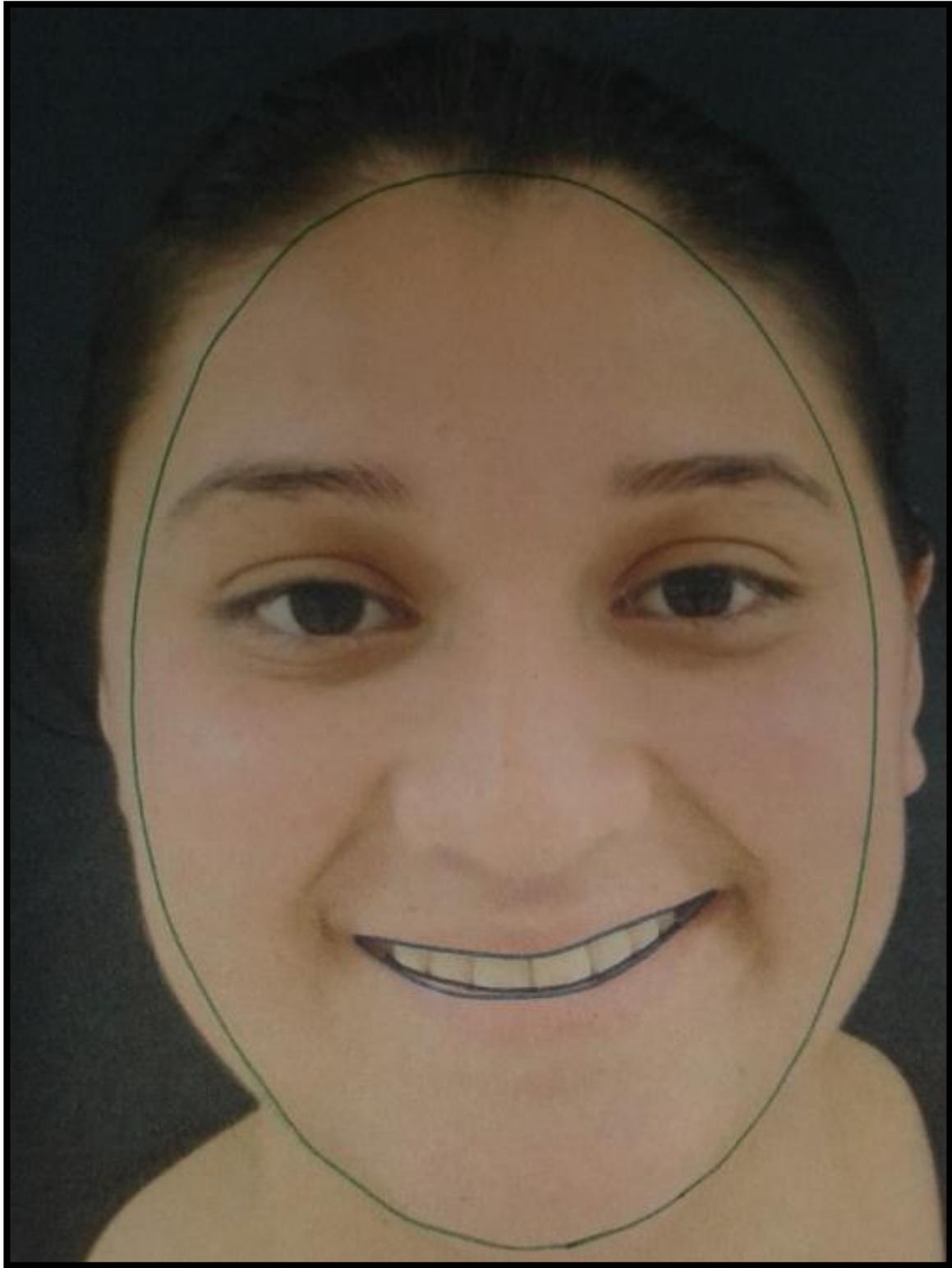
ANEXO 2. FOTOGRAFÍAS ANALISIS DEL ROSTRO Y LINEA DE SONRISA



FUENTE: Fotografía 1. Rostro ovalado, línea de sonrisa media, relación convexa en contacto. Fotografías extraorales del Macroproyecto. "VALORACIÓN INTEGRAL DEL ESTADO DE SALUD BUCODENTAL DE LOS Y LAS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL"



FUENTE: Fotografía 2. Rostro ovalado, línea de sonrisa baja, relación convexa sin contacto. Fotografías extraorales del Macroproyecto. "VALORACIÓN INTEGRAL DEL ESTADO DE SALUD BUCODENTAL DE LOS Y LAS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL"



FUENTE: Fotografía 3. Rostro ovalado, línea de sonrisa baja, relación convexa en contacto. Fotografías extraorales del Macroproyecto. "VALORACIÓN INTEGRAL DEL ESTADO DE SALUD BUCODENTAL DE LOS Y LAS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL"



FUENTE: Fotografía 4. Rostro ovalado, línea de sonrisa alta, relación convexa sin contacto. Fotografías extraorales del Macroproyecto. "VALORACIÓN INTEGRAL DEL ESTADO DE SALUD BUCODENTAL DE LOS Y LAS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL"



