



## [Resumen]

En la «sonrisa californiana», los objetivos son claridad y homogeneidad cromática, sin ignorar la complejidad y la profundidad cromática de los dientes naturales. Es decir, la meta no es la artificialidad, sino la belleza natural. De ahí que, en su trabajo, el autor aspire a lograr una «sonrisa californiana», de aspecto no demasiado artificial pero tampoco demasiado natural. Dicha sonrisa debe irradiar salud y una naturalidad ideal. Para esta idea directriz, la aspiración a una belleza ideal, debería ponerse el ideal en consonancia con las necesidades individuales del paciente. Se demuestra este concepto a partir de cinco casos clínicos.

## Palabras clave

Estética natural. Estética artificial. Belleza. Sonrisa californiana. Carillas. de la superficie.

(Quintessenz Zahntech. 2010;36(1):22-34)

## La sonrisa californiana

**Samuel C. Lee**

La belleza reside en la mirada del observador: este antiguo refrán está más vigente que nunca en el mundo actual. Debido a los avances en las comunicaciones y a la facilidad para viajar, hoy en día nos vemos prácticamente bombardeados por ideas de belleza. Antaño, un británico habría asociado el concepto «azul textil» exclusivamente con un material de lana tintado en azul, mientras que un chino lo habría asociado exclusivamente con seda azul. Sin embargo, la sociedad moderna nos ofrece movilidad y medios. En consecuencia, tenemos acceso a todos los tipos, estilos y tendencias que definen la belleza. También el capitalismo desempeña un papel a este respecto. Y es que, en tanto que consumidores, disponemos de ofertas de belleza entre las cuales podemos escoger libremente.

De ahí que no tiene sentido pretender definir un estándar de belleza universalmente válido. Debemos asumir que son nuestros pacientes quienes definen qué se entiende por «bonito» y que deberíamos esforzarnos por incorporar esta definición a nuestro trabajo. Así pues, el autor defiende un nuevo concepto de belleza, concretamente la «sonrisa californiana». Se trata de un concepto refinado que combina la apariencia natural con la aspiración a la perfección.

Después de más de 20 años de actividad en California, el autor comprende ahora los requisitos que la gente plantea aquí a una sonrisa bonita. Este tema ha sido objeto de

## Introducción

numerosas discusiones durante sus viajes. California fascina a la gente. El sol brillante, las playas y Hollywood con sus estrellas bellas y ricas son sólo algunos de los aspectos que se asocian a este estado. Y naturalmente las «California girls». El cine y los medios han alimentado el estereotipo de una cierta belleza exagerada de las mujeres jóvenes en California; a decir verdad, una belleza artificial y poco natural. Está extendido el estereotipo de cabellos rubios, maquillaje abundante, piel ultrabronceada o hiperblanqueada, grandes gafas de sol, rasgos corporales potenciados cosméticamente (especialmente para reforzar el efecto del bikini) y una sonrisa radiante-deslumbrante. Dicho de otro modo: esta apariencia es poco natural o incluso decididamente artificial. ¿Pero convierte esto en feas a las «California girls»? En absoluto. Muchas mujeres que encarnan este estereotipo son admiradas por su belleza en Hollywood y en todo el mundo. A más de uno, esta «apariencia californiana» puede parecerle artificial. Sin embargo, para muchos, incluido el autor, se trata de una forma especial de belleza que posee su propio encanto.

En el arte y en la odontología estética, a menudo se entiende por artificialidad la imposibilidad de imitar una situación natural debido a la falta de recursos. En otras palabras, este uso del idioma se emplea para criticar trabajos de baja calidad. En nuestro pensamiento, la artificialidad no constituye una categoría válida de la belleza. Por el contrario, el autor opina que todos los odontólogos pueden y deben tener en cuenta en su trabajo el ideal de belleza californiano con su aspiración de perfección, aunque hasta ahora sea considerado artificial. Color, homogeneidad y simetría son los tres deseos más frecuentes de los pacientes que acuden al laboratorio del autor. Independientemente de la edad, se plantean siempre las mismas preguntas: ¿suficientemente claro?, ¿demasiado amarillo?, ¿demasiado oscuro? A menudo, estas preguntas se le plantean al autor aunque no le hayan sido formuladas al odontólogo. Queda claro qué es lo que desean los pacientes: dientes claros y cromáticamente homogéneos que confieran un aspecto inmaculado. Y pese al hecho de que los odontólogos consideran pequeñas imperfecciones, tales como rotaciones, como un rasgo natural de los dientes, las experiencias del autor demuestran que los afectados suelen preferir pese a ello unos dientes perfectamente alineados.

