

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



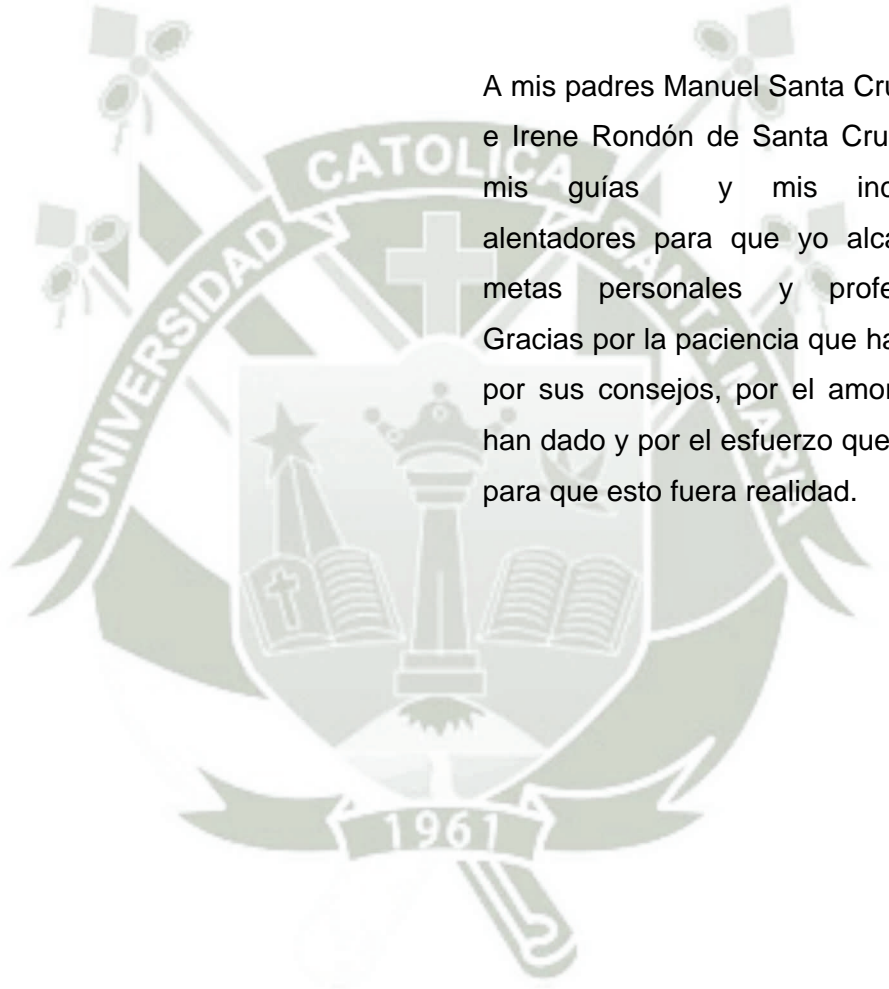
“RELACION DE LA LONGITUD Y GROSOR LABIALES, CON EL NIVEL DE EXPOSICION CORONARIA DE LOS INCISIVOS CENTRALES SUPERIORES ENTRE ALUMNOS DE AMBOS SEXOS DEL NOVENO SEMESTRE CLINICA ODONTOLOGICA UCSM AREQUIPA- 2013”

Tesis presentado por el Bachiller:
CHRISTIAN RICARDO SANTA CRUZ RONDÓN

Para optar el Título Profesional de
CIRUJANO DENTISTA

**AREQUIPA-PERÚ
2013**

A Dios Padre porque me diste las fuerzas y porque en tu amor todo es posible. Mi amigo que nunca falla.



A mis padres Manuel Santa Cruz Rufrán e Irene Rondón de Santa Cruz por ser mis guías y mis incansables alentadores para que yo alcance mis metas personales y profesionales. Gracias por la paciencia que han tenido, por sus consejos, por el amor que me han dado y por el esfuerzo que pusieron para que esto fuera realidad.

A mis hermanos mayores Gladys, Katherine, Walter, Mónica y Verónica por ser mis compañeros de niñez y de juventud su cariño y confianza en mí.

A mi gran amor Torali, por tú apoyo constante y porque supiste inyectar alegría y felicidad a mi corazón. Gracias por seguir mis pasos y por invitarme también a seguir los tuyos. Te amo.



Sobre todo este trabajo de investigación y todos los que en el futuro publique son motivados por mi hijo Tomas Mateo. Por ser ese pedacito de cielo que bendijo mi vida y la transformo de una manera extraordinaria. Te amo.

ÍNDICE

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO

I.- PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	11
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	11
1.1. DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA.....	11
1.2 ENUNCIADO:	11
1.3 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:.....	12
1.3.1 ÁREA DEL CONOCIMIENTO	12
1.3.2 ANÁLISIS DE VARIABLES	12
1.3.3 INTERROGANTES BÁSICAS:.....	13
1.3.4. TIPO DE INVESTIGACIÓN	13
1.3.5 NIVEL DE INVESTIGACIÓN	13
1.4 JUSTIFICACIÓN	13
1.4.1 Originalidad	13
1.4.2 Relevancia social:.....	14
1.4.3 Viabilidad:	14
1.4.4 Interés:.....	14
2. OBJETIVOS	14
3. MARCO TEÓRICO.....	15
3.1 ESTÉTICA	15
3.2 ESTÉTICA EN LA ODONTOLOGÍA.....	16
3.2.1 HISTORIA DE LA ESTÉTICA EN ODONTOLOGÍA.....	16
3.2.2 PRINCIPIOS DE ESTÉTICA DENTAL.....	17
3.2.2.1 ESTÉTICA.....	17
3.2.2.2 COSMÉTICA	18
3.2.2.3 PROPORCIÓN ÁUREA	18
3.2.2.4 CORREDOR BUCAL	19
3.2.2.5 PRINCIPIOS APLICADOS A LOS TRATAMIENTOS	
RESTAURADORES	19
A.- COMPOSICIÓN.....	19

B.- LÍNEAS	20
C.- SIMETRÍA DENTARIA	21
3.2.2.6 PROPORCIÓN ÁUREA APLICADA A LA ODONTOLOGÍA.....	22
3.3 TAMAÑO DE LOS DIENTES	23
A.- ANCHO MESIODISTAL Y LONGITUD GINGIVOINCISAL	23
B. PROPORCIÓN ESTÉTICA DE LOS DIENTES	23
3.4 LABIOS.....	24
a.- Configuración y Tipos de Labios	24
b.- Espesura de los labios superior e inferior.....	24
c.- Ancho de los labios.....	25
d.- Longitud de los Labios.....	26
e.- Espacio Interlabial	26
f.- Evaluación de los Labios y su Efecto en la Visibilidad de los Dientes	27
3.4.1FORMA DE LOS LABIOS.....	27
3.4.2 FILTRUM LABIAL	28
3.5 EXPOSICIÓN DEL DIENTE EN REPOSO.....	28
3.6 RELACIÓN LABIAL	29
3.7. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	31
4. HIPÓTESIS	31

CAPITULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	33
1. TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN	33
1.1 TÉCNICA	33
1.1.1 DESCRIPCIÓN	34
1.2 INSTRUMENTOS.....	34
1.2.1 Instrumento documental	34
1.2.2. Instrumento mecánico.....	34
1.3 PROCEDIMIENTO	35
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	35
2.1 ÁMBITO ESPACIAL	35
2.2 UBICACIÓN TEMPORAL	36
2.3 UNIDADES DE ESTUDIO	36

2.3.1 IDENTIFICACIÓN DE GRUPOS	36
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN	36
3.1 ORGANIZACIÓN	36
3.2 RECURSOS	37
3.2.1 RECURSOS FÍSICOS E INSTITUCIONALES	37
3.2.2 RECURSOS ECONÓMICOS	37
3.2.3 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO.....	37
4 ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS	38
4.1 Nivel de Sistematización	38
a. Tipo de procedimiento	38
b. Plan de operaciones	38
4.2 Nivel de Estudio de los Datos.....	39
a.- Metodología de la Interpretación	39
b.- Operaciones para Interpretar los Datos.....	39
c.- Niveles de Interpretación	39
4.3 Nivel de Conclusiones	39
4.4 Nivel de Recomendaciones.....	40
a. Forma: Sugerencias, programas, proyectos.....	40
b. Orientación	40
5. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	41
CAPITULO III : RESULTADOS	
RESULTADOS	43
CONCLUSIONES.....	57
RECOMENDACIONES	58
BIBLIOGRAFÍA	59
ANEXOS	60

RESUMEN

El presente trabajo se realizó con la finalidad de comprobar si existe relación de las características morfológicas del labio superior como son la longitud y grosor, con el nivel de exposición de los incisivos centrales superiores entre alumnos de ambos sexos del noveno semestre de la clínica odontológica de la Universidad Católica Santa de María de la ciudad de Arequipa.

Se ha tomado como muestra a 54 alumnos, de los cuales fueron 27 del sexo femenino y 27 del sexo masculino. Buscando igualdad en cada grupo de las muestras tomadas.

Los datos fueron tomados mediante el examen clínico, la toma de fotografías a cada alumno y la respectiva medición de sus longitudes labiales, el grosor y las exposiciones coronarias del incisivo central superior.

La información se consignó en la ficha de registro documental y con ella se elaboró la matriz de datos.

En la investigación se utilizó la prueba de Ude Mann Whitney, T de Student y los análisis de varianzas respectivos que nos dio como resultado: que el sexo masculino existe una relación directa para la longitud e indirecta para el grosor del labio superior con respecto a los niveles de exposición del incisivo central superior. Pero en el sexo femenino no se encontró ninguna relación.

ABSTRACT

This work was carried out with the purpose of checking if there is a relationship of the morphological characteristics of the upper lip as are the length and thickness, with the level of exposure of the upper central incisors among students of both sexes of the ninth semester dental clinic at the Catholic University Santa Maria from the city of Arequipa.

It has been sampled to 54 students, of who were 27 female and 27 male. Seeking equality in each group of samples taken.

Data were taken by clinical examination, the taking of photographs to each student and the respective measurement of their lip lengths, thickness and coronary exposures of the upper central incisor.

The information was recorded in the log tab of documentary and it was developed with the data matrix.

In this research study, we used the test U Mann-Whitney, Student's t test and the analysis of variances respective who gave us as a result: that the male sex there is a direct relationship to the length and indirect for the thickness of the upper lip with respect to the levels of exposure of the upper central incisor. But in the female gender was not found any relationship.

INTRODUCCIÓN

El mantenimiento y restablecimiento de la salud, función y estética son los objetivos principales de la odontología general.

En los últimos años el aumento del interés por la estética en la sociedad, nos ha motivado cada vez más a los profesionales de la salud oral a buscar principios y parámetros estéticos como guías para resolver diferentes problemas que se presentan en la odontología restauradora.

La estética en la odontología busca la proporción entre las dimensiones dentarias para la obtención de la armonía facial.

La sonrisa es parte fundamental en la estética facial, y todos los órganos que están vinculados con esta belleza, como son los labios, los dientes, los diferentes músculos y anexos de la boca en general. Forman parte de una estética integral.

Las diferentes morfologías labiales, como son en su longitud, labios largos, cortos y medianos. Y los diferentes grosores en su bermellón labial como son gruesos, delegados, mixtos y medianos. fueron estas características las que motivaron a pensar una simple relación con las exposiciones dentales.

Es así que comenzó esta investigación en personas jóvenes, como son los estudiantes del último año de la facultad de odontología de la Universidad Católica de Santa María por ser personas en busca de un interés estético para consigo mismos y por su hambre de conocimientos para su futuro como profesionales de la salud dental.