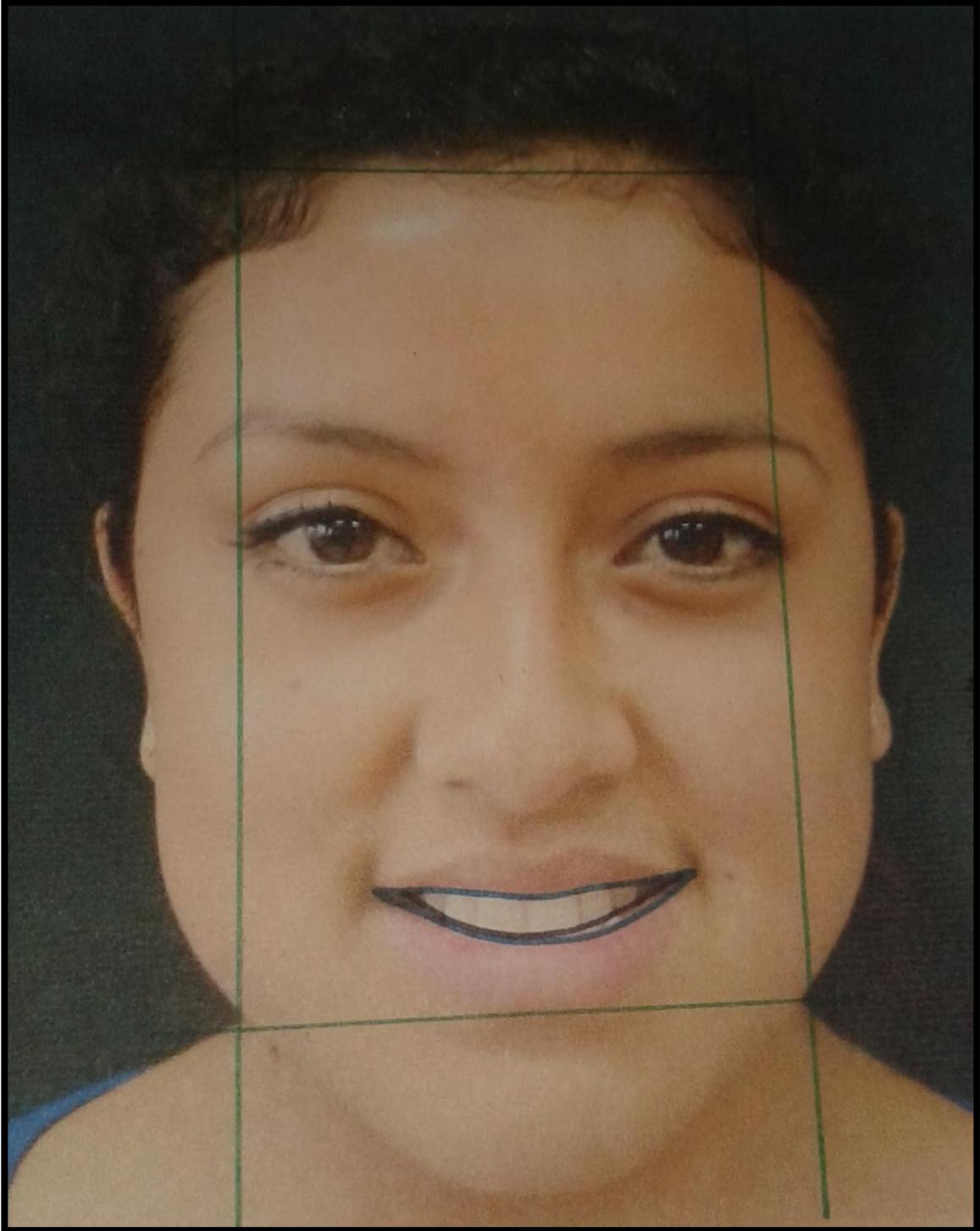
FUENTE: Fotografía 5. Rostro ovalado, línea de sonrisa baja, relación convexa sin contacto. Fotografías extraorales del Macroproyecto. “VALORACIÓN INTEGRAL DEL ESTADO DE SALUD BUCODENTAL DE LOS Y LAS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL”



FUENTE: Fotografía 6. Rostro ovalado, línea de sonrisa baja, relación convexa sin contacto. Fotografías extraorales del Macroproyecto. "VALORACIÓN INTEGRAL DEL ESTADO DE SALUD BUCODENTAL DE LOS Y LAS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL"