Un punto muy importante es también la simetría. Muchos pacientes de ambos sexos no sólo están insatisfechos con la estética de sus dientes, sino que se quejan de una falta de autoconfianza a este respecto, la cual en casos extremos puede conducir a depresiones. Con no poca frecuencia, el autor se ha visto enfrentado al llanto de los afectados al tratar estos temas emocionales. Muchos de ellos están más que dispuestos a asumir costes adicionales para solucionar el problema.

Las demandas de este tipo son a menudo malentendidas como deseo de unos dientes exageradamente blancos, rectos y de aspecto antinatural. En realidad, estas pacientes simplemente desean protección contra dientes oscuros, descoloridos y torcidos que transmiten una imagen no saludable o poco atractiva. Desean poder sonreír con seguridad en sí mismas. Así pues, quieren estar seguras de que su sonrisa transmita salud y belleza. Éste es para el autor el significado de la «sonrisa californiana». La aspiración a la perfección en el ideal de belleza californiano es una necesidad de protección contra la imperfección. Se quiere evitar causar una impresión desfavorable. La «sonrisa californiana» tiene una irradiación luminosa y sana, libre de huellas de lo malsano o lo inatractivo. En este contexto, deberían satisfacerse no sólo demandas estéticas, sino también los requisitos de la salud bucodental y las necesidades emocionales de los afectados.

El siguiente punto determinante es nuestra idea de armonía. La aspiración a la belleza ideal en la «sonrisa californiana» no significa que debamos aceptar sin pensar colores y estructuras extremos. Más bien debemos poner el ideal en consonancia con las necesidades individuales del paciente. El objetivo es, así pues, la claridad y la homogeneidad cromática, sin ignorar la complejidad y la profundidad cromática de los dientes naturales. La meta no es la artificialidad, sino la belleza natural, la cual debe refinarse teniendo en cuenta el ideal de belleza. De ahí que, en su trabajo, el autor aspire a lograr una «sonrisa californiana», de aspecto no demasiado artificial pero tampoco demasiado natural. Dicha sonrisa debe irradiar salud y una naturalidad ideal. El autor se recuerda a sí mismo constantemente estas ideas directrices durante el desempeño de su trabajo.

Así pues, la sonrisa californiana es un intento de satisfacer los deseos y anhelos de nuestras y nuestros pacientes. De todos modos, también deberíamos hacerles entender que la belleza tiene su precio. Para las personas es inalcanzable la perfección absoluta. Dependiendo de los deseos individuales de claridad y simetría, en consecuencia debemos informar a nuestros pacientes sobre un hecho simple: cuanto mayor sea la ambición de alcanzar el ideal, tanto mayor es el riesgo de una apariencia artificial. Todo intento del ser humano de alcanzar la perfección resulta en artificialidad. Sin embargo, esto no significa que debamos suprimir todos los intentos de aproximarnos al ideal. La clave reside en el equilibrio entre lo posible y lo imposible, lo sano y lo malsano, lo artificial y lo natural.

Ha llegado la hora de dejar de equiparar la «artificialidad» a la fealdad, pasando a aceptarla como parte integrante de nuestra percepción de la belleza. Tenemos que abrirnos a una visión más amplia de la belleza. En la odontología no deberíamos temer ni evitar la artificialidad. Más bien deberíamos integrar en nuestro trabajo conceptos de este tipo, con buena disposición y entusiasmo, con una pizca de sano sentido común y mucha habilidad. En última instancia, se trata de un servicio a todos los y las pacientes que anhelan una belleza ideal.