**CAPITULO I:
PLANTEAMIENTO TEÓRICO**

I.- PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

La estética en la atención odontológica es una razón cada vez más fuerte por la cual el paciente acude al consultorio odontológico; ya que en el siglo XXI se ha convertido en parte muy importante no solo sentirse bien sino verse bien.

Las numerosas restauraciones de tipo protésicas y reconstructivas en todas sus formas nos llevan siempre a tener resultados no solo funcionales sino también estéticos , y las demandas por buscar mayores y mejores expectativas estéticas para nuestros pacientes nos llevan a investigar y a apoyarnos de mayores parámetros científicos estéticos.

1.2 ENUNCIADO:

“RELACIÓN DE LA LONGITUD Y GROSOR LABIALES, CON EL NIVEL DE EXPOSICIÓN CORONARIA DE LOS INCISIVOS CENTRALES SUPERIORES ENTRE ALUMNOS DE AMBOS SEXOS DEL NOVENO SEMESTRE CLÍNICA ODONTOLÓGICA U.C.S.M. AREQUIPA- 2013”

1.3 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

1.3.1 ÁREA DEL CONOCIMIENTO

Área General : Ciencias de la Salud
Área Específica : Odontología
Especialidad : Rehabilitación oral
Línea o tópico : Estética dental

1.3.2 ANÁLISIS DE VARIABLES

VARIABLES	INDICADORES	
Longitud labial	Corto	Expresión en milímetros
	medio	
	largo	
Espesor labial	delgado	Expresión en milímetros
	medio	
	grueso	
Exposición de los incisivos centrales superiores	Expresión en milímetros	

1.3.3 INTERROGANTES BÁSICAS:

- a) ¿Una mayor o menor longitud del labio superior tendrá relación en la exposición del incisivo central superior en alumnos de ambos sexos del noveno semestre de la clínica odontológica de la U.C.S.M. Arequipa – 2013?
- b) ¿Una mayor o menor grosor del labio superior tendrá relación determinante en la exposición del incisivo central superior en alumnos de ambos sexos del noveno semestre de la clínica odontológica de la U.C.S.M. Arequipa – 2013?

1.3.4. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es una investigación de campo clínico.

1.3.5 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo.

1.4 JUSTIFICACIÓN

1.4.1 Originalidad

El presente trabajo de investigación no ha sido estudiado todavía cuando menos en la facultad de odontología de la U.C.S.M., así mismo es problema actual y contemporáneo para la práctica odontológica en el campo estético.

1.4.2 Relevancia social:

Contribuye de interés social de las personas pues en la actualidad existen mayores exigencias por parte de la población por su aspecto estético y restaurador, sobre todo en el sector anterior dental y en poblaciones jóvenes.

1.4.3 Viabilidad:

Esta investigación es viable porque se ha previsto de las unidades de estudio, porque se tiene los conocimientos respectivos así como el tiempo necesario.

1.4.4 Interés:

Es de interés personal porque es un reto académico y personal. Así mismo el presente trabajo tiene como finalidad optar el título profesional de cirujano dentista

2. OBJETIVOS

- 2.1 Analizar y determinar si las exposiciones del incisivo central superior tienen relación directa y positiva en las diferentes longitudes del labio superior, que muestran en los alumnos del noveno semestre de la clínica odontológica de la U.C.S.M. Arequipa – 2013.
- 2.2 Analizar y determinar si las exposiciones del incisivo central superior tienen relación directa y positiva en los diferentes grosores del labio superior, que muestran en los alumnos del

noveno semestre de la clínica odontológica de la U.C.S.M. Arequipa – 2013.

- 2.3 Clasificar de forma cualitativa los diferentes tipos de interrelaciones encontradas.

Para su ejecución he consultado a diferentes fuentes de investigación las cuales han sido recolectadas acuciosamente y leídas para tener un panorama integral que me ayude a tener una visión global del problema.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 ESTÉTICA

Estética es un término con diferentes acepciones. En el lenguaje coloquial denota en general lo bello, y en la filosofía tiene diversas definiciones: por un lado es la rama que tiene por objeto el estudio de la esencia y la percepción de la belleza, por otro lado puede referirse al campo de la teoría del arte, y finalmente puede significar el estudio de la percepción en general, sea sensorial o entendida de manera más amplia.

La Estética, así definida, es el dominio de la filosofía que estudia el arte y sus cualidades, tales como la belleza, lo eminente, lo feo o la disonancia, desde que en 1750 (en su primera edición) y 1758 (segunda edición publicada) Baumgarten usara la palabra «estética» como *«ciencia de lo bello, misma a la que se agrega un estudio de la esencia del arte, de las relaciones de ésta con la belleza y los demás valores»*. Algunos autores han pretendido sustituirla por otra denominación: calología, que atendiendo a su etimología significa ciencia de lo bello (kalos, «bello»¹).

¹<http://es.wikipedia.org/wiki/Estetica>

La estética es la rama filosófica que estudia e investiga el origen del sentimiento puro y su manifestación, que es el arte, según asienta Kant en su *Crítica del juicio*.

3.2 ESTÉTICA EN LA ODONTOLOGÍA

3.2.1 HISTORIA DE LA ESTÉTICA EN ODONTOLOGÍA

Desde el principio de su existencia, el ser humano se ha sentido atraído por la belleza existente en la Naturaleza y ha tratado de emularla creando las diversas manifestaciones artísticas: pintura, escultura, música,... Por supuesto, uno de los más importantes objetos de estudio en este terreno ha sido el cuerpo humano. De este modo, a lo largo de los siglos se han ido estableciendo unos cánones de belleza a seguir, en concordancia con la situación sociocultural del momento.

Eso mismo se aplica a la odontología: los antiguos egipcios incrustaban piedras preciosas en los dientes en el 3000 a.C; los mayas se limaban los dientes con diferentes formas, alrededor del año 1000 d.C. En la antigua Roma eran comunes los enjuagues, bucales, los dentífricos y los palillos para los dientes. Incluso, los fenicios (800 a.C) y los etruscos (900 a.C) tallaban colmillos animales para asemejarlos a los dientes humanos perdidos, colocándolos en la boca de los pacientes mediante alambres.

Aunque durante la edad media el interés por la estética, y en particular la estética dental, no suscitó ningún interés, fue en el siglo XVIII cuando hubo un renacimiento de esta disciplina gracias, sobre todo, a Pierre Fauchard.

Posteriormente, el descubrimiento de materiales como el caucho vulcanizado por parte de Goodyear, que permitía la confección de prótesis a bajo coste, posibilitó el acceso a tratamientos dentales a la mayor parte de la población. Al mismo tiempo, el empleo de

porcelanas en los tratamientos hizo posible obtener unos resultados bastante aceptables estéticamente.

Sin embargo, fue en el siglo XX cuando se dieron los adelantos más notables en el campo de la odontología estética. Y ante todos éstos hay dos que sobresalen por su importancia: el descubrimiento del “grabado ácido” por parte de Buonocore, que permitía la adhesión de los materiales de restauración a los dientes. Y, en segundo lugar, la técnica de implantes dentales, por parte de Branemark, que permitía la restauración de los dientes perdidos sin necesidad del tallado (limado) de los dientes adyacentes.

Hoy en día, cada vez somos más conscientes de la importancia de la estética. Y, aunque la odontología es una rama de la medicina relativamente reciente, los adelantos en materiales y técnicas relacionados con la misma, nos permiten conseguir la excelencia en la mayor cantidad de casos clínicos que se nos presentan.

3.2.2 PRINCIPIOS DE ESTÉTICA DENTAL

3.2.2.1 ESTÉTICA

Estética es el arte de crear, reproducir, copiar y armonizar las restauraciones como las estructuras dentarias y anatómicas circunscritas de tal modo que el trabajo se torne bello, expresivo e imperceptible.

El concepto de estética incluye aspectos morfológicos y armónicos. La estética está íntimamente relacionada con la necesidad del paciente y regida por la forma y función, cuya interacción determina el tipo de tratamiento.²

3.2.2.2 COSMÉTICA

Cosmética incluye aspectos relacionados con la ciencia, material, color y la interacción entre ellos.

Cosmética está constituida por el conjunto de procedimientos operatorios y aplicación de materiales odontológicos específicos con el objetivo de alcanzar la belleza y la armonía requeridas por la estética.³

Cosmética es el término general que se aplica a todas las preparaciones y elementos de uso externo para acondicionar y embellecer los dientes.

3.2.2.3 PROPORCIÓN ÁUREA

Llamada también divina proporción o de oro. Esta proporción es reconocida como un principio organizado en una dirección segura para alcanzar la plenitud de la belleza natural.

Proporción áurea también se define como la correspondencia armónica entre dos partes desiguales, en el cual hay relación entre la parte menor y mayor e igual relación entre la parte mayor y el total de sus partes.

La proporción áurea se originó en los arquitectos del antiguo Egipto y sus pirámides y en los templos griegos, como el Partenón. Se expresaba en forma numérica y era aplicada por

²Mandelli, José

³Mandelli, José. "Estética y cosmética en Clínica Integrada Restauradora" Primera Edición

los matemáticos clásicos como Euclides y Pitágoras, en la búsqueda de la armonía divina universal y del equilibrio.

Es necesario mencionar que el número áureo es 0,618 o 1,618 o la relación áurea es (1,0:1,618 o 0,618:1,0).

3.2.2.4 CORREDOR BUCAL

El corredor bucal es el espacio dinámico que aparece en la sonrisa y puede ser descrita como un espacio bilateral, limitado lateralmente por el canto de la boca sonriente.

3.2.2.5 PRINCIPIOS APLICADOS A LOS TRATAMIENTOS RESTAURADORES

A.- COMPOSICIÓN

En el campo de la actividad de la odontología, se deben considerar composiciones dentales, dentofaciales y faciales.

Constituyen unidades vivas, dinámicas y activas, conteniendo una gran cantidad de contraste y características visibles:

- Composición dental: comprende el arreglo dental, los planos oclusal e incisal, la línea dental media, la forma de los arcos, la inclinación, tamaño, color, posición y textura de los dientes.
- Composición dentofacial: comprende el tipo y configuración de la sonrisa, espesor y dimensión de los labios, ancho de la boca, proporción áurea, gradación y espacios negativos laterales.

- Composición facial: comprende la dimensión vertical, proporción entre los tercios de la cara, línea media y simetría de la cara.⁴

Es la propiedad fisiológica de los ojos y de la visión. Una visión es posible cuando los ojos pueden diferenciar. El aumento de la visibilidad es proporcional al progreso del contraste. Somos capaces de ver debido al contraste de colores, líneas y texturas. La relación entre los objetos visibles por el contraste se llama composición. En ese campo de la composición se encuentra la composición dental, dentolabial y facial.⁵

B.- LÍNEAS

La composición donataria contiene un gran número de líneas imaginarias que son percibidas como los planos incisal y oclusal, línea media o la dirección axial del diente.