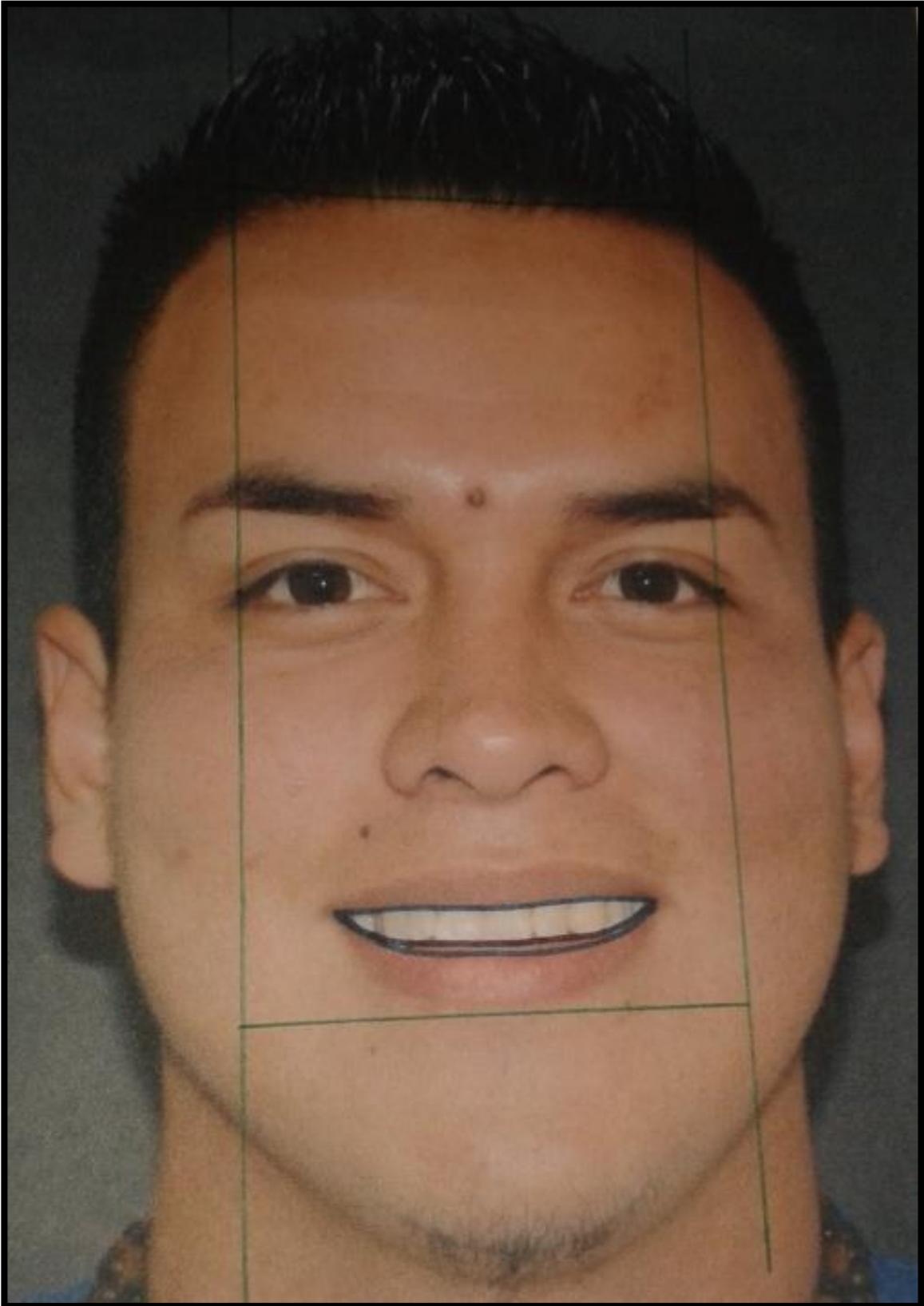
FUENTE: Fotografía 7. Rostro ovalado, línea de sonrisa baja, relación convexa sin contacto. Fotografías extraorales del Macroproyecto. "VALORACIÓN INTEGRAL DEL ESTADO DE SALUD BUCODENTAL DE LOS Y LAS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL"



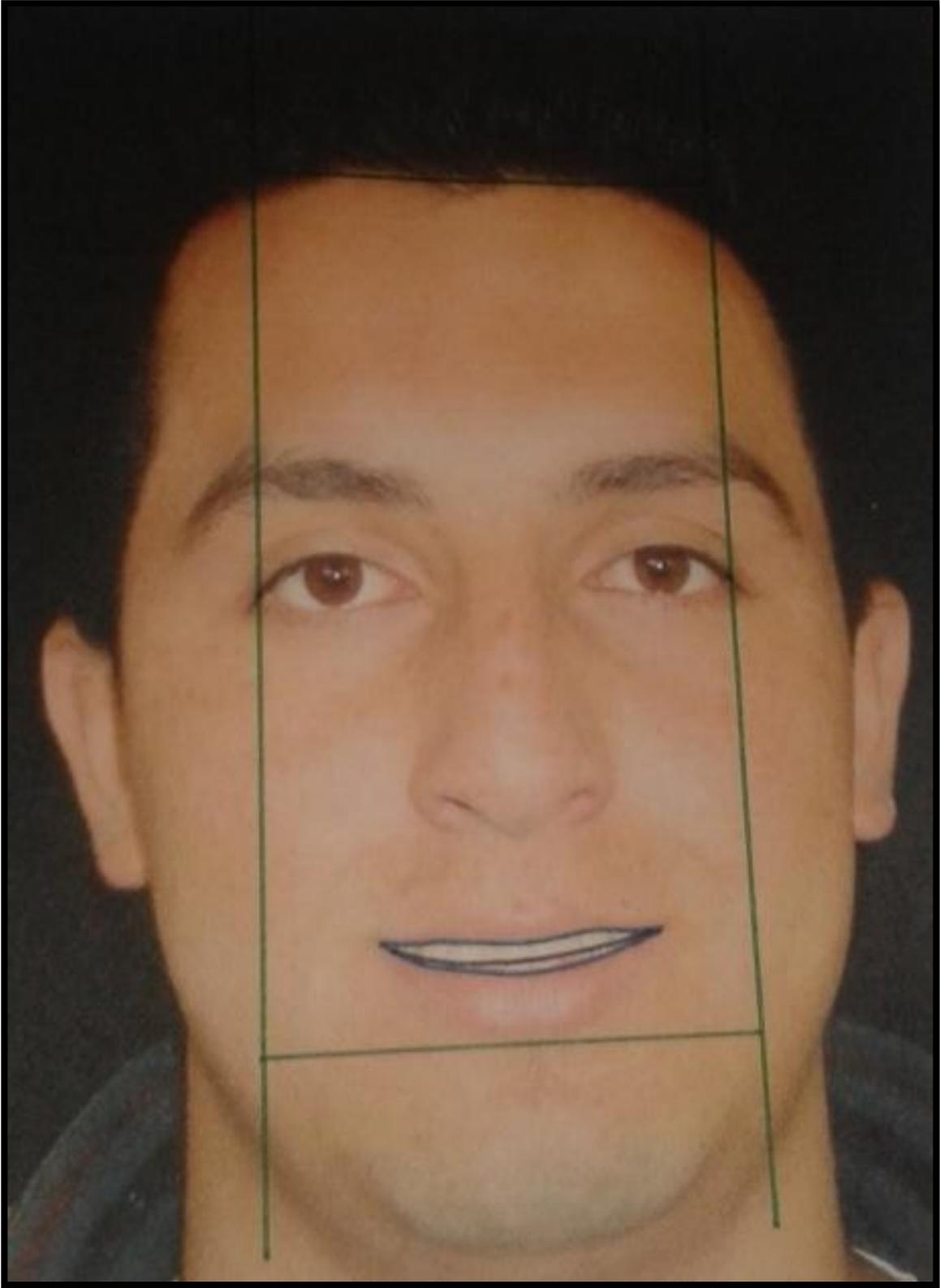
FUENTE: Fotografía 8. Rostro cuadrado, línea de sonrisa baja, relación convexa en contacto. Fotografías extraorales del Macroproyecto. "VALORACIÓN INTEGRAL DEL ESTADO DE SALUD BUCODENTAL DE LOS Y LAS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL"