Este caso afecta a una joven con un recubrimiento de composite envejecido. Unos dientes poco atractivos pueden debilitar la autoestima, especialmente en adolescentes. Esta paciente deseaba el restablecimiento de las condiciones de color y de las proporciones dentales. El incisivo central izquierdo en el frente superior estaba rotado, y el canino derecho presentaba abrasión. La mayoría de los dientes presentaban un esmalte descalcificado. El camino a una apariencia limpia, natural y cromáticamente homogénea debía pasar necesariamente por una optimización de la forma de cada diente individual (figs. 1 y 2).

La figura 3 representa esquemáticamente la situación de partida. Las proporciones dentales eran cualquier cosa menos óptimas: los incisivos centrales tuvieron que ser estrechados y acortados, mientras que los incisivos laterales tuvieron que ser ensanchados y alargados.

Tras el tratamiento, los incisivos centrales continuaban siendo dominantes, pero con unas proporciones optimizadas. Los incisivos laterales estaban alargados y el canino derecho aguzado. La situación de los bordes incisales se ajustaba al contorno de la línea cervical, y la línea media corría perpendicular al borde incisal (figs. 4 y 5).

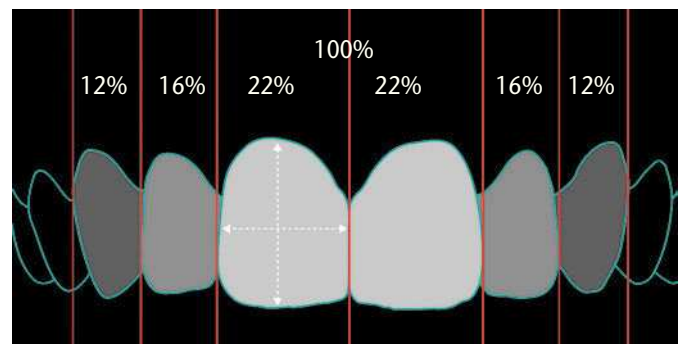
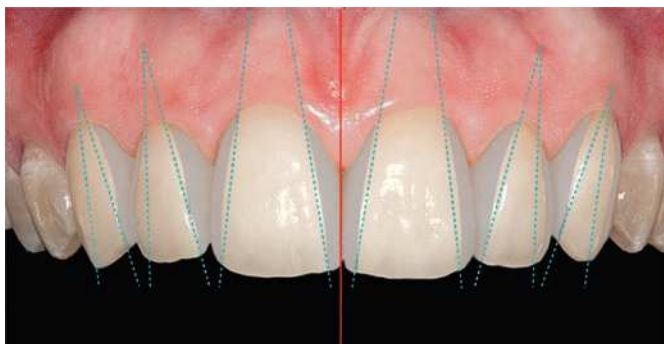
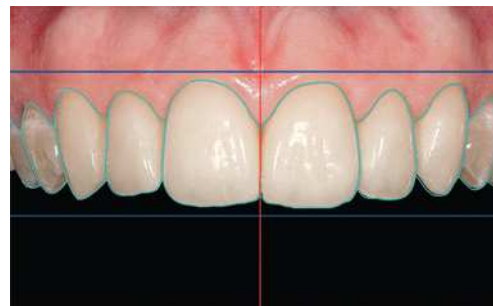
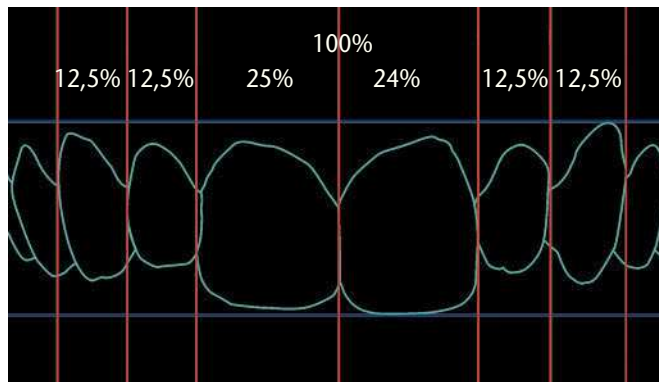
Mediante rebordes marginales es posible regular el eje y el ancho ópticos de los dientes<sup>1</sup> (reflexión de la luz). Para obtener un recorrido correcto de las inclinaciones axiales, el

## Caso 1: simetría

Figs. 1 y 2. Caso 1: vistas antes del tratamiento.



