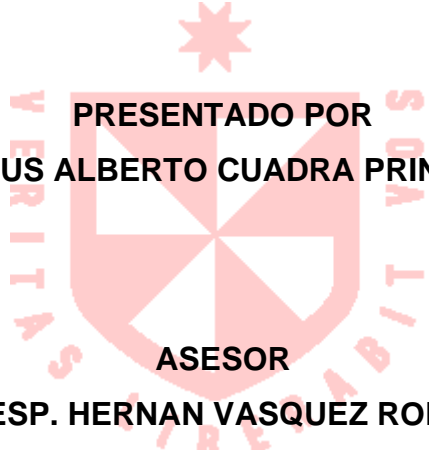


FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
ESCUELA PROFESIONAL ODONTOLOGÍA

**REHABILITACIÓN ORAL INTERDISCIPLINARIA CON  
PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE – FERULIZACIÓN  
DENTARIA. REPORTE DE CASO CLÍNICO**



PRESENTADO POR  
JESUS ALBERTO CUADRA PRINCIPE

ASESOR  
MG. ESP. HERNAN VASQUEZ RODRIGO

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL  
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL  
DE CIRUJANO DENTISTA

CHICLAYO, PERÚ  
2024



**CC BY-NC-ND**

**Reconocimiento – No comercial – Sin obra derivada**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**USMP**  
UNIVERSIDAD DE  
SAN MARTÍN DE PORRES

Facultad de  
Odontología

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL:**

**REHABILITACIÓN ORAL INTERDISCIPLINARIA CON PRÓTESIS  
PARCIAL REMOVIBLE – FERULIZACIÓN DENTARIA. REPORTE  
DE CASO CLÍNICO**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE PROFESIONAL DE:**

**CIRUJANO DENTISTA**

**PRESENTADO POR:**

**BACH: JESUS ALBERTO CUADRA PRINCIPE**

**ASESOR:**

**MG. ESP. HERNAN VASQUEZ RODRIGO**

**CHICLAYO – PERÚ**

**2024**

## ÍNDICE

Pág.

### RESUMEN/ABSTRACT

<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	<b>6-7</b>
<b>II. DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO</b>	<b>8</b>
2.1 Anamnesis	8
2.1.1 Motivo de consulta	8
2.1.2 Enfermedad actual	8
2.1.3 Historia pasada	8
2.2 Examen clínico	8-9
2.3 Exámenes auxiliares	9
2.4 Diagnóstico	9-10
2.5 Plan de tratamiento	11
2.6 Evolución del tratamiento y alta	11-13
<b>III. CONCLUSIÓN</b>	<b>13</b>
<b>IV. FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	<b>14-15</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>15-30</b>

## RESUMEN

- ✓ **Introducción:** El presente trabajo tiene como objetivo relatar un reporte de caso clínico de un paciente con movilidad y pérdida dental, se presenta una secuencia clínica interdisciplinaria detallada desde la anamnesis hasta el alta del paciente.
- ✓ **Descripción del caso clínico:** Paciente de 53 años femenino a la evaluación clínica presenta movilidad y pérdida dentaria, pulpitis irreversible asintomática como rasgos relevantes. Se logro el objetivo estabilizar las piezas que presentaban movilidad grado 2 y devolver las piezas dentales perdidas mediante la elaboración de PPR.
- ✓ **Conclusiones:** La falta de conocimiento sobre la salud oral en la población viene siendo baja, la higiene oral es de vital importancia para el cuidado y mantenimiento de las piezas dentarias, el bajo nivel socioeconómico puede influir en las pérdida parcial o total de los dientes. La elaboración de PPR es uno de los métodos más eficaces en la rehabilitación oral para devolver la funcionabilidad de los dientes perdidos.
- ✓ **Palabras clave:** Rehabilitación oral, movilidad dental, endodoncia (fuente: DeCS de BIREME.)