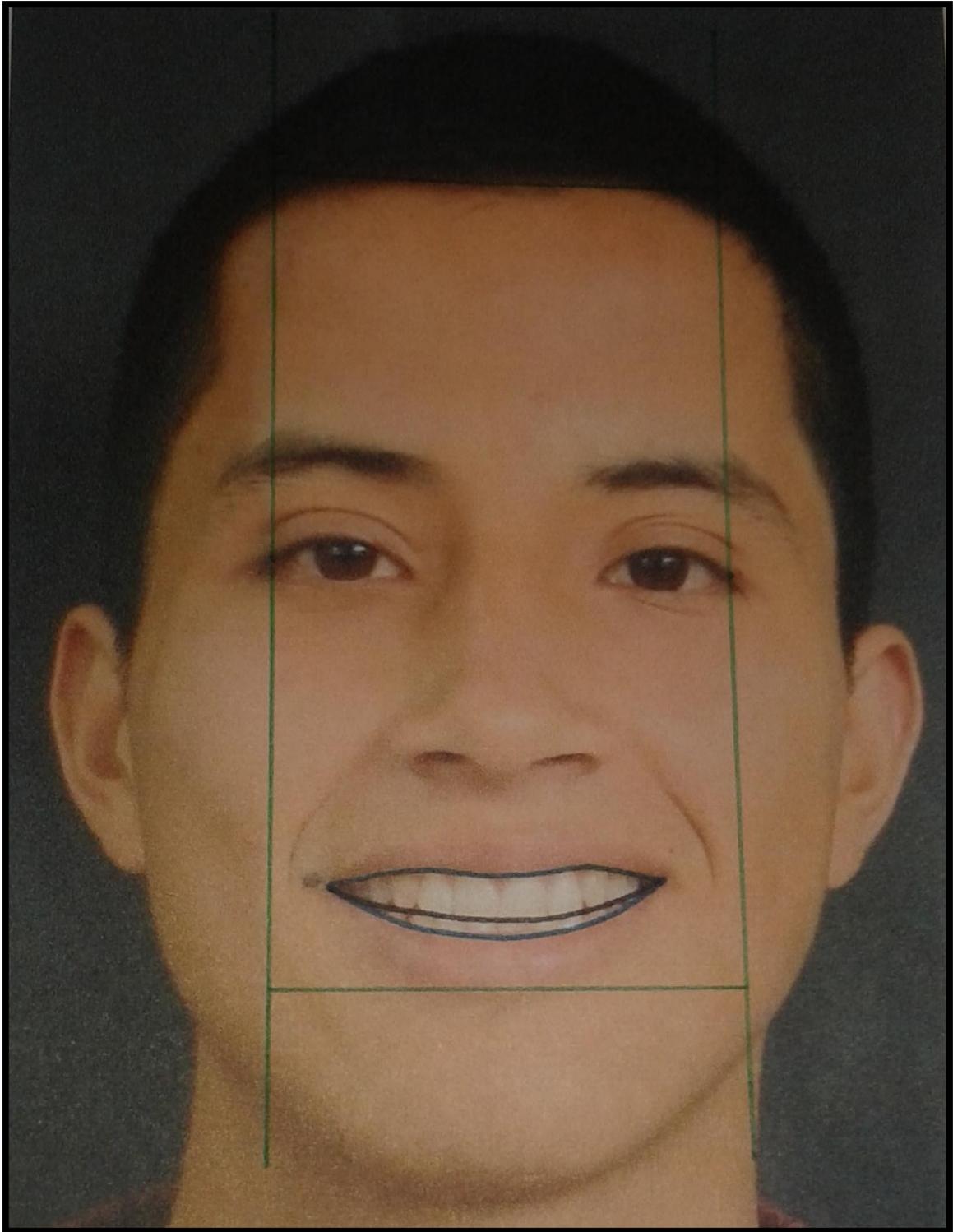
FUENTE: Fotografía 9. Rostro cuadrado, línea de sonrisa media, relación convexa sin contacto. Fotografías extraorales del Macroproyecto. "VALORACIÓN INTEGRAL DEL ESTADO DE SALUD BUCODENTAL DE LOS Y LAS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL"