Fig. 3. Representación esquemática de la situación de partida. Las líneas azules ilustran el recorrido de la encía y de los bordes incisales. Las líneas rojas identifican la anchura de los dientes.



Figs. 4 a 7. Restablecimiento de rebordes marginales simétricos y correctamente dispuestos.



Figs. 8a y 8b. Representación en negativo para ilustrar las diferencias de forma entre la situación de partida a) y el resultado del tratamiento b).





Figs. 9 a 13. La situación tras el tratamiento: se han restablecido la simetría y unas condiciones de color más naturales.

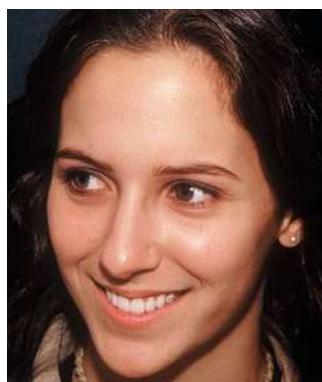


Fig. 14 (*derecha*). En la visita de revisión al cabo de ocho años, la restauración continúa presentando unas propiedades de forma y color excelentes.

reborde marginal mesial de los caninos debería discurrir simétrico a la línea media. El color gris es determinante para la forma de los dientes (cónica, oval o cuadrada) y debería existir simetría formal entre los incisivos izquierdos y derechos<sup>2,8,9,12,14</sup> (fig. 6).

Las siguientes relaciones de anchura son óptimas: incisivos centrales 22% ( $\pm 2\%$ ), incisivos laterales 16% ( $\pm 2\%$ ) y caninos 12% ( $\pm 2\%$ ). En el caso ideal, la anchura del diente debería situarse entre el 75 y el 85% de la longitud del diente<sup>4</sup>. Cada forma dental debería coincidir simétricamente con la forma del diente correspondiente del otro lado (fig. 7). La figura 8 ilustra una representación en negativo para refinar selectivamente los contornos y los tamaños dentales; este tipo de representación también resulta útil para la caracterización de rasgos femeninos (oval) y masculinos<sup>3</sup> (cuadrado).

Las carillas eran simétricas en la vista frontal (fig. 9). El rostro sólo presenta una apariencia equilibrada si las porciones blancas de los ojos y de los dientes están orientadas hacia la línea de las pupilas. Un examen de la prótesis dental definitiva reveló que se habían eliminado las descalcificaciones en el esmalte. Los incisivos superiores eran más claros que los inferiores. De este modo, las carillas presentaban un color natural (fig. 10). Los bordes redondeados lateralmente confieren una nota femenina a los incisivos laterales. El canino, con su forma ligeramente aguzada y redondeada, presentaba un aspecto pasivo. Los tonos cromáticos discurrían de la siguiente manera: los incisivos centrales con gran claridad y poca saturación; los incisivos laterales con claridad normal y saturación normal; caninos con claridad reducida y saturación elevada<sup>7</sup> (fig. 11). El recorrido de los bordes incisales seguía la línea del labio inferior, y la restauración complementó los rasgos faciales de la paciente (figs. 12 y 13). Incluso al cabo de ocho años, la prótesis dental se mostraba intacta tanto en cuanto a la forma como al color (fig. 14).

## Caso 2: armonía y equilibrio

Este caso se refiere a una instructora de fitness de mediana edad de Beverly Hills. La paciente presentaba incisivos cortos, los cuales describían una línea de sonrisa invertida. El canino izquierdo estaba inclinado hacia vestibular. Los incisivos centrales eran oscuros, y los bordes incisales irregulares. A ello se añadían una decoloración cervical del incisivo lateral izquierdo y unas cúspides de los caninos que presentaban una fuerte abrasión (figs. 15 y 16). La paciente deseaba un embellecimiento de su sonrisa. Quería tener un aspecto más natural y acorde con su edad.

Con vistas al tratamiento aditivo, se prepararon los dientes de forma respetuosa. Los límites de preparación para las carillas se situaban en el margen gingival. Únicamente en el incisivo lateral derecho se dispuso un margen subgingival, a fin de enmascarar la decoloración (fig. 17).