## ABSTRACT

- ✓ **Introduction:** The objective of this work is to report a clinical case report of a patient with mobility and dental loss, a detailed interdisciplinary clinical sequence is presented from the anamnesis to the patient's discharge.
- ✓ **Description of the clinical case:** Patient presents tooth mobility in the anterior upper teeth and tooth loss, in the clinical findings we find tooth mobility in the anterior superior teeth, asymptomatic irreversible pulpitis and tooth loss. The objective was achieved: to stabilize the teeth that presented grade 2 mobility and return the lost teeth by making PPR.
- ✓ **Conclusions:** The lack of knowledge about oral health in the population has been low, oral hygiene is of vital importance for the care and maintenance of teeth, low socioeconomic level can influence partial or total loss of teeth. The elaboration of PPR is one of the most effective methods in oral rehabilitation to restore the functionality of missing teeth.
- ✓ **Keywords:** Oral rehabilitation, dental mobility, endodontics (Source: DeCS BIREME).

NOMBRE DEL TRABAJO

**REHABILITACIÓN ORAL INTERDISCIPLINARIA CON PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE – FERULIZACIÓN DENTARIA. REPOR**

AUTOR

**JESUS ALBERTO CUADRA PRINCIPE**

RECUENTO DE PALABRAS

**3239 Words**

RECUENTO DE CARACTERES

**17328 Characters**

RECUENTO DE PÁGINAS

**30 Pages**

TAMAÑO DEL ARCHIVO

**3.2MB**

FECHA DE ENTREGA

**Nov 13, 2024 6:07 PM GMT-5**

FECHA DEL INFORME

**Nov 13, 2024 6:08 PM GMT-5**

● **8% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 5% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 5% Base de datos de trabajos entregados
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Material bibliográfico
- Bloques de texto excluidos manualmente
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)



FIRMA: HERNAN VASQUEZ RODRIGO  
 CODIGO ORCID: 0000-0002-5926-6837

**Acta de aprobación del Comité de Ética: N°018-2024-CEI-FO-USMP**

## I. INTRODUCCIÓN

La salud oral en países de Latinoamérica viene siendo baja desde hace tiempo, sumado a los factores de riesgo como la dieta inadecuada alta en azúcar, la falta de higiene oral, la exposición inadecuada al flúor y la falta de atención preventiva<sup>1</sup>.

La caries dental es un problema de salud pública la cual afecta tanto a niños como adultos a nivel mundial, sin embargo, en América Latina tiene mayor repercusión debido al poco interés por parte de las entidades de salud pública, como también parte del nivel socio económico en esta parte del continente<sup>1</sup>. El bajo nivel socioeconómico sumado a la caries dental no tratada conlleva a la pérdida de los dientes ya que la exodoncia es mucho más accesible económicamente que la rehabilitación.<sup>2</sup>

Cuando varios de estos factores se suman, con el tiempo conlleva a la pérdida parcial o total de los dientes<sup>3</sup>. Con la pérdida de dientes causa un desequilibrio influyendo tanto en la masticación de los alimentos, estética, fonética y psicológica<sup>4</sup>.

Cuando existe una pérdida significativa de dientes también puede causar la extrusión, rotación e inclinación de los dientes complicando el trabajo del rehabilitador oral<sup>4</sup>. En algunos casos la pérdida de soporte posterior conlleva al desgaste en los dientes anteriores<sup>5</sup>.

A nivel mundial el edentulismo viene a consecuencia de la pérdida dental y sigue siendo muy frecuente hoy en día, en especial en adultos mayores<sup>2</sup>.

La enfermedad periodontal es una afección inflamatoria la cual tiene como repercusión a los tejidos de sostén del diente.<sup>6</sup> La gingivitis suele ser la más leve siendo solo inflamación de las encías asociada a biofilm. La periodontitis suele venir de la mano con reabsorción ósea en muchas ocasiones ya sea reabsorción horizontal, vertical o en zocabado<sup>6</sup>.