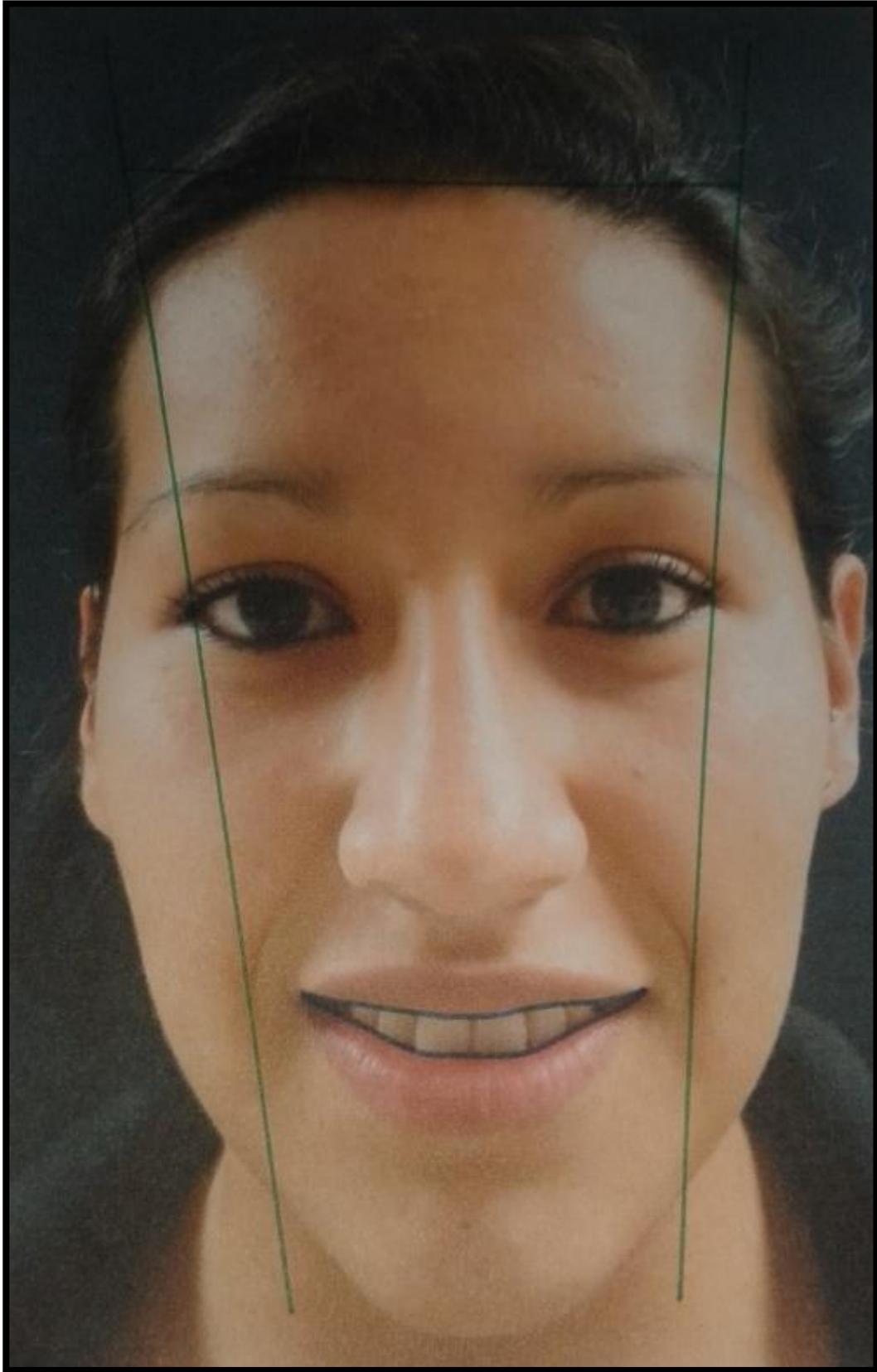
FUENTE: Fotografía 10. Rostro cuadrado, línea de sonrisa media, relación convexa sin contacto. Fotografías extraorales del Macroproyecto. "VALORACIÓN INTEGRAL DEL ESTADO DE SALUD BUCODENTAL DE LOS Y LAS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL"



FUENTE: Fotografía 11. Rostro cuadrado, línea de sonrisa baja, relación convexa sin contacto. Fotografías extraorales del Macroproyecto. "VALORACIÓN INTEGRAL DEL ESTADO DE SALUD BUCODENTAL DE LOS Y LAS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL"