Partiendo de la premisa de que los ojos diferencian por causa del contraste del color, forma, línea media y textura, es obvio que el manejo del factor línea es un elemento muy importante en la composición estética dentaria. La línea que envuelve la forma de un diente adyacente, entre los dientes y el plano incisal y oclusal, entre los dientes y espacio negativos laterales, entre los dientes y el área del fondo oscuro y entre los dientes superiores e inferiores cuando la boca está abierta.⁶

La importancia de las líneas de las composiciones dentales o dentofaciales está lejos de ser negligente y merece atención porque ha sido afirmada por muchos factores como parte de la

⁴ Claude R. Rufenacht Ob. Cit

⁵ Mondelli, José Ob. cit

⁶ Mondelli Jose, Ob. Cit

belleza biológica y estructural dependiendo de la visualización de las líneas.⁷

C.- SIMETRÍA DENTARIA

Una de las preocupaciones básicas en la estética de la composición dental es la simetría entre los dientes que componen los segmentos de los lados derechos y a la izquierda de los arcos dentales. El aspecto estético de una sonrisa es gobernado extensamente por la simetría y proporcionalidad de los dientes (el cociente repetido, continuado o de oro) y para la localización de la línea media.⁸

Según Rufen chat, existen dos tipos de simetría dental: (1) simetría radial y (2) simetría horizontal. La simetría horizontal ocurre cuando una composición dental contiene elementos similares de la izquierda y de la derecha en una secuencia previsible y regular, sin ritmo y contrastes. La simetría radial es el resultado de la forma y la posición de los dientes, extendiéndose de un punto central, donde los lados izquierdo y derecho están de manera similar e interesante (imágenes en el espejo).⁹

Para Eduardo Miyashita la simetría se refiere a la disposición simétrica de ala línea que pasa por los ángulos de la boca en relación con la línea interpupilar.¹⁰

Algunos autores sostiene que una sonrisa puede ser estéticamente más agradable cuando los dientes abarcados por ella son simétricos. Es decir que solamente es estéticamente agradable lo que es simétrico, nos parece ir

⁷ Claude R. Rufenacht. Ibid

⁸ Mondelli Jose. Ob. Cit

⁹ Claude R Rufenach. Ob Cit

¹⁰ Miyashita Eduardo

contra la naturaleza humana, ya que los dientes homólogos, a pesar de ser muy semejantes, raramente son simétricos. Además de esto, podemos destacar el hecho de que las personas no son simétricas y aún si muchas de ellas son estéticamente agradables¹¹

3.2.2.6 PROPORCIÓN ÁUREA APLICADA A LA ODONTOLOGÍA

En odontología estética tres elementos de composición son requeridos simultáneamente para la unidad estética ideal en una sonrisa: La simetría a través de la línea media, la dominación anterior y central y la proporción regresiva, creados por la curva dentoalveolar del arco dentario.¹²

La simetría ocurre cuando se encuentra correspondencia de la forma, color, textura y posicionamiento entre los elementos dentarios de los hemiarcos superiores. Pequeñas variaciones son aceptables y pueden contribuir a la composición dentofacial.

A partir del conocimiento del concepto de la dominancia de los incisivos centrales, se debe reconocer que los incisivos laterales deben aparecer proporcionalmente menores en un 62% en relación a los centrales y así sucesivamente.¹³

En sonrisas armónicas la perspectiva puede ser percibida desde una vista frontal por la relación de la proporción áurea existente entre el ancho de la sonrisa, el segmento dentario anterior y el corredor bucal. Multiplicándose la mitad del ancho de la sonrisa por 0,618, se obtiene el valor aparente de la mitad del segmento dentario anterior del central al canino, ese valor a

¹¹BaratieriLuiz

¹²Snow S.R.

¹³Levin E.I. Ob. Cit

su vez se multiplica por 0,618 y se establece el valor del ancho del corredor bucal.¹⁴

Proporción áurea identificada por trazados digitalizados: Como la composición dentaria, dentofacial y facial.

3.3 TAMAÑO DE LOS DIENTES

A.- ANCHO MESIODISTAL Y LONGITUD GINGIVOINCISAL

Más allá de la forma anatómica, el conocimiento de la altura, del ancho de las coronas de los dientes anteriores es importante porque provee al profesional las dimensiones de a las formas geométricas básicas, sin la restricción del sentido creativo-artístico, permitirán que el cirujano dentista utilice estos elementos cuantitativos apreciando detectando desarmonías estéticas, para alcanzar un resultado final donde él pueda eliminar la desarmonías cualitativas.¹⁵

B. PROPORCIÓN ESTÉTICA DE LOS DIENTES

La proporción puede ser entendida como una relación cuantitativa de tamaño y dimensión entre los elementos de la misma naturaleza. La proporción estética de los dientes es definida como la división de su anchura por su longitud.

La proporción estética entre los dientes puede ser más bien percibida y evaluada en una vista frontal de cada elemento.¹⁶

¹⁴Mondelli José Ob. Cit

¹⁵Mondelli José Ob. Cit

¹⁶Mondelli José Ob. Cit

3.4 LABIOS

a.- Configuración y Tipos de Labios

Al observar la boca de varios pacientes se pueden distinguir diversos tipos de labios. Verticalmente se distinguen labios gruesos, medianos y finos. Horizontalmente se distinguen labios largos, medianos y estrechos. Con relación a la longitud, tamaño y dimensión tenemos labios largos, medianos y cortos.¹⁷

El estudio del significado morfo fisiológico de las particularidades de la composición dentofacial tiene una importancia particular. De una concentración de expresiones sensitivas, afectivas e instintivas de las actividades de vida.¹⁸

b.- Espesura de los labios superior e inferior

La espesura cefalométrica del labio superior puede ser medida de dos maneras, a partir del punto subnasal al alveolo y del punto más anterior del labio superior al incisivo central.

La espesura del labio aumenta con la edad, pero la velocidad del crecimiento disminuye durante la pubertad, en el sexo femenino.

La espesura cefalométrica del labio inferior se puede determinar entre el punto más anterior del labio y el punto más prominente del incisivo central o lateral inferior.¹⁹ La velocidad del crecimiento horizontal disminuye a partir de los 13 años de edad, en el sexo femenino. Esta velocidad de crecimiento aumenta a partir de 11.5 años, con un máximo de alrededor de 14 años.

¹⁷Mondelli José. Ob. Cit.

¹⁸Claude R. Rufenacht Ob. Cit

¹⁹Suguino R.

Los pacientes con el labio superior fino tienden a presentar mayor exposición dental, sonrisa alta, en consecuencia, un cambio morfológico dentofacial más grande en la relación las pérdidas dentales, fracturas, desgastes.

c.- Ancho de los labios

El ancho de los labios y de la boca se puede evaluar en función al ángulo de la abertura facial, puesto que no existe promedio medido concerniente a la edad, sexo o raza que establecen exactamente las dimensiones que caracterizan una boca ancha, mediana o estrecha.²⁰

El ancho de los labios o de la boca se evalúa con más precisión por las líneas verticales paralelas de la cara que indican en condiciones normales la igualdad entre las comisuras labiales y la distancia inter-iris, estando el paciente con la boca cerrada. Al sonreír, estas líneas verticales pasan por las comisuras de los labios y el centro de pupilas.²¹²²

La proporcionalidad de la boca también se puede evaluar horizontalmente, usando el compás en la división áurea, en el cual la abertura menor (1.0) corresponde al ancho de la nariz y la abertura mayor (1.618) corresponde al ancho de la boca cerrada.

Se debe resaltar también que para las bocas anchas, dientes anchos y para bocas estrechas, dientes estrechos.²³

²⁰Mondelli José, Ob. Cit

²¹Goldstein R. E. Ob. Cit.

²²**Claude R. Rufenacht. Ob. Cit.**

²³Mondelli José, Ob. Cit

d.-Longitud de los Labios

- **Labio superior**

La longitud, el tamaño o la dimensión del labio superior se mide del punto subnasal al punto más superior del labio superior, o también se puede considerar la longitud del labio superior del punto subnasal hasta el punto más inferior del labio superior. La medida normal es de 19 a 22 milímetros, siendo más largo en el sexo masculino que en el femenino. Cuando el labio superior es anatómico corto (18 milímetros o menos), se observa un espacio Interlabial aumentado, exposición de los incisivos, asociado a un aumento de la altura del tercio inferior de la cara.²⁴

- **Labio Inferior**

El labio inferior puede ser medido del punto más saliente del labio inferior al mentón o del borde del labio inferior al mentón.²⁵

e.- Espacio Interlabial

En reposo la exposición del bermellón del labio inferior debe ser aproximadamente 25% mayor que del labio superior o equivalente a la relación áurea de 1,0 para 1,618.

El espacio interlabial debe ser 1 a 5 mm en posición de reposo o con los labios entreabiertos. Las mujeres presentan un espacio mayor dentro de la variación normal.

²⁴Mondelli José, Ibid

²⁵Mondelli José, Ob. Cit

Un espacio interlabial reducido lo encontramos en casos de deficiencia vertical del maxilar, desgaste acentuado de los bordes incisales y cuando el labio superior es anatómicamente más largo.²⁶

f.- Evaluación de los Labios y su Efecto en la Visibilidad de los Dientes.

- Labios en reposo

Existen variaciones de géneros, épicos y del desarrollo en cuanto a la forma, tipo y postura de los labios en la posición fisiológica de reposo.

En esto, es inicialmente simétrico. A ser observada se tendrá que evaluar las siguientes causas: (1) deformidad intrínseca del labio, como existe en muchos pacientes con labio fisurado (2) disfunción del nervio facial; (3) asimetría dental y dentoescelética.

Todavía en reposo, los labios tendrán que ser evaluados de la siguiente manera: (1) pérdida de dientes; (2) fracturas dentales; (3) desgastes funcionales y parafuncionales de los bordes incisales; (4) desgaste de las caras vestibulares por abrasión.²⁷

3.4.1 FORMA DE LOS LABIOS

En base a su forma los labios se pueden clasificar como delgados, medios o gruesos. La altura del labio superior, en general debe ser la mitad de la altura del labio inferior, aunque

²⁶Mondelli José, Ibid

²⁷Mondelli José, Ob. Cit

existen muchas variaciones particulares. La forma y el tamaño de los labios gruesos se asocian a la extroversión, subjetividad y a veces materialismo, mientras que los labios delgados indicarían introversión, objetividad y autocontrol.

3.4.2 FILTRUM LABIAL

Otro aspecto anatómico interesante es la altura del filtrum labial, la cual se mide desde la base de la nariz (subnasal) al borde inferior del labio superior. La medida labial del filtrum es como regla, 2 a 3 milímetros más corta que la altura de la comisura labial, la cual se mide también desde la base de la nariz. En sujetos jóvenes es fácil encontrar un filtrum labial mucho más corto que la regla, como resultado del crecimiento vertical diferenciado del labio superior. Esto significa que los incisivos maxilares son mucho más visibles en la gente joven. En adultos, la presencia de un filtrum labial que sea demasiado corto crea una línea inversa en el labio superior cuando esta inmóvil. Esto se ve raramente y, por tanto, se percibe como anormal y poco atractivo desde el punto de vista estético.²⁸

3.5 EXPOSICIÓN DEL DIENTE EN REPOSO

Cuando los dientes están en una máxima intercuspidad, los labios se tocan ligeramente y el tercio incisal de los incisivos maxilares se cubre por la superficie mojada del labio inferior.

Cuando la mandíbula está en posición de reposo, los dientes no entran en contacto, los labios están levemente separados, y una

²⁸Fradeani, Mauro Ob. Cit, Pag. 63-230

porción del tercio incisal de los incisivos maxilares esta visible; esto varía de 1 a 5 mm. Dependiendo de la altura de los labios, de la edad y del sexo del paciente.

Big y Brando informaron que por término medio, los incisivos maxilares, cuando están en reposo, se exponen más en las mujeres que en los hombres (340mm frente a 1.91mm) y que los pacientes jóvenes lo muestran más que los pacientes de mediana edad (3.37mm frente a 1.26mm).²⁹

Como algunos escritores acentúan, con la edad la proporción de incisivos maxilares que es invisible en realidad, puede disminuir como resultado de la abrasión de los orden incisales y , más comúnmente, debido a la reducción inevitable del tono peri bucal del músculo, lo que conduce a una mayor y mayor exposición de los incisivos de la mandíbula.