Las carillas tenían un grosor de 0,6 mm. Abarcaban distintos grados de translucidez para los más diversos efectos y profundidades de color (fig. 18). Los bordes presentaban un claro «efecto de lente de contacto», a fin de poder integrar homogéneamente la zona. Se enmascaró el incisivo lateral izquierdo, a fin de ocultar la decoloración en la preparación.

Para la adaptación cromática de las carillas se utilizaron diversos geles de prueba. La figura 19 muestra los distintos grados de claridad de las carillas sobre los incisivos centrales con dos geles distintos. La técnica de homogeneización del odontólogo influye en el resultado final. El incisivo central derecho con el gel translúcido se correspondía, con su claridad escasa, con los dientes circundantes, y en consecuencia no se utilizó. En su lugar se escogió el gel opaco sobre el incisivo central izquierdo, que otorgaba al diente un aspecto más claro que el antagonista.

En oclusión se apreciaba claramente la transparencia de los bordes incisales<sup>16</sup> (fig. 20). No era visible ninguna línea de transición abrupta en los márgenes cervicales. Se había enmascarado con éxito la decoloración en la zona cervical del incisivo lateral izquierdo. Las carillas fueron configuradas de forma que resultaran más naturales para una mujer de mediana edad. Se restableció también una línea de sonrisa natural. La translucidez de los bordes incisales confirió a los labios una apariencia natural. El color de las carillas armonizaba con el rostro, la edad y la profesión<sup>15</sup> (figs. 21 a 27).



Figs. 15 y 16. Caso 2: la situación de partida.



Fig. 17. Los dientes tras la preparación respetuosa.

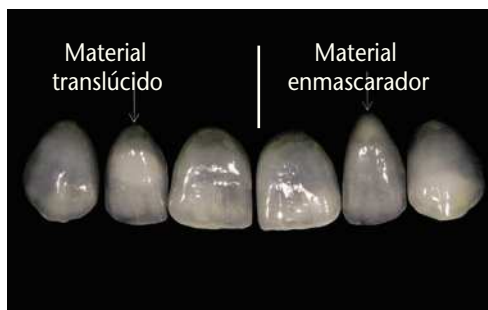


Fig. 18. Utilización de carillas en la técnica de estratificación.



Fig. 19. Se probaron diversos geles de prueba para la adaptación cromática de las carillas.



Fig. 20. Los bordes incisales translúcidos son necesarios para la armonización de los dientes superiores con los inferiores.



Figs. 21 a 25. La situación tras el tratamiento.



Figs. 26 y 27. Retratos antes y después del tratamiento (izquierda y derecha). Fue posible mejorar sensiblemente el aspecto de la paciente.



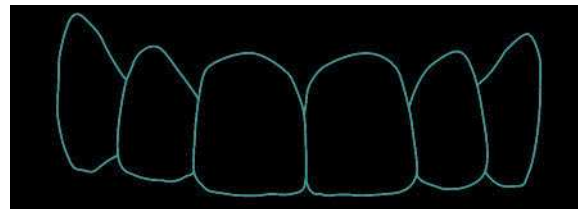
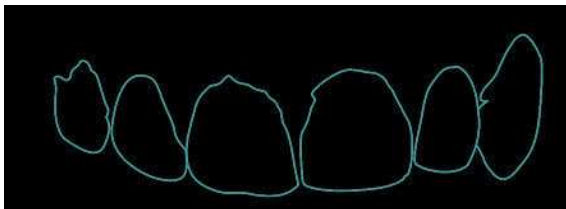
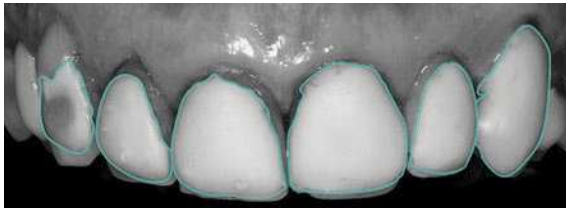




Fig. 28. Caso 3: la situación de partida.