La periodontitis sumada a la pérdida dental y otros factores conlleva a que los dientes que aún están en boca sufran una movilidad no fisiológica<sup>7</sup>.



La rehabilitación oral es la especialidad de la odontología la cual se ocupa de devolver la funcionabilidad, estética y fonética de los dientes dañados o faltantes<sup>8</sup>. Dentro del campo de la rehabilitación oral se abordan problemas complejos y se aplican técnicas de diagnóstico específicas para cada trastorno de mordida y articulación<sup>9</sup>.

La endodoncia es una especialidad de la odontología la cual se encarga de retirar la pulpa dental utilizando diversas técnicas específicas según cada diagnóstico. Cuando la pulpa está vital se denomina biopulpectomía utilizando la técnica apico coronal y cuando la pulpa no es vital se denomina necro pulpectomía, utilizando la técnica corono apical<sup>10</sup>.

Hoy en día el tratamiento de conductos mecanizada lidera la vanguardia, pero tanto la endodoncia manual convencional como la mecanizada tiene como objetivo preservar el diente<sup>10</sup>.

El presente trabajo tiene como objetivo relatar el caso clínico de un paciente con movilidad y pérdida dental, se presenta una secuencia clínica relatando la anamnesis, odontograma, la secuencia del plan de tratamiento interdisciplinario rotando por el área de endodoncia, enfatizando la rehabilitación oral mediante la realización de coronas ferulizadas, incrustaciones y prótesis parcial removible.

El tratamiento se concluye con la toma final de radiografía panorámica y fotos intraorales, dando así el alta del paciente con su satisfacción y aprobación.

## **II. DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO**

### **2.1 Anamnesis**

Paciente de 53 años, sexo femenino, de origen étnico mestizo, ocupación ama de casa.

#### **2.1.1 Motivo de consulta**

Chequeo completo y revisión.

#### **2.1.2 Enfermedad actual**

Paciente presenta pérdida de piezas dentarias desde hace 4 años.

#### **2.1.3 Historia pasada**

Paciente no refiere tener malos hábitos, presenta diabetes controlada la cual usa como medicamento metformina, no presenta alergia a ningún medicamento, hace 10 años le extirparon el útero, refirió que visitó al odontólogo una semana antes por el motivo de consulta general sin presentar ninguna complicación en su revisión.

### **2.2 Examen clínico**

Al examen ectoscópico es un paciente de aparente buen estado general, aparente buen estado nutricional, aparte buen estado de hidratación, con un estado consciente lucido orientado en tiempo espacio y persona.

Al examen clínico regional cabeza y cuello la paciente es normocéfalo, simetría facial asimétrica, perfil recto y de cuello asimétrico. En el examen extrabucal la apertura registrada fue de 45 mm, labios humectados y competencia labial. En el examen intrabucal no presento lesiones o alteraciones en el color y textura o humedad.

En la odontograma inicial se encontró ausencia de piezas 12, 14, 16, 17, 23, 26, 27, 35, 36, 38, 46, 47, 48, lesiones cariosas en las piezas 11 (DI), 15 (O), 18 (O), 24 (O), 34 (O), amalgama (O) en mal estado en pieza 37, resinas (O) en buen estado en piezas 44 y 45, desgaste (I) en piezas 31, 32, 33, 41, 42, 43. A la

evaluación clínica se observó movilidad grado 2 en las piezas 11, 22 y pulpitis irreversible asintomática en las piezas 11, 21 y 22.

### **2.3 Exámenes auxiliares**

Las radiografías panorámicas y periapicales son los exámenes auxiliares más utilizados en nuestra área, nos ayudan al diagnóstico y tratamiento de lesiones. La radiografía panorámica genera imágenes tomográficas bidimensionales 2D de toda el área maxilomandibular permitiendo la evaluación general de los dientes, como también otras áreas importantes para cualquier especialidad de la odontología<sup>7</sup>.