Por lo tanto los dientes más pequeños de la boca, que ya están normalmente visibles se hala, los que asumen un papel decisivo en la estética del paciente, especialmente en los pacientes más maduros.

3.6 RELACIÓN LABIAL

En la vista facial frontal, los labios deben mostrar sellado pasivo, pudiendo seguir una línea recta o curva en dirección a los bordes de la boca. En reposo, la exposición del bermellón del labio superior fluctúa entre 6 y 9 mm. Y, el inferior de 8 a 12 mm, 2 a 3 milímetros más que el superior. También se ha establecido que la exposición del labio inferior debe ser equivalente a la relación áurea de 1.0 a 1.618. La proporción de la exposición del

²⁹Fradeani, Mauro Ob. Cit, .Pag. 63-230

bermellón, en términos estéticos, es más importante que los valores absolutos. Cuando se cumplen criterios de estética en posición de reposo, el espacio interlabial se de 1 a 5 mm. Las mujeres presentan un rango de variación normal más amplio.

La citada medida también depende de las longitudes labiales y de la altura dentoalveolar vertical.

Los espacios interlabiales se encuentran aumentados cuando: el labio superior anatómico es corto, hay exceso de maxilar vertical y se halla protrusión mandibular, con o sin mordida abierta. Un espacio interlabial reducido se encuentra cuando se presenta: deficiencia vertical del maxilar superior, desgaste acentuado de los bordes incisales y labio superior anatómicamente más largo (cambio natural con la edad, más frecuente en los hombres).

La longitud tamaño o dimensión del labio superior según MATHEWS 1978, se mide del punto subnasal al punto más superior del labio superior, mientras que ARNETT & BERGMAN 1993, consideran la longitud del labio superior desde el punto de vista subnasal hasta el punto más inferior del labio superior, determinado como media normal de 9 a 22 mm. Con tendencia a ser más largo en el sexo masculino que en el femenino. Cuando el labio superior es anatómicamente más corto, menos de 18mm, se observa un espacio interlabial que aumenta la exposición de los incisivos. Tal característica, en pequeña dimensión, puede ser aceptable en mujeres. La relación en reposo entre la longitud del labio superior y la longitud del labio inferior puede establecerse por la proporción 1:2,2 (ARNETT & McLAUGHLIN, 2004)

La posición del borde incisal de los dientes anteriores tiene importancia estética y funcional, pues posibilita la desoclusión de los dientes posteriores en los movimientos excursivos y participa en la fonación y en la composición de la sonrisa (MENDES

&BONAFANTE 1996; MONDELLI, 2003)

Con el labio superior en reposo, normalmente el borde de los incisivos centrales es visible, de lo contrario da la apariencia de que el individuo fuese de edad más avanzada, debido a la reducida exposición de los dientes antero superior y la pérdida de apoyo del labio superior.

3.7. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Autor: Villegas Comesaña Carolina Janet

Título: “Concordancia entre la forma del rostro y la forma de los incisivos anteriores superiores. En pacientes adultos, varones y mujeres de la ciudad de Arequipa, 2010”

Autor: Vargas Mendoza, Mirelly Rocío

Título: “Frecuencia de la proporción áurea en el grupo dentario antero superior en pacientes de 20 a 25 años de la clínica odontológica de la Universidad de santa María”

4. HIPÓTESIS

Dado que existen diferentes morfologías labiales entre hombres y mujeres y dentro de un mismo sexo, y que estas diferencias podrían tener influencia en las exposiciones dentales.

Las características morfológicas de longitud y de grosor tienen influencia y relación directa o indirecta en la exposición de los incisivos centrales superiores; en varones y en mujeres.



**CAPITULO II:
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL**

II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1 TÉCNICA

Consistirá en la” Técnica de Observación directa y sistemática (de campo clínico) al obtener muestras fotográficas y examinar mediante los criterios de medición.

TABLA DE TÉCNICAS E INSTRUMENTOS			
VARIABLES	INDICADORES	TÉCNICA	INSTRUMENTOS
Longitud labial	Expresión en milímetros	Observación directa y sistemática	Ficha de registro clínico documental.
Grosor labial			
Exposición Del incisivo central superior	Expresión en milímetros		

1.1.1 DESCRIPCIÓN

Se evaluó a alumnos de ambos sexos del noveno semestre de la clínica odontológica de la Universidad Católica Santa María de la ciudad de Arequipa, a los cuales se les hizo una medición en boca de la longitud del labio superior y el grosor del mismo, también se les midió sus respectivas exposiciones dentales del incisivo central superior, posteriormente se procedió a la toma fotográfica. Con lo cual se llegó a determinar si en esta población de estudiantes universitarios presentaban relación directa entre sus características morfológicas de sus labios superiores y sus exposiciones dentales.

1.2 INSTRUMENTOS

1.2.1 Instrumento documental

Como instrumento documental se aplicara:

Ficha de registro clínico documental.

1.2.2. Instrumento mecánico

Como instrumento mecánico se utilizará:

Cámara fotográfica digital

Vernier o pie de rey

Regla milimétrica.

Ficha de registro

Lapicero

Computadora

1.3 PROCEDIMIENTO

Primer paso. Se procede a tomar los datos de muestra en nuestra ficha de control, en ella se verificara si corresponden dentro de nuestro criterio de inclusión de muestra.

Segundo paso. Se procederá a la toma fotográfica.

Esta toma se hará con una cámara Sony cybershot, el paciente se sentara de frente y con una posición erguida, a medio metro.

Segundo paso. Se medirá la distancia de exposición dental del incisivo central superior con una regla milimétrica. Clínicamente y después se llevara a la computadora, para llevarlos en una correlación de tipo sistematizada ya que se tendrá de parámetros específicos para evaluar la correspondencia de las magnitudes de exposición dentaria y del biotipo labial.

La toma fotográfica será en el tercio inferior de la cara, con la boca semiabierta en estado labial de reposo. (Sin forzar una apertura bucal amplia, ni con expresión facial de sonrisa). La fotografía se tomara sin flash, para obtener una mejor imagen y sin provocar un movimiento involuntario en el paciente en el momento de la toma.

Por último se demostrara estadísticamente los resultados obtenidos y se verificara si se cumplió con nuestra hipótesis inicial o no.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1 ÁMBITO ESPACIAL

La investigación se realizara en el ámbito de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de santa María. De la ciudad de Arequipa

2.2 UBICACIÓN TEMPORAL

La investigación se realizara de julio de 2013 a noviembre 2013, se trata de una investigación actual y de corte transversal.

2.3 UNIDADES DE ESTUDIO

Se optara por la alternativa de grupos.

2.3.1 IDENTIFICACIÓN DE GRUPOS

Se trabajara con los grupos:

- Primer grupo formado por alumnos de sexo masculino del noveno semestre de la clínica odontológica de la universidad católica de santa María. Arequipa.
- Segundo grupo formado por alumnas de sexo femenino del noveno semestre de la clínica odontológica de la universidad católica de santa María. Arequipa.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN

3.1 ORGANIZACIÓN

Primero:

Coordinación del director de la clínica odontológica de la Universidad Católica de Santa María.

Validación de instrumento: Se contara con una prueba piloto.

3.2 RECURSOS

3.2.1 RECURSOS FÍSICOS E INSTITUCIONALES

Representado por las disponibilidades ambientales de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santa María.

3.2.2 RECURSOS ECONÓMICOS

Es autofinanciada por el investigador.

3.2.3 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Se realizara una prueba piloto en 10% de la muestra, en personas al azar para determinar los elementos de rigor y garantizar la validez y confiabilidad del instrumento así como de los datos que se recogen.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Alumnos del último año de pregrado de la clínica odontológica de la universidad católica santa María

Personas de ambos sexos.

Presencia de incisivos centrales superiores.

Oclusión clase uno.

Perfil facial normal.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Alumnos que no sean del último semestre de pregrado de la clínica odontológica de la UCSM. Arequipa 2013.

Ausencia de incisivo central superior.

Malformaciones labiales, como presencia de Labio leporino.

Oclusión clase tres

Perfil facial cóncavo y/o convexo

Alumnos con tratamiento ortodóntico

4 ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS

4.1 Nivel de Sistematización

a. Tipo de procedimiento

Para el desarrollo de esta investigación se elaboró una ficha clínica de recolección de datos dentro de la cual se incluye un consentimiento informado para cada alumno.

b. Plan de operaciones

- Clasificación de datos

Toda la información fue obtenida de los instrumentos documentales y fue ordenada en una matriz de registro, considerando el carácter relacional de la investigación.

- Codificación

Los datos fueron transformados a cifras numéricas y convencionales para su mejor manipulación.

- **Análisis:**

El análisis estadístico se realizó con la prueba de Ude Mann Whitnetney y T de Student.

- **Tabulación**

Se emplearon tablas de doble entrada simple y doble de acuerdo a la necesidad de cruzar dichos datos.

- **Graficas**

Se emplearon graficas de barras dobles.

4.2 Nivel de Estudio de los Datos

a.- Metodología de la Interpretación

Los resultados fueron interpretados mediante un análisis estadístico simple, posteriormente se realizó un análisis teórico.

b.- Operaciones para Interpretar los Datos

Para las respectivas interpretaciones se utilizó la estadística descriptiva en donde se explica las frecuencias absolutas y relativas.

c. Niveles de Interpretación

Se utilizó niveles analíticos y predictivos.

4.3 Nivel de Conclusiones

Se formularon de acuerdo a los indicadores, en respuesta estricta a los objetivos.

4.4 Nivel de recomendaciones

a. Forma: Sugerencias, programas, proyectos

Se establecieron sugerencias que fueron orientados a la línea investigativa en base a los resultados y a las conclusiones del trabajo de investigación.


b. Orientación

- A nivel de formación profesional.
- A nivel de ejercicio profesional.
- A nivel de la línea de investigación.
- A nivel de la aplicación práctica.



5. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Tiempo Actividades	JULIO				AGOSTO				SETIEMBRE				OCTUBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Revisión bibliográfica				X	x											
Presentación del proyecto						X										
Recolección de datos						X	X	x	x	x	x	x				
Análisis de los datos recolectados													x	X		
Sustentación de la investigación.															X	X



**CAPITULO III:
RESULTADOS**

RESULTADOS

Tabla 1.

LONGITUD DEL LABIO SUPERIOR SEGÚN SEXO

Longitud Labio Superior	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	N°	%	N°	%	N°	%
Corto (<18 mm)	2	7,4	3	11,1	5	9,3
Medio (18 a 22 mm)	14	51,9	21	77,8	35	64,8
Largo (> 22 mm)	11	40,7	3	11,1	14	25,9
Media Aritmética	22,24		20,31		21,27	
Desviación Estándar	3,06		2,63		2,99	
Valor Mínimo	15,00		12,00		12,00	
Valor Máximo	29,00		25,00		29,00	
Total	27	100,0	27	100,0	54	100,0

Fuente: Matriz de datos

P = 0.046 (P < 0,05) S.S.