Figs. 29a y 29b (*derecha*) y 30a y 30b (*abajo*). Estos retratos en blanco y negro antes y después del tratamiento ilustran la gran importancia de unos dientes correctamente alineados y homogeneizados.



Figs. 31a y 31b. Representación esquemática de la situación antes y después del tratamiento, para ilustrar las modificaciones de la forma realizadas.



Fig. 32. La situación tras el tratamiento. Todavía existían decoloraciones visibles en los márgenes cervicales.



Fig. 33. Armonización cromática entre las arcadas superior e inferior.



Fig. 34. En caso de que existan grandes diferencias de color entre las arcadas superior e inferior, es especialmente importante la configuración de la zona de transición.



Figs. 35 y 36. Retratos antes y después del tratamiento (*izquierda y derecha*). La situación había mejorado enormemente.



Esta paciente llevaba carillas antiguas de composite. Se avergonzaba de su sonrisa y pidió carillas para aclarar su aspecto. No deseaba ningún cambio en la arcada inferior (fig. 28). Las fotos en blanco y negro ponen de manifiesto la importancia de unos dientes correctamente igualados y homogeneizados (figs. 29 y 30). Las zonas claras de las carillas eran determinantes para la forma de los dientes. La figura 31 ilustra la forma de los dientes anteriores incorrectamente alineados. Existía un contraste evidente entre las antiguas carillas de composite y los dientes decolorados bajo éstas. Los protésicos dentales deben ser capaces de controlar la forma de los dientes a partir de cuatro factores: claridad (blanco/negro), saturación (intensidad), elevación (reflexión de la luz) y depresión<sup>13</sup> (sombra).

Tras el tratamiento, las carillas y la arcada inferior estaban adecuadamente homogeneizadas. Las carillas presentaban un grosor total de 1,0 a 1,5 mm. Aunque esto constituya un grosor nada despreciable para carillas, los márgenes cervicales continuaban presentando una decoloración amarilla grisácea residual. Todavía es posible compensar el tono amarillo mediante colores complementarios. Sin embargo, no es posible enmascarar totalmente el color gris (fig. 32).

Entre el color de las carillas (1M1 y 2M1, anillo de colores Vita 3D, Vita Zahnfabrik, Bad Säckingen, Alemania) y el color de los dientes inferiores (5M1) existía una gran diferencia (fig. 33). Debe alcanzarse la homogeneidad no sólo de un lado al otro, sino también desde arriba hacia abajo. Al homogeneizar grandes diferencias de color es importante prestar especial atención a la zona de transición. Mediante la adaptación de la translucidez en los bordes incisales es posible ligar entre sí los distintos colores (fig. 34).

La sonrisa de la paciente había cambiado enormemente tras el tratamiento. En el presente caso, los deseos estéticos tendían más al ideal que a la naturalidad (figs. 35 y 36).

## Caso 3: homogeneidad

Esta joven asistente dental estaba insatisfecha con la simetría de su encía y las decoloraciones en forma de manchas en sus dientes. Además debían ensancharse los corredores bucales. El plan de tratamiento estético preveía una intervención de cirugía periodontal para alargar las coronas y subsanar la ligera «sonrisa gingival»<sup>6</sup> (fig. 37).

Ocho semanas después de la realización con éxito de la intervención de cirugía periodontal, como preparación para las carillas se alineó el margen gingival (fig. 38).

El resultado estético resulta más calculable mediante un encerado. Además, de este modo los pacientes pueden evaluar el plan de tratamiento y expresar eventuales deseos de modificación. Esta paciente se mostró satisfecha con el encerado<sup>11,17</sup> (fig. 39).

Las carillas definitivas presentaban un aspecto impecable y cromáticamente homogéneo. El margen gingival y las proporciones dentales fueron optimizados con éxito. No se apreciaba ninguna diferencia entre el encerado y las carillas definitivas. El corredor bucal más ancho para subsanar la sonrisa gingival arrojó como resultado una sonrisa más plena (figs. 40 a 44).