Rx. Panorámica:

Senos maxilares neumatizados, moderada reabsorción ósea alveolar vertical y socavada en cuadrante 1 y 2, Ausencia de pieza. 12, 14, 16, 17, 23, 26, 27, 35, 36, 38, 46, 47, 48, restauraciones coronarias en pieza 15, 18, 28, 37, extrusión dentoalveolar de la pieza. 18, Pieza 11 ligamento periodontal ensanchado se sugiere ampliar estudio con rx periapical, atrición dentaria en piezas anteroinferiores.

Rx. Periapical:

Pieza 11 imagen radiolúcida a nivel (DI) sin compromiso pulpar compatible con lesión cariosa (R4), reabsorción (D) en socavado y espacio del ligamento periodontal ensanchado (DM).

Pieza 22 espacio del ligamento periodontal ensanchado.

### **2.4 Diagnóstico**

Los métodos de diagnóstico fueron mediante el examen intraoral clínico visual (ICDAS) para la identificación de lesiones cariosas. Se complemento con la detección radiográfica la cual identifica una radiolucidez como una lesión patológica<sup>2</sup>.

Se realizó interconsultas con el especialista en rehabilitación oral con lo cual se dedujo que el paciente presentaba movilidad grado 2 según los criterios de movilidad dentaria propuestos por Laura Lau<sup>8</sup>. Con la especialista en endodoncia de turno en la clínica odontológica se realizaron pruebas de vitalidad frío, calor, percusión. Y se diagnosticaron que las piezas 11, 21 y 22 solo respondieron a las pruebas térmicas excesivas deduciendo que presentaban pulpitis irreversible asintomática un tipo de inflamación persistente de la pulpa dental que no presenta síntomas clínicos, pero a pesar de ello la pulpa inflamada suele ser incapaz de repararse por sí misma<sup>10</sup>.

La pérdida dental fue producto de un mal conocimiento sobre la higiene oral y una baja condición socioeconómica. Existe una fuerte asociación de las condiciones sociales y económicas con la aparición de caries dental, lo que indica que las personas que viven en condiciones socioeconómicas bajas tienen una mayor exposición a factores de riesgo que podrían influir en mayor incidencia de caries dental y posterior pérdida dentaria <sup>11</sup>.

La paciente presenta salud gingival, sin presencia de placa, índice de higiene deficiente, lesiones cariosas en dentina, pulpitis irreversible asintomática, movilidad y pérdida dentaria.

Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud CIE 10:

K021: Caries de la dentina en las piezas (11,15, 18, 24, 34)

K030: Atrición excesiva de los dientes en ( 31, 32, 33, 41, 42, 43)

K040: Pulpitis en las piezas (11, 21, 22)

K088: Otras afecciones especificadas de los dientes y de estructura de sostén en las piezas (11, 21, 22)

K081: Pérdida de dientes debida a accidente, extracción o enfermedad periodontal en las piezas (12, 14, 16, 17, 23, 26, 27, 35, 36, 38, 46, 47, 48)

## **2.5 Plan de tratamiento**

Fase I: inicial o higiénica

Índice de O'Leary, profilaxis (D1110), motivación y técnica de cepillado.

Fase II: correctiva

Eliminación de las lesiones cariosas y restauraciones con resina compuesta (D2330) en piezas 18 (O), 24 (D), 34 (O). Tratamiento de conductos (Biopulpectomía D3310) de las piezas 11, 21 y 22. Espigo de fibra de vidrio anatomizado (D2954) en las piezas 11, 21 y 22. Coronas metal porcelana ferulizadas (D2751) en las piezas 11, 21 y 22. Pieza 15 y 37 incrustaciones de metal (D2520) con lechos para PPR inferior, prótesis parcial removible inferior (D5214).