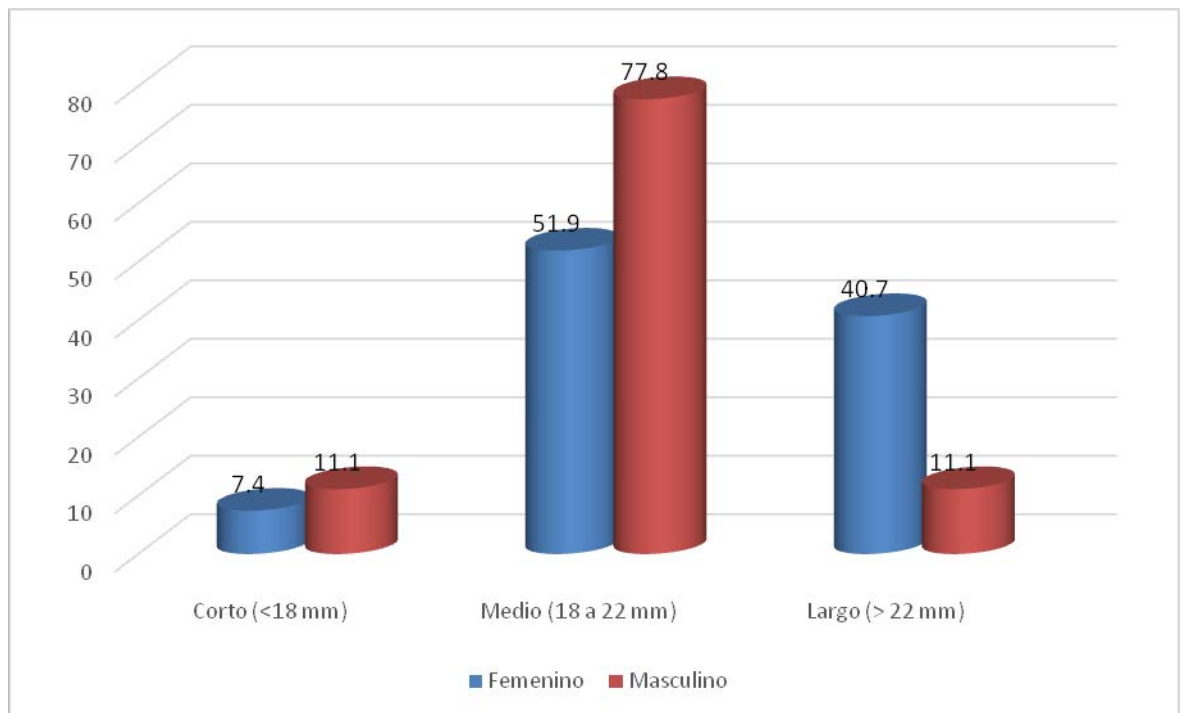
INTERPRETACIÓN:

En el sexo femenino se encontró el 92.6 % de longitudes de labios entre mediana y larga longitud. Sin embargo en el sexo masculino se encontró el 77.8 % de longitudes de mediana longitud.

Siendo así que el promedio de longitudes en mujeres fue de 22.24 mm y en hombres de 20.31 mm. Siendo un resultado significativo.

GRAFICA N.- 1

LONGITUD DEL LABIO SUPERIOR SEGÚN SEXO



Fuente: Matriz de datos

Tabla 2.

GROSOR DEL LABIO SUPERIOR SEGÚN SEXO

Grosor Labio Superior	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	N°	%	N°	%	N°	%
Delgado (< 6 mm)	1	3,7	2	7,4	3	5,6
Medio (6 a 9 mm)	20	74,1	22	81,5	42	77,8
Gruesos (> 9 mm)	6	22,2	3	11,1	9	16,7
Media Aritmética	8,07		7,70		7,88	
Desviación Estándar	1,47		1,48		1,47	
Valor Mínimo	4,00		5,00		4,00	
Valor Máximo	11,00		11,00		11,00	
Total	27	100,0	27	100,0	54	100,0

Fuente: Matriz de datos

P = 0.490 (P ≥ 0,05) N.S.

INTERPRETACIÓN:

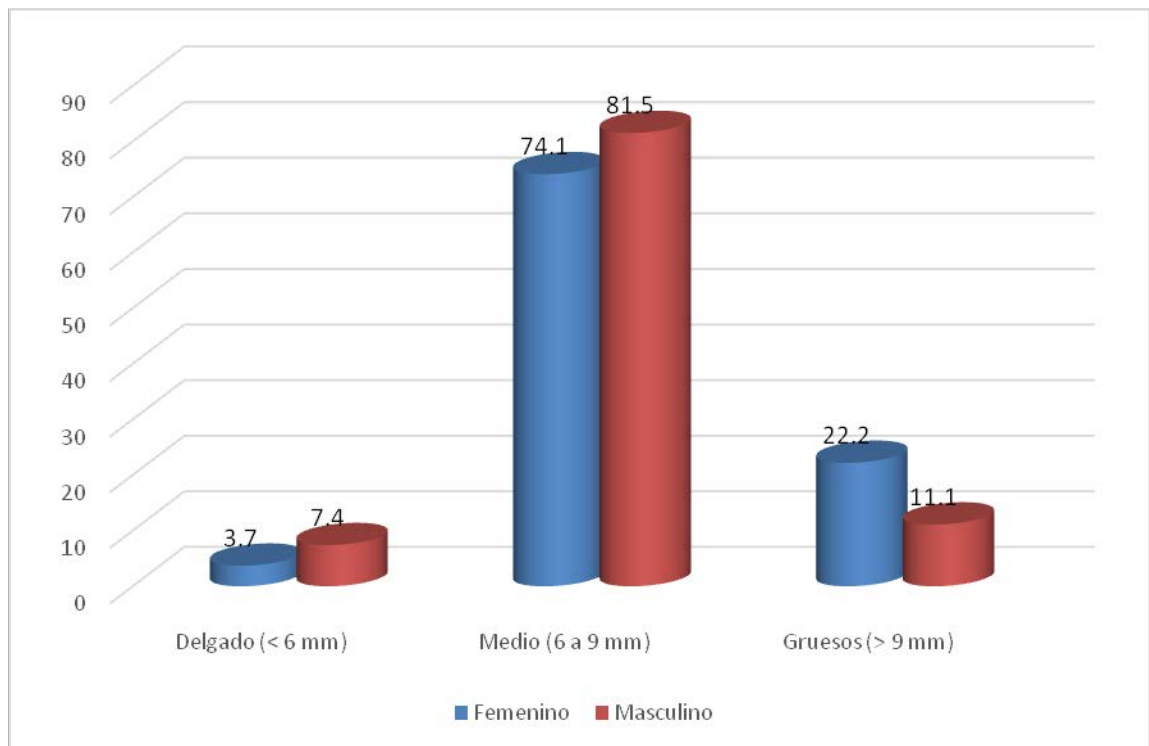
En el sexo femenino se encontró un 74,1 % de labios de mediano grosor y en hombres un 81,5 % de labios de mediano grosor.

Siendo que el promedio de longitudes en mujeres es de 8,07 mm y en hombres es de 7,70 mm.

Según Mann Whitney no dando resultados significativos.

GRAFICA N.- 2

GROSOR DEL LABIO SUPERIOR SEGÚN SEXO



Fuente: matriz de datos

Tabla 3

**EXPOSICIÓN CORONARIA DEL INCISIVO CENTRAL SUPERIOR
SEGÚN SEXO**

Exposición Coronaria Incisivo Central	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Media Aritmética	3,27	3,37	3,32
Desviación Estándar	2,24	1,36	1,83
Valor Mínimo	0,00	0,00	0,00
Valor Máximo	8,00	6,00	8,00
Total	27	27	54

Fuente: Matriz de datos

$P = 0.490$ ($P \geq 0,05$) N.S.

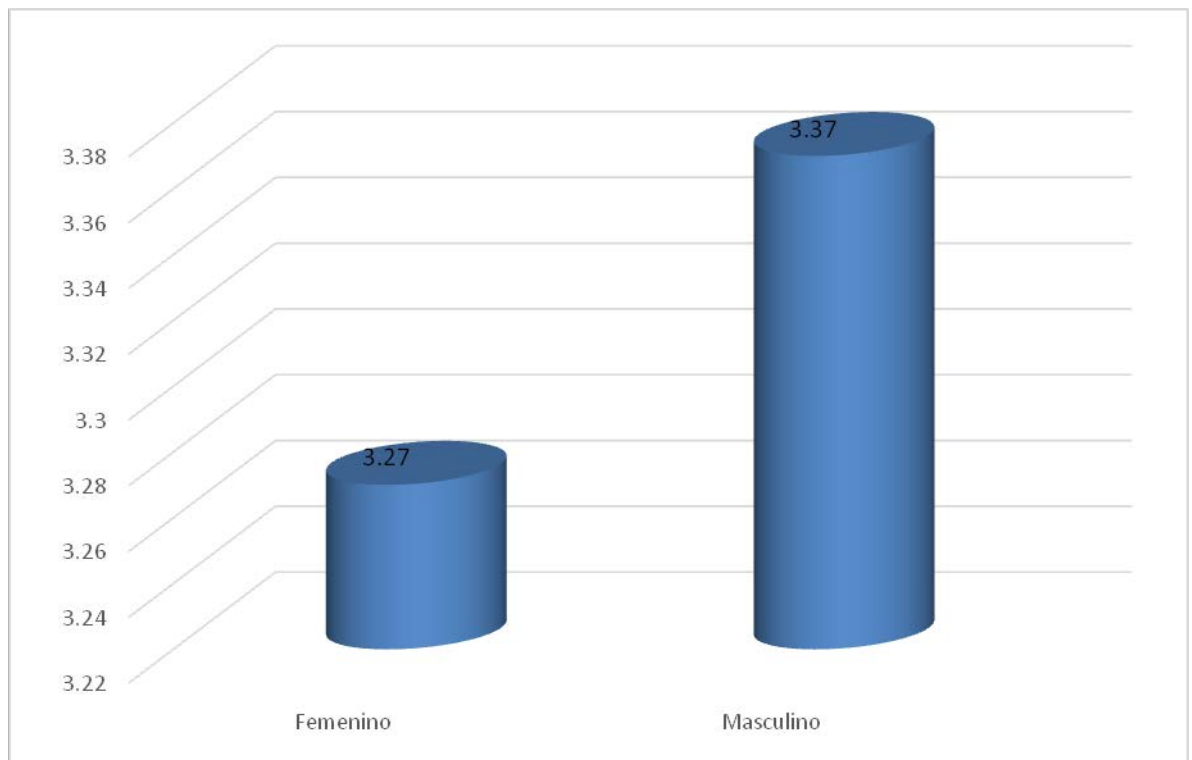
INTERPRETACIÓN:

El promedio de exposiciones del incisivo central superior en el sexo femenino es de 3,27 mm y en varones de 3,37 mm.

Según el análisis e T de Student no muestra resultados significativos.

GRAFICA N .- 3

EXPOSICIÓN CORONARIA DEL INCISIVO CENTRAL SUPERIOR
SEGÚN SEXO



Fuente Matriz de datos

Tabla 4

**RELACIÓN ENTRE LA LONGITUD DEL LABIO SUPERIOR Y LA
EXPOSICIÓN DEL INSICIVO CENTRAL SUPERIOR EN HOMBRES**

Exposición Coronaria Incisivo Central	Longitud Labio Superior		
	Corto (<18 mm)	Medio (18 a 22 mm)	Largo (> 22 mm)
Media Aritmética	4,00	3,34	3,04
Desviación Estándar	5,65	1,90	2,24
Valor Mínimo	0,00	0,00	0,00
Valor Máximo	8,00	7,00	8,00

Fuente: Matriz de datos

$P = -0.043$ ($P < 0,05$) S.S.