## Caso 4: estética calculable

Una mujer joven del mundo de la música estaba insatisfecha con las carillas en sus incisivos centrales superiores, las cuales le habían sido colocadas el año anterior por otro odontólogo. Ahora deseaba unas carillas con un aspecto más natural. Debido a su color blanco unidimensional y a su gran forma cuadrada, las carillas existentes no eran óptimas (fig. 45).

## Caso 5: salud y belleza



Fig. 37. Caso 4: la situación antes del tratamiento.



Fig. 38. La oclusión ocho semanas después de la intervención de cirugía periodontal.



Fig. 39. Mediante un encerado diagnóstico fue posible comprobar con antelación la restauración planificada.



Figs. 40 a 44. El resultado final.

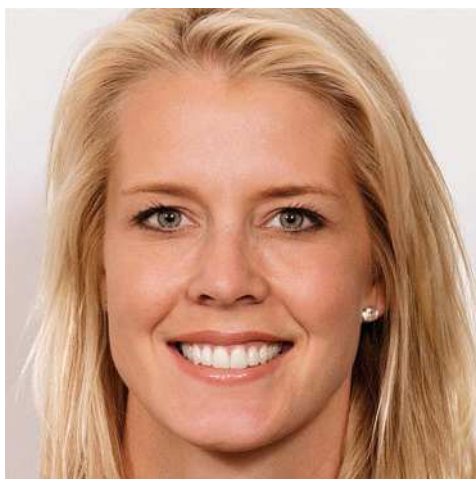


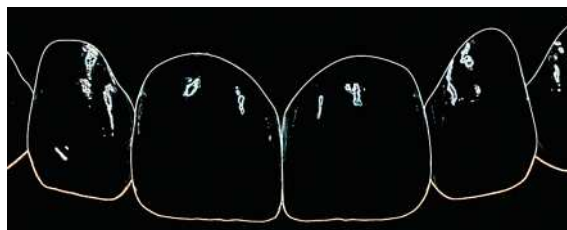
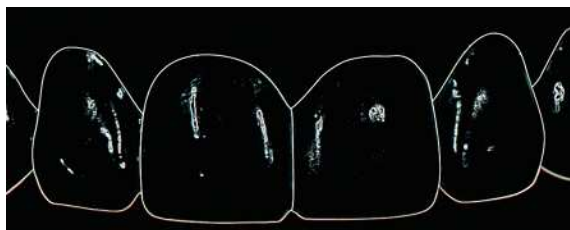
Fig. 45. Caso 5: la situación de partida.



Fig. 46. Los dientes preparados.



Figs. 47 y 48. El frente superior antes y después del tratamiento (izquierda y derecha). Pueden apreciarse claramente las diferencias en cuanto a color y translucidez.



Figs. 49a y 49b. Representación esquemática de la situación antes y después del tratamiento. Las formas dentales definitivas son más curvas y ello les confiere un aspecto más natural.



Figs. 50 a 54. La situación final.





El color de las preparaciones armonizaba con los dientes contiguos (fig. 46). Las nuevas carillas requirieron una mayor claridad en la región central del esmalte, y mayores grados de translucidez en los bordes incisales. Tres semanas después de la conclusión del tratamiento de blanqueamiento doméstico se procedió a la preparación de los dientes y a la toma del color. Tras el blanqueamiento, el color de los dientes era más claro que 0M2. Las figuras 47 y 48 muestran los incisivos superiores de la paciente antes y después del tratamiento. Ilustran la mejor claridad y translucidez en los tercios dentales cervicales, centrales e incisales en comparación con el tono blanco unidimensional y el aspecto opaco antes del tratamiento<sup>10</sup>. Para un aclarado más natural es importante incrementar efectivamente la claridad, sin limitarse a añadir color blanco. Con sus bordes incisales redondeados por distal, las carillas presentan además una apariencia más femenina. El problema con las antiguas carillas residía sobre todo en unas superficies de contacto interdentes demasiado largas y unos contornos demasiado rectos, lo cual les confería un aspecto artificial. Para un efecto más natural eran necesarios unos contornos dentales curvos<sup>5</sup> (fig. 49). Las carillas (0,4 a 0,6 mm) crearon la translucidez adecuada y de este modo se integraron homogéneamente en las arcadas dentarias blanqueadas que las rodean. La paciente no estaba interesada en unos dientes superrectos o superblancos (figs. 50 a 54).