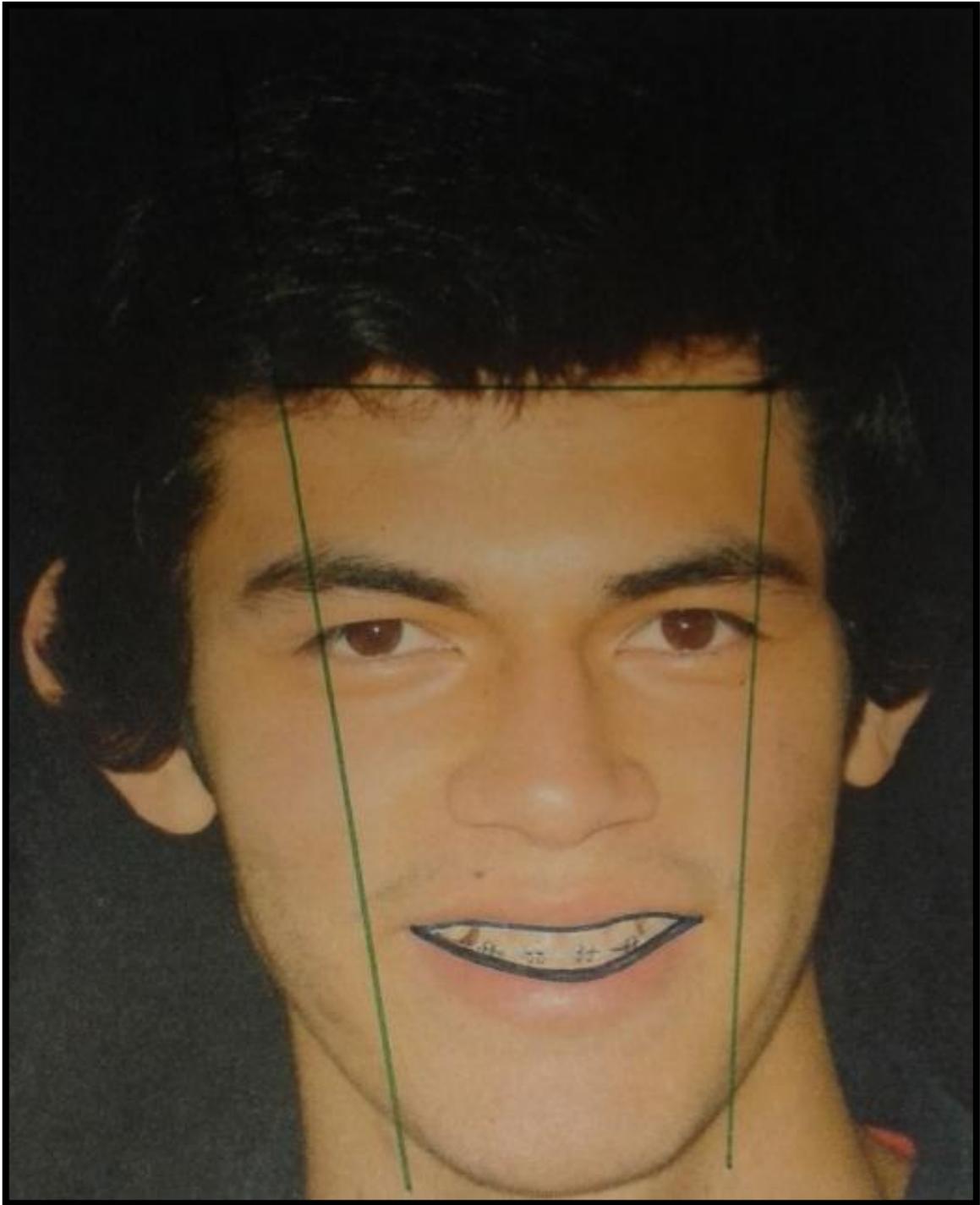
FUENTE: Fotografía 12. Rostro cuadrado, línea de sonrisa media, relación convexa sin contacto. Fotografías extraorales del Macroproyecto. "VALORACIÓN INTEGRAL DEL ESTADO DE SALUD BUCODENTAL DE LOS Y LAS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL"



FUENTE: Fotografía 13. Rostro triangular, línea de sonrisa media, relación convexa en contacto. Fotografías extraorales del Macroproyecto. "VALORACIÓN INTEGRAL DEL ESTADO DE SALUD BUCODENTAL DE LOS Y LAS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL"



FUENTE: Fotografía 14. Rostro triangular, línea de sonrisa media, relación convexa sin contacto. Fotografías extraorales del Macroproyecto. "VALORACIÓN INTEGRAL DEL ESTADO DE SALUD BUCODENTAL DE LOS Y LAS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL"