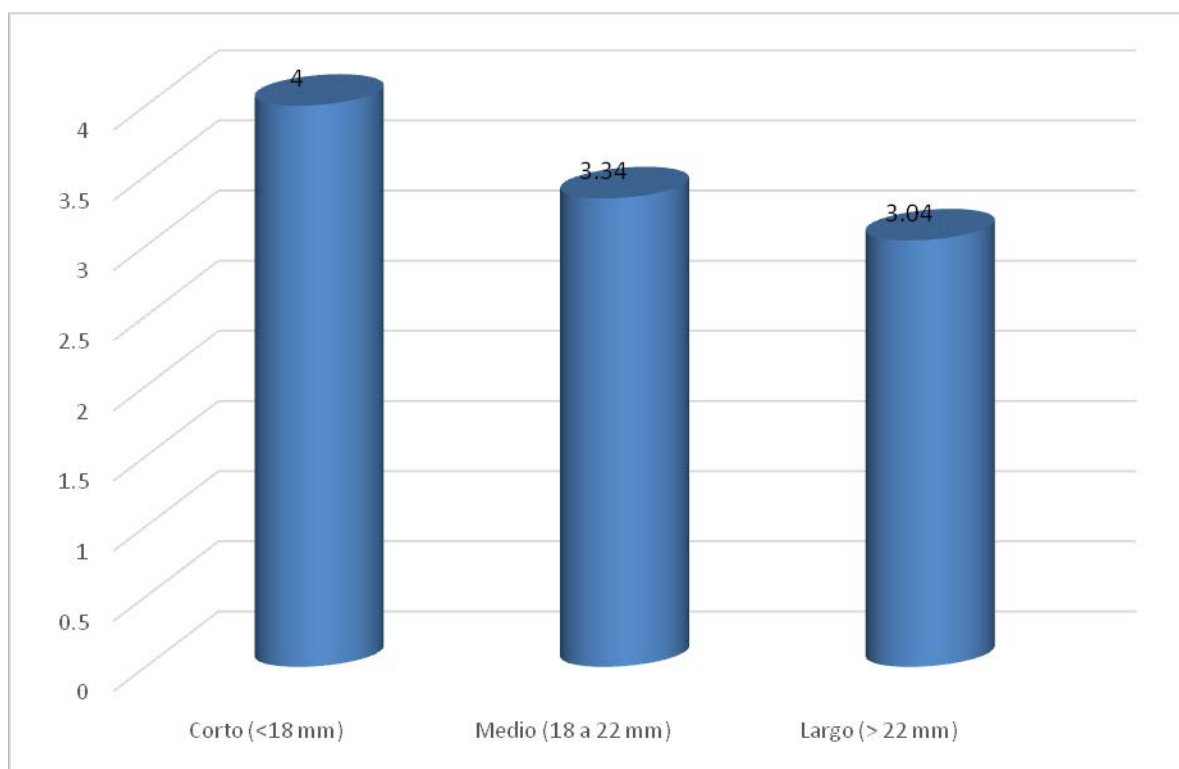
INTERPRETACIÓN:

A mayor longitud del labio superior se encuentra menor cantidad de exposiciones coronarias del incisivo central superior. Presentando una relación indirecta.

Según el análisis de varianza muestra resultados significativos

GRAFICA N.- 4

**RELACIÓN ENTRE LA LONGITUD DEL LABIO SUPERIOR Y LA
EXPOSICIÓN DEL INSICIVO CENTRAL SUPERIOR EN HOMBRES**



Fuente Matriz de datos

Tabla N 5

RELACIÓN ENTRE EL GROSOR DEL LABIO SUPERIOR Y LA EXPOSICIÓN DEL INSICIVO CENTRAL SUPERIOR EN HOMBRES

Exposición Coronaria Incisivo Central	Grosor Labio Superior		
	Delgado (< 6 mm)	Medio (6 a 9 mm)	Gruesos (> 9 mm)
Media Aritmética	1,00	3,31	3,50
Desviación Estándar	0.	2,49	1,22
Valor Mínimo	1,00	0,00	2,00
Valor Máximo	1,00	8,00	5,00

Fuente: Matriz de datos

$P = 0.027$ ($P < 0,05$) S.S.

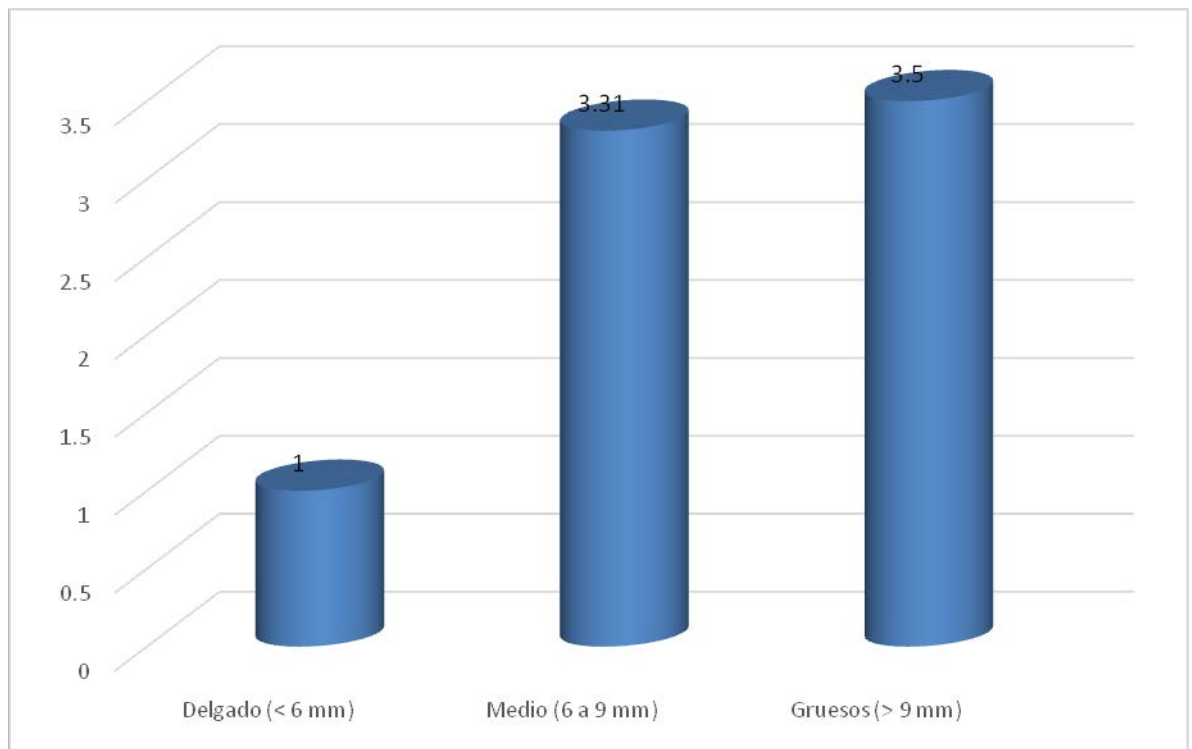
INTERPRETACIÓN:

A mayor grosor del labio superior se encuentran mayores exposiciones del incisivo central superior.

Según el análisis de varianza existe relación indirecta y dando resultados significativos.

GRAFICA N.- 5

**RELACIÓN ENTRE EL GROSOR DEL LABIO SUPERIOR Y LA
EXPOSICIÓN DEL INSICIVO CENTRAL SUPERIOR EN HOMBRES**



Fuente Matriz de datos

Tabla N.- 6

RELACIÓN ENTRE LA LONGITUD DEL LABIO SUPERIOR Y LA EXPOSICIÓN DEL INSICIVO CENTRAL SUPERIOR EN MUJERES

Exposición Coronaria Incisivo Central	Longitud Labio Superior		
	Corto (<18 mm)	Medio (18 a 22 mm)	Largo (> 22 mm)
Media Aritmética	3,33	3,40	3,16
Desviación Estándar	1,52	1,41	1,25
Valor Mínimo	2,00	0,00	2,00
Valor Máximo	5,00	6,00	4,50

Fuente: Matriz de datos

$P = 0.793$ ($P \geq 0,05$) N.S.

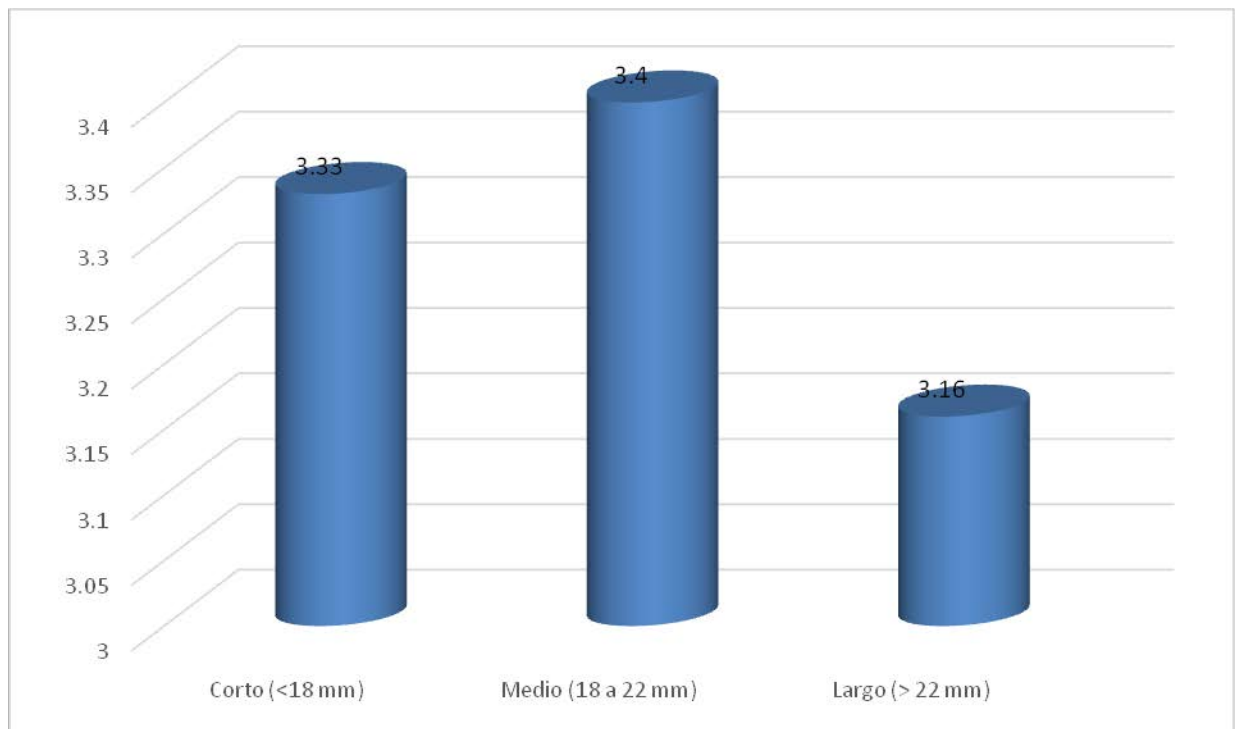
INTERPRETACIÓN:

Las diferentes longitudes no muestran relación directa con la exposición coronaria.

Según el análisis de varianza no muestra resultados significativos.

GRAFICA N .- 6

**RELACIÓN ENTRE LA LONGITUD DEL LABIO SUPERIOR Y LA
EXPOSICIÓN DEL INSICIVO CENTRAL SUPERIOR EN MUJERES**



Fuente Matriz de datos

Tabla N.- 7

RELACIÓN ENTRE EL GROSOR DEL LABIO SUPERIOR Y LA EXPOSICIÓN DEL INSICIVO CENTRAL SUPERIOR EN MUJERES

Exposición Coronaria Incisivo Central	Grosor Labio Superior		
	Delgado (< 6 mm)	Medio (6 a 9 mm)	Gruesos (> 9 mm)
Media Aritmética	3,25	3,43	3,00
Desviación Estándar	1,06	1,41	1,50
Valor Mínimo	2,50	0,00	1,50
Valor Máximo	4,00	6,00	4,50

Fuente: Matriz de datos

P = 0.677 (P ≥ 0,05) N.S.