Fase III: Mantenimiento

Se recomendó mantenimiento de la salud oral mediante controles de profilaxis cada 6 meses. Los objetivos del tratamiento fueron devolver la funcionabilidad masticatoria, estética y psicológica del paciente mediante la elaboración de una PPR inferior (D5214), así como disminuir la movilidad de las piezas 11, 21 y 22 mediante la ferulización con coronas metal porcelana ferulizadas (D2751), la cual se logró exitosamente.

## **2.6 Evolución del tratamiento y alta**

Se inicio el tratamiento realizando el índice de higiene oral (O'Leary), consecutivamente se procedió con la profilaxis, motivación y técnica de cepillado. En una siguiente cita se realizó las restauraciones con resina compuesta 3M de las piezas 18 (O), 24 (D), 34 (O).

En la siguiente cita se comenzó los tratamientos de conductos (Biopulpectomía) de las pieza 11, 21 y 22 las cuales se realizaron en 3 citas, se inició con la apertura cameral por encima del cingulo, se utilizó la técnica apico-coronal (Step back) utilizando como irrigante antimicrobiano y disolvente de tejido orgánico el Hipoclorito de sodio al 2.5%, para eliminación del barrillo dentinario "smear layer"

se utilizó EDTA 17 % en intervalos de 20 segundos sin sobrepasar los 60 segundos y por su efecto residual se utilizó clorhexidina al 2%, siempre teniendo en cuenta de irrigar con solución salina al cambiar cada irrigante, al realizarse en 3 citas (una semana) se utilizó como medicación intraconducto hidróxido de calcio con anestesia y sellando la apertura con material provisional "Coltosol" hasta la posterior cita.

En la obturación se utilizó la técnica de condensación lateral utilizando gutaperchas (cono maestro #35) y cemento a base de hidróxido de calcio y óxido de bismuto unidos por resina epoxy (sealer 26), se restauró temporalmente con una base teflón y ionómero de vidrio, posteriormente 7 días después con la disponibilidad del paciente y sin presencia de alguna sintomatología o complicaciones se procedió con la realización de los espigos de fibra de vidrio anatomizados los cuales se hicieron en dos citas iniciando con la desobturación utilizando limas gate hasta la lima #3 y finalizando con la lima peso #3, se utilizó espigos de fibra de vidrio 0.5, se anatomizo con resina compuesta y se instaló con cemento de resina autograbante (TheraCem), en las siguientes citas se realizaron los tallados para coronas metal porcelana ferulizadas en las piezas 11, 21 y 22.

Una semana después se procedió a la realización de preparación para las incrustaciones de metal, en la pieza 15 se decidido hacer lechos oclusales en mesial y distal para una futura PPR ya que la pieza estaba aislada y en la pieza 37 se retiró la amalgama en mal estado y se procedió a realizar el tallado decidiendo realizar un lecho mesial para la posterior PPR.

Una vez llegaron los trabajos se hicieron las pruebas de metal de las coronas satisfactoriamente y se hizo la toma de color, luego de dos semanas se hizo la prueba de bizcocho y se mandó para el glaseado, una semana después se cementaron las coronas ferulizadas y las incrustaciones metálicas usando ionómero de cementación, se procedió hacer la toma de impresión para los modelos de estudio y preparación de cubeta individual de la PPR inferior.

Paciente era clase II de Kennedy modificación 1, en la pieza 34 se realizó lecho distal para un retenedor circunferencial acker, en la pieza 37 previamente se había realizado la incrustación con lecho mesial para un retenedor circunferencial acker,

en la pieza 45 extremo libre se realizó un DPI indicado para PPR con extremo libre, se especificó en él envió hacer un conector mayor tipo peine por fines estéticos debido a que la paciente presentaba espacios interproximales en la parte anteroinferior.