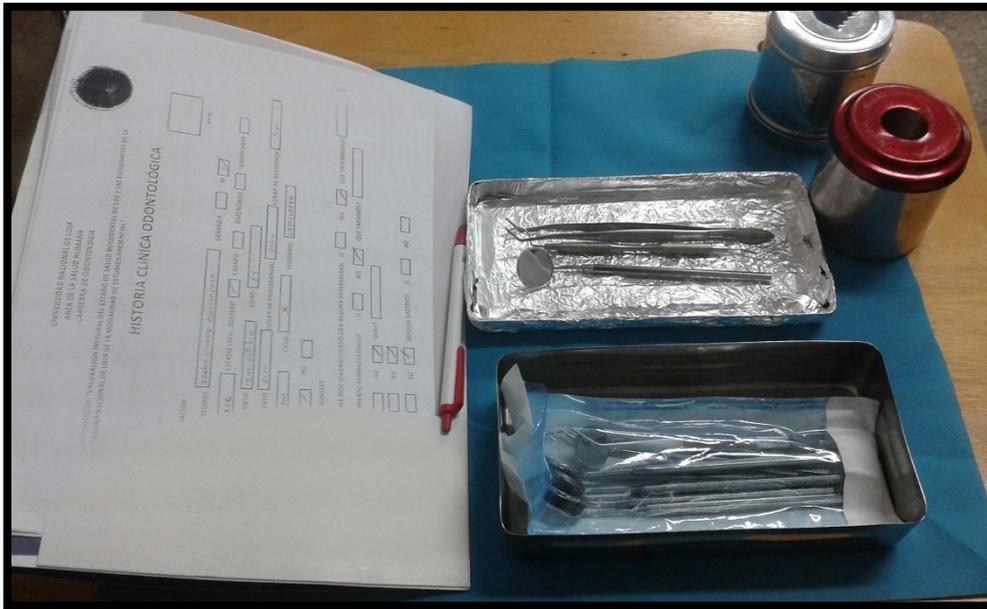


FUENTE: Fotografía 15. Rostro triangular, línea de sonrisa media, relación convexa en contacto. Fotografías extraorales del Macroproyecto. "VALORACIÓN INTEGRAL DEL ESTADO DE SALUD BUCODENTAL DE LOS Y LAS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL"



FUENTE: Fotografía 16. Rostro triangular, línea de sonrisa media, relación convexa sin contacto. Fotografías extraorales del Macroproyecto. "VALORACIÓN INTEGRAL DEL ESTADO DE SALUD BUCODENTAL DE LOS Y LAS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL"

ANEXO 3. FOTOGRAFÍAS DE LA REALIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNL



FUENTE: Fotografía 17. Implementos utilizados para la realización de diagnósticos.
AUTOR: EL INVESTIGADOR



FUENTE: Fotografía 18. Realización de diagnósticos.
AUTOR: EL INVESTIGADOR

ANEXO 4. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO OPERATIVO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Género		Fenotipo	Características fisiológicas	Femenino Masculino
Forma del rostro	Determinada por las características faciales	Tres formas básicas	Altura de la cara Ancho de la cara	Cuadrada Triangular ovoide
Tipo de Sonrisa	Es una de las formas no verbales más expresivas de comunicación, transmite una gama de emociones	Exposición incisal al sonreír Exposición gingival	Sonrisa alta Sonrisa media Sonrisa baja	Toda la longitud cervicoincisal de los I. Sup y una banda de encia. Se ve del 75 al 100% de los I. Sup y encia interproximal 75% de los incisivos superiores

ANEXO 5. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	MAYO				JUNIO				JULIO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				
Ejecución del Macro proyecto Levantamiento epidemiológico			X	X																					
Construcción de base de datos			X	X																					
Control de calidad de la base de datos			X	X	X																				
Elaboración del proyecto de tesis						X	X																		
Presentación para la declaratoria de pertinencia del proyecto de tesis																									
Elaboración y														X	X										

INDICE

PORTADA.....	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
AUTORÍA.....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
TITULO.....	7
RESUMEN.....	8
SUMMARY.....	9
INTRODUCCIÓN.....	10
REVISIÓN DE LITERATURA.....	13
CAPITULO I	
TIPOS FACIALES.....	13
BIOTIPO FACIAL.....	13
EXAMEN DIAGNÓSTICO.....	15
EXAMEN DE LA CARA.....	15
EXAMEN DE FRENTE.....	15
REGLA DE LOS TERCIOS VERTICALES.....	16
PROPORCIONES FACIALES.....	17
INCLINACIÓN FACIAL.....	17
EVALUACIÓN DE LA NARIZ.....	17
ESTUDIO DE LOS DOS TERCIOS INFERIORES.....	18
CAPITULO 2	
EVALUACION DEL ROSTRO.....	19
RESEÑA HISTORICA.....	19
ASPECTOS A CONSIDERAR EN EL ANALISIS FACIAL.....	21
ESTUDIO Y ANALISIS DE LA CARA.....	23
FORMAS DEL ROSTRO.....	29
CAPITULO 3	
EVALUACIÓN DE LA SONRISA.....	31
CONCEPTO SONRISA.....	31
FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA ESTÉTICA DE LA	

SONRISA.....	32
PROPORCIONES DIVINAS.....	32
VISIBILIDAD DENTARIA.....	33
LÍNEA DE SONRISA.....	33
LA SONRISA GINGIVAL.....	34
LÍNEA GINGIVAL.....	34
ESPACIO NEGRO.....	35
LA LÍNEA MEDIA.....	35
CARACTERISTICAS VERTICALES DE LA SONRISA.....	36
LÍNEA DE SONRISA.....	36
BORDE INCISAL.....	38
CURVA INCISIVA FRENTE AL LABIO INFERIOR.....	38
CURVA INCISIVA CONVEXA.....	38
CURVA INCISAL PLANA O INVERSA.....	39
SÍMETRÍA HORIZONTAL.....	40
MATERIALES Y MÉTODOS.....	41
RESULTADOS.....	44
DISCUSIÓN.....	57
CONCLUSIONES.....	59
RECOMENDACIONES.....	60
BIBLIOGRAFÍA.....	61
ANEXOS.....	64