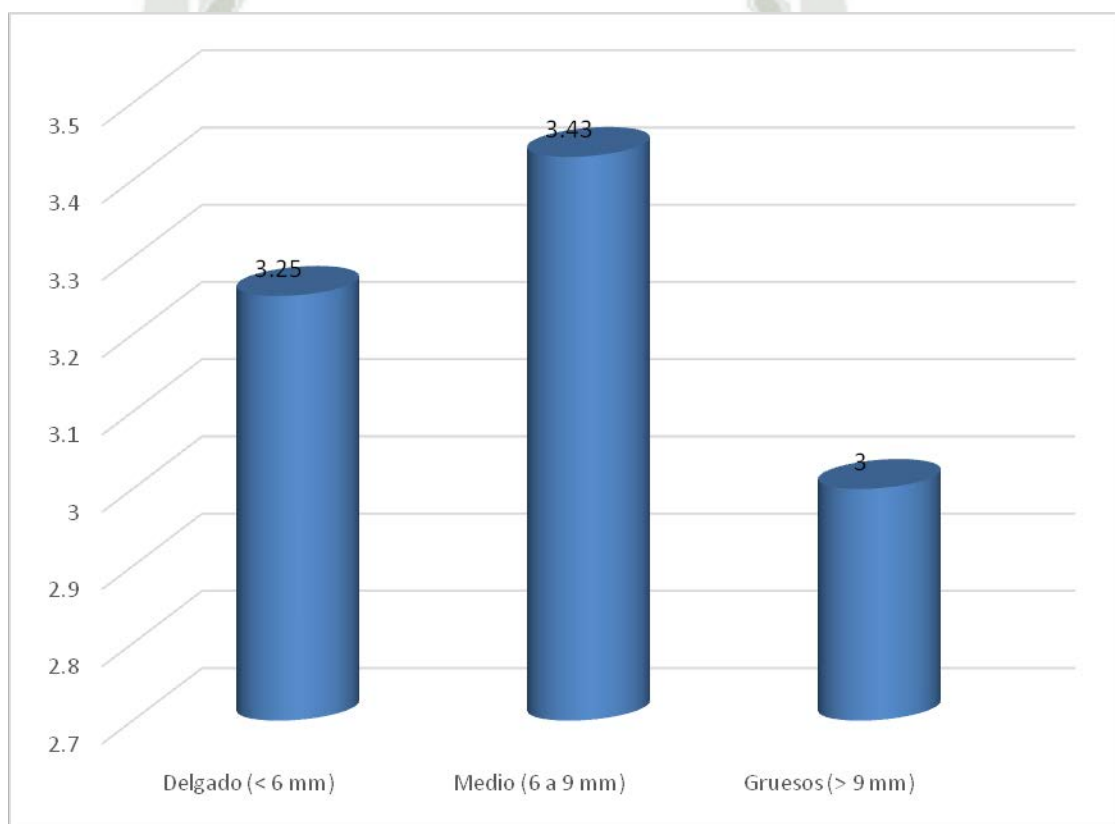
INTERPRETACIÓN:

Los diferentes grosores del labio superior no muestran relación ni directa ni indirecta con la exposición coronaria del incisivo central superior.

Según el análisis de varianza no muestra resultados significativos.

GRAFICA N .- 7

**RELACIÓN ENTRE EL GROSOR DEL LABIO SUPERIOR Y LA
EXPOSICIÓN DEL INSICIVO CENTRAL SUPERIOR EN MUJERES**



Fuente Matriz de datos

CONCLUSIONES

Habiendo realizado la investigación y hecho el análisis estadístico respectivo de los 54 alumnos de ambos sexos, se llegaron a las siguientes conclusiones:

PRIMERA CONCLUSIÓN

Concluimos que las longitudes del labio superior en el sexo masculino tienen relación indirecta con las exposiciones de los incisivos centrales superiores; puesto que a mayor sean las longitudes del labio existe menor exposición del incisivo central superior.

Sin embargo en el sexo femenino no se encontró dicha relación.

SEGUNDA CONCLUSIÓN

Concluimos que los grosores del labio superior en el sexo masculino presentan relación directa con los niveles de exposición del incisivo central superior; puesto que a labios más gruesos existe mayores exposiciones del incisivo central superior.

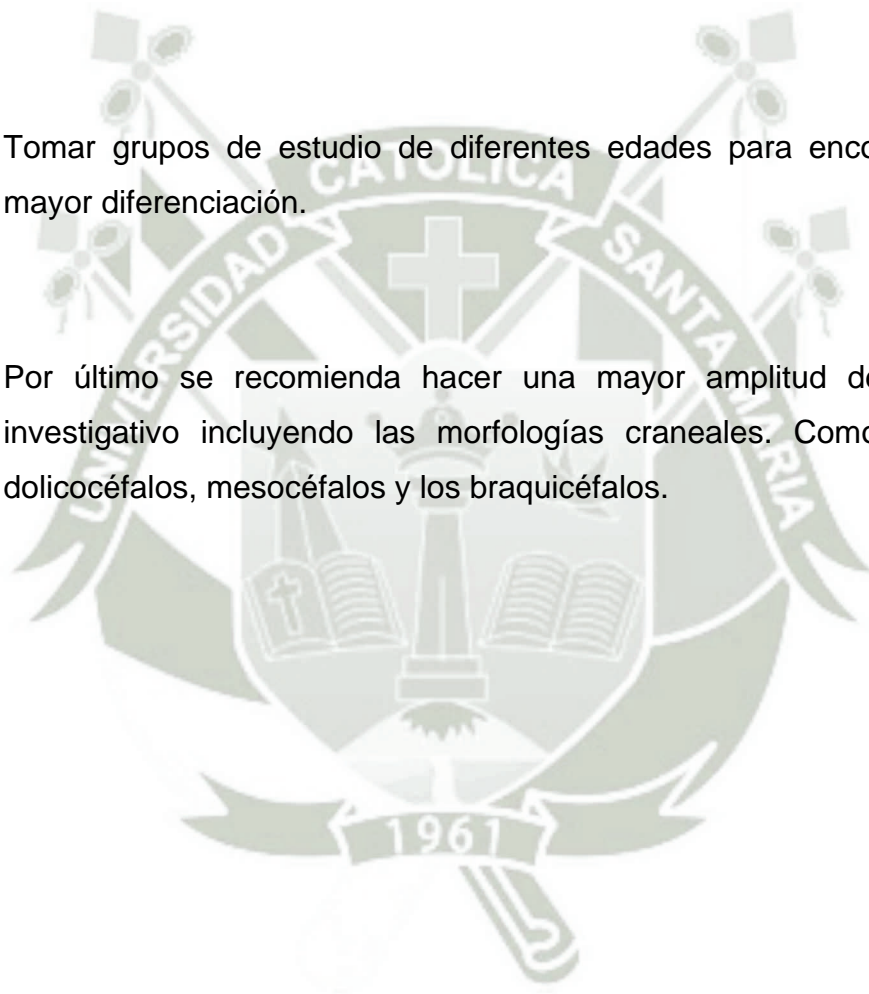
Sin embargo en el sexo femenino no se encontró dicha relación.

TERCERA CONCLUSIÓN

Concluimos que el sexo masculino existe una relación directa para la longitud e indirecta para el grosor del labio superior con respecto a los niveles de exposición del incisivo central superior. Pero en el sexo femenino no se cumplió no se encontró ninguna relación.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda considerar este trabajo de investigación como una referencia en cuanto a la estética se refiere, por su importancia en consignar datos estadísticos en un determinado grupo, en la relación de las diferentes longitudes del labio superior con las diferentes exposiciones dentales.
2. Tomar grupos de estudio de diferentes edades para encontrar una mayor diferenciación.
3. Por último se recomienda hacer una mayor amplitud del estudio investigativo incluyendo las morfologías craneales. Como son los dolicocefalos, mesocéfalos y los braquicéfalos.



BIBLIOGRAFÍA

ARNETT, William. “Planeamiento facial y dentario para Ortodoncistas y Cirujanos Bucomaxilofaciales”

ERNEST MALLAT DESPLATS EERNEST MALLAT CALLIS
“Fundamentos de la estética bucal en el grupo anterior”

CHICHE G, PINAULT A. “Aplicación clínica de los parámetros estéticos en odontología restauradora” 1994

FRADEANI, MAURO “Análisis estético” Rehabilitación estética en
prostodoncia fija. Primera edición. Editorial Quintessence. Barcelona
2006.

HENOSTROZA HARO, GILBERTO “Estética en odontología restauradora”
Edición España Editorial Medica Ripano 2006

MONDELLI, José. “Estética y cosmética en clínica integrada restauradora”
I Edición.

MIYASHITA, EDUARDO. SALAZAR FONSECA, ANTONIO “Odontología
Estética y Estado de Arte” Primera edición. Editorial Artes Médica Latino
América 2005.

RODE, “Revista odontológica de especialidades” 2006

RUFENACHT, Claude R. “Fundamentos de estética” I Edición. Editorial
Santos. 1998

[http:// www.introduccionalaodontologiaestetica.com.es](http://www.introduccionalaodontologiaestetica.com.es)

ANEXOS:



Cuadro N.1

Matriz de datos recopilados en el sexo masculino

Alumnos estudiados	Longitud labio superior	Grosor del labio superior	Exposición de los incisivos centrales
Héctor Pastor C.	28 mm	8 mm	0 mm
Miguel Paredes B.	24 mm	8 mm	0 mm
Noe VillegasLizarme	22 mm	8 mm	0 mm
Aldo Manchego Pauca	15 mm	8.4 mm	0 mm
Fernando Fernández Dávila	29 mm	6.5 mm	0.5 mm
Randy Núñez Fernández	20 mm	4 mm	1 mm
Ramiro Mayta Mamani	22 mm	9 mm	2 mm
Pedro Requena Valdivia	21 mm	8 mm	2 mm
Jonathan Rosado Amudio	22.5 mm	10 mm	2 mm
Rodrigo Cari Gutiérrez	25 mm	6 mm	2 mm
Luis Zevallos Valdez	20 mm	7 mm	3 mm
Ricardo Guitón	27mm	7 mm	3 mm
Manuel Valdivia D.	20 mm	7 mm	3 mm
Víctor Ochoa Rodríguez	23 mm	8 mm	3 mm
Alex Delgado Fernández	22 mm	9 mm	3 mm
Gustavo Crivillero Corrales	21 mm	9.5 mm	3 mm
Isac Bedoya Cárdenas	23 mm	10 mm	3 mm
Gonzalo Velásquez Huilca	22 mm	10 mm	3 mm
Carlos Fuentes Matos	25 mm	7 mm	3.5 mm
Amatheus Centeno Torres	21.5 mm	8 mm	3.8 mm
Hans Mier Salas	24 mm	7 mm	4 mm
Luis Pinto del Carpio	21 mm	9.5 mm	5 mm
Andrei Cerpa Gutiérrez	20.58 mm	11 mm	5 mm
Fernando Escalante P.	20 mm	8 mm	6 mm
Carlos Carpio Guevara	20 mm	8 mm	7 mm
Jonathan Flores Chávez	25 mm	7 mm	8 mm
Willy Corrales Llanque	17 mm	9 mm	8 mm