**Conclusión** Con el concepto de la «sonrisa californiana» queremos crear belleza ideal, animando a nuestros pacientes a expresar sus propias ideas sobre lo que constituye una sonrisa bonita.

**Agradecimientos** Los casos presentados fueron tratados por los siguientes odontólogos: Dr. Shahdad Arami (casos 1 y 3), Dr. Edward A. McLaren (caso 2), Dr. Emil Hawary (caso 4) y Dr. Hiroyuki Hatano (caso 5). Me gustaría expresar mi agradecimiento a las siguientes personas por su apoyo: Dr. Ed McLaren, Dr. Jimmy Eubank y Klaus Mütterthies por la aportación de sus conocimientos estéticos, así como por su ánimo y apoyo durante mi trayectoria profesional. Agradezco a mis colegas y amigos en Art Oral, con quienes intercambio ideas y conocimientos. Mi agradecimiento especial va dirigido a todos aquellos pacientes y odontólogos que entienden la pasión que se oculta tras el método singular para obtener una belleza ideal.

- Bibliografía**
1. Brix O. Tooth form. In: Cornell DF, Suckert R (Hrsg.). Fundamentals of Esthetics. Fuchstal: Teamwork Media, 2003:15-26.
  2. Chiche G, Pinault A. Esthetics of Anterior Fixed Prosthodontics. Chicago: Quintessence, 1994: 13-31.
  3. Edwards B. Perceiving the Shape of a Space: The Positive Aspects of Negative Space. The New Drawing on the Right Side of the Brain. New York: Tarcher/Putnam, 1999:116-136.
  4. Fradeani M, Barducci G. Esthetic Analysis: A Systematic Approach to Prosthetic Treatment, vol. 1. Chicago: Quintessence, 2004:137-243.
  5. Gebhard W. A comprehensive approach for restoring esthetics and function in fixed prosthodontics. Quintessence Dent Technol 2003;26:21-44.
  6. Goldstein RE. Change Your Smile. Chicago: Quintessence, 1997:1-36.
  7. Gürel G. Smile Design: The Science and Art of Porcelain Laminate Veneers. Chicago: Quintessence, 2003;61-109.
  8. Kataoka S, Nishimura Y. Contouring ceramic restorations. In: Kataoka S, Nishimura Y, Sadan A (Hrsg.). Nature's Morphology: An Atlas of Tooth Shape and Form. Chicago: Quintessence, 2002:56-73.
  9. Magne P, Belser U. Bonded Porcelain Restorations in the Anterior Dentition: A Biomimetic Approach. Chicago: Quintessence, 2003:57-98.
  10. McLean JW. The Science and Art of Dental Ceramics, vol 2: Bridge Design and Laboratory Procedures in Dental Ceramics. Chicago: Quintessence, 1992:21-24.
  11. Morr T, Heindl H. A systematic approach to predictable esthetics using porcelain laminate veneers. Quintessence Dent Technol 2004;27:43-52.

12. Nishimura Y. Reconstruction of coronal anatomy in ceramic restorations of the anterior teeth. *Quintessence Dent Technol* 1994;17:67-94.
13. Rinn LA. *The Polychromatic Layering Technique: A Practical Manual for Ceramics and Acrylic Resins*. Chicago: Quintessence, 1990:11-34.
14. Rufenacht CR. *Fundamentals of Esthetics*. Chicago: Quintessence, 1990:11-32.
15. Ubassy G. *Shape and Color: The Key to Successful Ceramic Restorations*. Chicago: Quintessence, 1993:17-30.
16. Yamamoto M. *Metal-Ceramics: Principles and Methods of Makoto Yamamoto*. Chicago: Quintessence, 1985:221-267.
17. Zuhr O, Schoberer U, Wachtel H, Bolz W, Hürzeler MB. Diagnostic principles in light of modern treatment strategies. *Dent Dialogue* 2004;4:6-29.

#### Correspondencia

Samuel C. Lee, CDT, MDC.  
13210 Estrella Avenue, Suite H, I, Gardena, CA 90248, EE.UU.  
Correo electrónico: artoral@hotmail.com