ÍNDICE DE GRÁFICOS

1. FIG.1. EXAMEN DE LA CARA.....	15
2. FIG. 2. TERCIOS INFERIORES.....	18
3. FIG. 3. FORMAS DEL ROSTRO.....	30
4. FIG. 4. LINEA DE SONRISA.....	37
5. FIG. 5. CURVA INCISIVA FRENTE AL LABIO INFERIOR.....	39
6. FOTOGRAFÍA 1. ROSTRO OVALADO, LÍNEA DE SONRISA MEDIA, RELACIÓN CONVEXA EN CONTACTO....	78
7. FOTOGRAFÍA 2. ROSTRO OVALADO, LÍNEA DE SONRISA BAJA, RELACIÓN CONVEXA SIN CONTACTO.....	79
8. FOTOGRAFÍA 3. ROSTRO OVALADO, LÍNEA DE SONRISA BAJA, RELACIÓN CONVEXA EN CONTACTO.....	80
9. FOTOGRAFÍA 4. ROSTRO OVALADO, LÍNEA DE SONRISA ALTA, RELACIÓN CONVEXA SIN CONTACTO.....	81
10. FOTOGRAFÍA 5. ROSTRO OVALADO, LÍNEA DE SONRISA BAJA, RELACIÓN CONVEXA SIN CONTACTO.....	82
11. FOTOGRAFÍA 6. ROSTRO OVALADO, LÍNEA DE SONRISA BAJA, RELACIÓN CONVEXA SIN CONTACTO.....	83
12. FOTOGRAFÍA 7. ROSTRO OVALADO, LÍNEA DE SONRISA BAJA, RELACIÓN CONVEXA SIN CONTACTO.....	84
13. FOTOGRAFÍA 8. ROSTRO CUADRADO, LÍNEA DE SONRISA BAJA, RELACIÓN CONVEXA EN CONTACTO.....	85
14. FOTOGRAFÍA 9. ROSTRO CUADRADO, LÍNEA DE SONRISA MEDIA, RELACIÓN CONVEXA SIN CONTACTO.....	86
15. FOTOGRAFÍA 10. ROSTRO CUADRADO, LÍNEA DE SONRISA MEDIA, RELACIÓN CONVEXA SIN CONTACTO...	87
16. FOTOGRAFÍA 11. ROSTRO CUADRADO, LÍNEA DE SONRISA BAJA, RELACIÓN CONVEXA SIN CONTACTO.....	88
17. FOTOGRAFÍA 12. ROSTRO CUADRADO, LÍNEA DE SONRISA MEDIA, RELACIÓN CONVEXA SIN CONTACTO....	89
18. FOTOGRAFÍA 13. ROSTRO TRIANGULAR, LÍNEA DE SONRISA MEDIA, RELACIÓN CONVEXA EN CONTACTO....	90
19. FOTOGRAFÍA 14. ROSTRO TRIANGULAR, LÍNEA DE	

SONRISA MEDIA, RELACIÓN CONVEXA SIN CONTACTO...	91
20.FOTOGRAFÍA 15. ROSTRO TRIANGULAR, LÍNEA DE SONRISA MEDIA, RELACIÓN CONVEXA EN CONTACTO...	92
21.FOTOGRAFÍA 16. ROSTRO TRIANGULAR, LÍNEA DE SONRISA MEDIA, RELACIÓN CONVEXA SIN CONTACTO....	93
22.FOTOGRAFÍA 17. IMPLEMENTOS UTILIZADOS PARA LA REALIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS.....	94
23.FOTOGRAFÍA 18. REALIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS.....	94

INDICE DE TABLAS

1. TABLA 1. FORMA DEL ROSTRO.....	44
2. TABLA 2. RELACIÓN ENTRE LA FORMA DEL ROSTRO OVALADO Y EL LABIO SUPERIOR EN MUJERES.....	45
3. TABLA 3. RELACIÓN ENTRE LA FORMA DEL ROSTRO OVALADO Y EL LABIO INFERIOR EN MUJERES.....	46
4. TABLA 4. RELACIÓN ENTRE LA FORMA DEL ROSTRO OVALADO Y EL LABIO SUPERIOR EN HOMBRES.....	47
5. TABLA 5. RELACIÓN ENTRE LA FORMA DEL ROSTRO OVALADO Y EL LABIO INFERIOR EN HOMBRES.....	48
6. TABLA 6. RELACIÓN ENTRE LA FORMA DEL ROSTRO CUADRADO Y EL LABIO SUPERIOR EN MUJERES.....	49
7. TABLA 7. RELACIÓN ENTRE LA FORMA DEL ROSTRO CUADRADO Y EL LABIO INFERIOR EN MUJERES.....	50
8. TABLA 8. RELACIÓN ENTRE LA FORMA DEL ROSTRO CUADRADO Y EL LABIO SUPERIOR EN HOMBRES.....	51
9. TABLA 9. RELACIÓN ENTRE LA FORMA DEL ROSTRO CUADRADO Y EL LABIO INFERIOR EN HOMBRES.....	52
10. TABLA 10. RELACIÓN ENTRE LA FORMA DEL ROSTRO TRIANGULAR Y EL LABIO SUPERIOR EN MUJERES.....	53
11. TABLA 11. RELACIÓN ENTRE LA FORMA DEL ROSTRO TRIANGULAR Y EL LABIO INFERIOR EN MUJERES.....	54
12. TABLA 12. RELACIÓN ENTRE LA FORMA DEL ROSTRO TRIANGULAR Y EL LABIO SUPERIOR EN HOMBRES.....	55
13. TABLA 13. RELACIÓN ENTRE LA FORMA DEL ROSTRO TRIANGULAR Y EL LABIO INFERIOR EN HOMBRES.....	56