Total de alumnos estudiados: 27

Cuadro N. 2

Matriz de datos en el sexo femenino

Alumnas estudiados	Longitud labio superior	Grosor del labio superior	Exposición de los incisivos centrales
Gabriela Medina Medina	22 mm	7.5 mm	0 mm
Esluvia Sánchez Layme	20 mm	10.5 mm	1.5 mm
Emil Gutiérrez Cueva	25 mm	7 mm	2 mm
Diana Brañes Condorema	21 mm	7.5 mm	2 mm
Nataly Feria Rodríguez	16mm	8 mm	2 mm
María Isabel Pilco V.	19.5 mm	5.5 mm	2.5 mm
Guissela Laura Huamán	18 mm	6 mm	2.5 mm
Kate Alvares Rodríguez	21.5 mm	7 mm	2.5 mm
Beatriz Hualpa Chavez	19.5 mm	8 mm	2.5 mm
Dany Arenas Quintanilla	21 mm	7 mm	3 mm
Ruth Paz Roque	20.5 mm	7 mm	3 mm
Patricia Tapia Rodríguez	12mm	7.5 mm	3 mm
Jessica Hupanqui Dávila	19 mm	7.5 mm	3 mm
Loami Pinelo	21 mm	8 mm	3 mm
Diana Cari Layme	23.5 mm	11 mm	3 mm
Evelyn Concha Medina	22 mm	5 mm	4 mm
Susan Giron Mamani	21 mm	6 mm	4 mm
Caroline Suarez Cabello	20 mm	8 mm	4 mm
Mary Ayala Taya	22 mm	8 mm	4 mm
Cristabel Fernández Baca	21 mm	9 mm	4 mm
Diana Santos Peñaloza	22.5 mm	8 mm	4.5 mm
Andrea Cerpa Gutiérrez	20.5 mm	11 mm	4.5 mm
Alejandra Agüero Zorrilla	22 mm	7 mm	5 mm
Alisson Rodríguez Medina	15 mm	8 mm	5 mm
María Apaza Helfer	21 mm	9 mm	5 mm
Luz Vilca Vargas	22 mm	8 mm	5.5 mm
Joselyn Ramírez Escapa	20 mm	6 mm	6 mm

Total de alumnas estudiadas: 27

FICHA DE REGISTRO CLÍNICO DOCUMENTAL.

Nombre y apellidos: Alejandra Agüero Zorrilla

Otorga consentimiento pleno para el estudio y toma fotográfica: si

Sexo: F

Raza: mestiza

Perfil facial: cóncavo () normal (x) convexo ()

Oclusión: clase uno (x) clase dos () clase tres ()

Características del labio superior

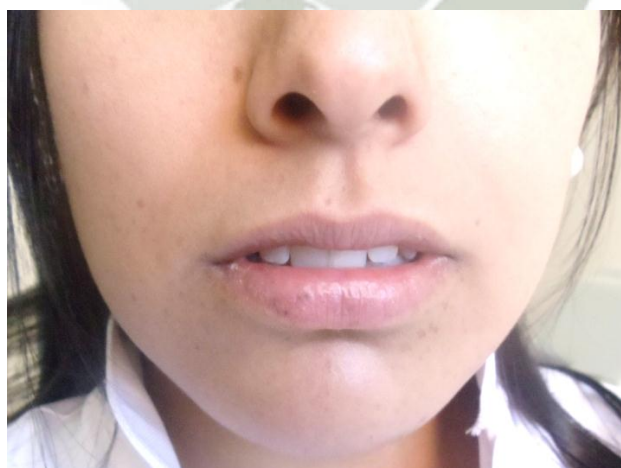
Tamaño labial: presenta (22) en milímetros.

Grosor labial: presenta (7) en milímetros.

Exposición de los incisivos centrales superiores

Presenta (5) milímetros.

Fotografía documental



FICHA DE REGISTRO CLÍNICO DOCUMENTAL.

Nombre y apellidos: Amatheus Zenteno Torres

Otorga consentimiento pleno para el estudio y toma fotográfica: si

Sexo: F

Raza: mestiza

Perfil facial: cóncavo () normal (x) convexo ()

Oclusión: clase uno (x) clase dos () clase tres ()

Características del labio superior

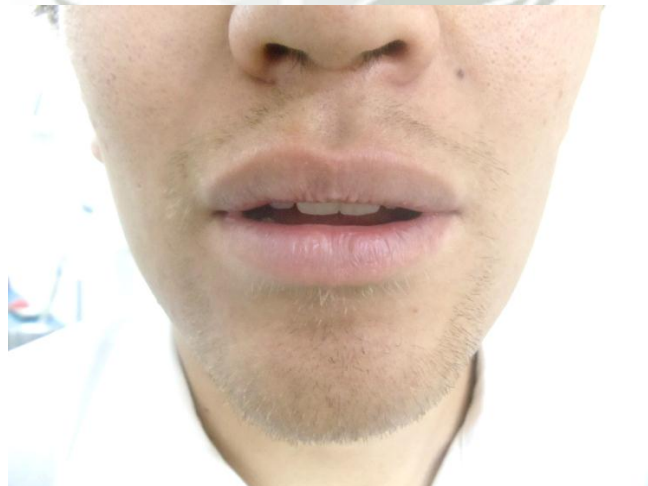
Tamaño labial: presenta (21.5) en milímetros.

Grosor labial: presenta (8) en milímetros.

Exposición de los incisivos centrales superiores

Presenta (3.5) milímetros.

Fotografía documental



FICHA DE REGISTRO CLÍNICO DOCUMENTAL.

Nombre y apellidos: Josselin Ramírez Escapa

Otorga consentimiento pleno para el estudio y toma fotográfica: si

Sexo: F

Raza: mestiza

Perfil facial: cóncavo () normal (x) convexo ()

Oclusión: clase uno (x) clase dos () clase tres ()

Características del labio superior

Tamaño labial: presenta (20) en milímetros.

Grosor labial: presenta (6) en milímetros.

Exposición de los incisivos centrales superiores

Presenta (6) milímetros.

Fotografía documental



FICHA DE REGISTRO CLÍNICO DOCUMENTAL.

Nombre y apellidos: Fernando Fernández Dávila

Otorga consentimiento pleno para el estudio y toma fotográfica: si

Sexo: m

Raza: mestiza

Perfil facial: cóncavo () normal (x) convexo ()

Oclusión: clase uno (x) clase dos () clase tres ()

Características del labio superior

Tamaño labial: presenta (29) en milímetros.

Grosor labial: presenta (6.5) en milímetros.

Exposición de los incisivos centrales superiores

Presenta (0.5) milímetros.

Fotografía documental



FICHA DE REGISTRO CLÍNICO DOCUMENTAL.

Nombre y apellidos: LuizZeballos Valdez

Otorga consentimiento pleno para el estudio y toma fotográfica: si

Sexo: m

Raza: mestiza

Perfil facial: cóncavo () normal (x) convexo ()

Oclusión: clase uno (x) clase dos () clase tres ()

Características del labio superior

Tamaño labial: presenta (20) en milímetros.

Grosor labial: presenta (7) en milímetros.

Exposición de los incisivos centrales superiores

Presenta (3) milímetros.

Fotografía documental



FICHA DE REGISTRO CLÍNICO DOCUMENTAL.

Nombre y apellidos: Miguel Ángel Paredes Butron

Otorga consentimiento pleno para el estudio y toma fotográfica: si

Sexo: m

Raza: mestiza

Perfil facial: cóncavo () normal (x) convexo ()

Oclusión: clase uno (x) clase dos () clase tres ()

Características del labio superior

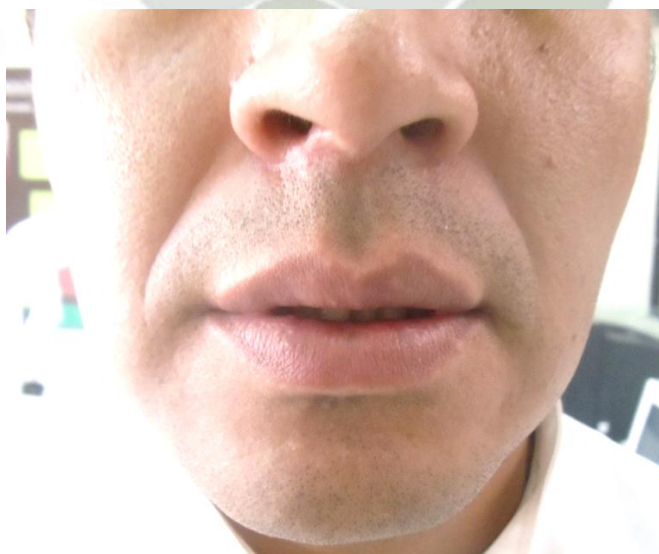
Tamaño labial: presenta (24) en milímetros.

Grosor labial: presenta (6.5) en milímetros.

Exposición de los incisivos centrales superiores

Presenta (0.5) milímetros.

Fotografía documental



FICHA DE REGISTRO CLÍNICO DOCUMENTAL.

Nombre y apellidos: Carlos Carpio Guevara

Otorga consentimiento pleno para el estudio y toma fotográfica: si

Sexo: m

Raza: mestiza

Perfil facial: cóncavo () normal (x) convexo ()

Oclusión: clase uno (x) clase dos () clase tres ()

Características del labio superior

Tamaño labial: presenta (20) en milímetros.

Grosor labial: presenta (8) en milímetros.

Exposición de los incisivos centrales superiores

Presenta (7) milímetros.

Fotografía documental



FICHA DE REGISTRO CLÍNICO DOCUMENTAL.

Nombre y apellidos: Dany Arenas Quintanilla

Otorga consentimiento pleno para el estudio y toma fotográfica: si

Sexo: F

Raza: mestiza

Perfil facial: cóncavo () normal (x) convexo ()

Oclusión: clase uno (x) clase dos () clase tres ()

Características del labio superior

Tamaño labial: presenta (21) en milímetros.

Grosor labial: presenta (7) en milímetros.

Exposición de los incisivos centrales superiores

Presenta (3) milímetros.

Fotografía documental



FICHA DE REGISTRO CLÍNICO DOCUMENTAL.

Nombre y apellidos: Diana Brañez Condorena

Otorga consentimiento pleno para el estudio y toma fotográfica: si

Sexo: F

Raza: mestiza

Perfil facial: cóncavo () normal (x) convexo ()

Oclusión: clase uno (x) clase dos () clase tres ()

Características del labio superior

Tamaño labial: presenta (21) en milímetros.

Grosor labial: presenta (7.5) en milímetros.

Exposición de los incisivos centrales superiores

Presenta (3) milímetros.

Fotografía documental



FICHA DE REGISTRO CLÍNICO DOCUMENTAL.

Nombre y apellidos: Diana Cari Layne

Otorga consentimiento pleno para el estudio y toma fotográfica: si

Sexo: F

Raza: mestiza

Perfil facial: cóncavo () normal (x) convexo ()

Oclusión: clase uno (x) clase dos () clase tres ()

Características del labio superior

Tamaño labial: presenta (23.5) en milímetros.

Grosor labial: presenta (11) en milímetros.

Exposición de los incisivos centrales superiores

Presenta (3.5) milímetros.

Fotografía documental



FICHA DE REGISTRO CLÍNICO DOCUMENTAL.

Nombre y apellidos: Allison Rodríguez Medina

Otorga consentimiento pleno para el estudio y toma fotográfica: si

Sexo: F

Raza: mestiza

Perfil facial: cóncavo () normal (x) convexo ()

Oclusión: clase uno (x) clase dos () clase tres ()

Características del labio superior

Tamaño labial: presenta (13) en milímetros.

Grosor labial: presenta (8) en milímetros.

Exposición de los incisivos centrales superiores

Presenta (7) milímetros.

Fotografía documental