Una vez llego el trabajo se realizó la prueba de estructura metálica de la PPR sin presentar complicaciones o inconvenientes, se tomó registro con articulador ASA, y se realizó la toma de color (62 olympic), se articuló para la elaboración del encerado, una semana después se realizó las posteriores pruebas del encerado en el paciente el cual no presento problemas ni complicaciones en el habla, fonética o estética, luego se mandó acrilizar con la conformidad del paciente y del docente de turno. La PPR se instaló 3 semanas después exitosamente y con la conformidad del paciente. El control se realizó dos meses después ya que la paciente realizaría un viaje, cuando regreso para su control se recomendó realizarse controles profilácticos cada 6 meses, se culminó dando de alta al paciente exitosamente.

### **III. CONCLUSIONES**

La pulpitis irreversible asintomática, aunque no presente síntomas, requiere tratamiento para prevenir complicaciones futuras. La endodoncia, seguida de un adecuado seguimiento y rehabilitación, es el enfoque de tratamiento recomendado para esta condición<sup>10</sup>.

Se logro estabilizar y dispersar las fueras oclusales neutralizando así la movilidad dentaria utilizando coronas metal porcelana ferulizadas<sup>9</sup>.

Una limitación fue que la paciente contaba con una prótesis provisional "WIPLA" que por motivos económicos no deseaba cambiar, por lo cual solo de opto por realizar la PPR inferior.

Se cumplio el obvejtivo de devolver la estabilidad oclusal posterior mediante la elaboracion de protesis parcial removible la cual devolvio la capacidad de masticacion satisfactoriamente y mejorando la autoestima del paciente<sup>6</sup>.

#### IV. FUENTES DE INFORMACIÓN

1.- Martingon S, Roncalli AG, Alvarez E, Aranguiz V, Feldens CA, Rabelo BM. Risk factors for dental caries in Latin American and Caribbean countries. *Braz oral res.* 2021; 35: (53) 10-17.

2.- Machiulskiene V, Campus G, Carvalho JC, Dige I, Ekstrand KR, Jablonski-Momeni A, et al. Terminology of dental caries and dental caries management: consensus report of a workshop organized by ORCA and Cariology Research Group of IADR. *Caries Res.* 2020; 54(1):7-14.

3.- Carvajal P, Vernal R, Reiner D, Malheiros Z, Stewart B, Pannuti CM et al. Periodontal disease and its impact on general health in Latin America. Section II: Introduction part II. *Braz Oral Res.* (en línea) 2020 (acceso 01 de septiembre 2024); 34:2-23. Disponible en:

» <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2020.vol34.0023>

4.- Borg-Bartolo R, Roccuzzo A, Molinero M P, Schimmel M, Gambetta KT, AChaurasia A, Koca RB, et al. "Global prevalence of edentulism and dental caries in middle-aged and elderly persons: A systematic review and meta-analysis." *Journal of dentistry.* (en línea) 2022 (acceso 01 de septiembre 2024); 127:2-5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36265526/>

5.- POZOS GA, MOLINA G, SOVIERO V, ARTHUR RA, CHAVARRIA BD, ACEVEDO AM. Management of dental caries lesions in Latin American and Caribbean countries. *Braz oral res* (en línea) 2021 (acceso 01 de septiembre 2024); 35:55. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2021.vol35.0055>

6.- Elmahdi AA, Elagib MFA, Mohamed Ali AB, Abouzeid HL, Atta AS, Abullais SS, Dhadse PV. Assessment of Periodontal Health Among Removable and Fixed Partial Denture Wearers in Aseer Region of Saudi Arabia. *Med Sci Monit* (en línea) 2023 (acceso 01 de septiembre 2024); 29:20-30. Disponible en : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37138499/>

7.- Bayrakdar IS, Orhan K, Çelik Ö, Bilgir E, Sağlam H, Kaplan FA, Görür SA, et all. A U-Net Approach to Apical Lesion Segmentation on Panoramic Radiographs.



Biomed Res Int (en línea) 2022 (acceso 01 de septiembre 2024); 22:1-7.  
Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35075428/>

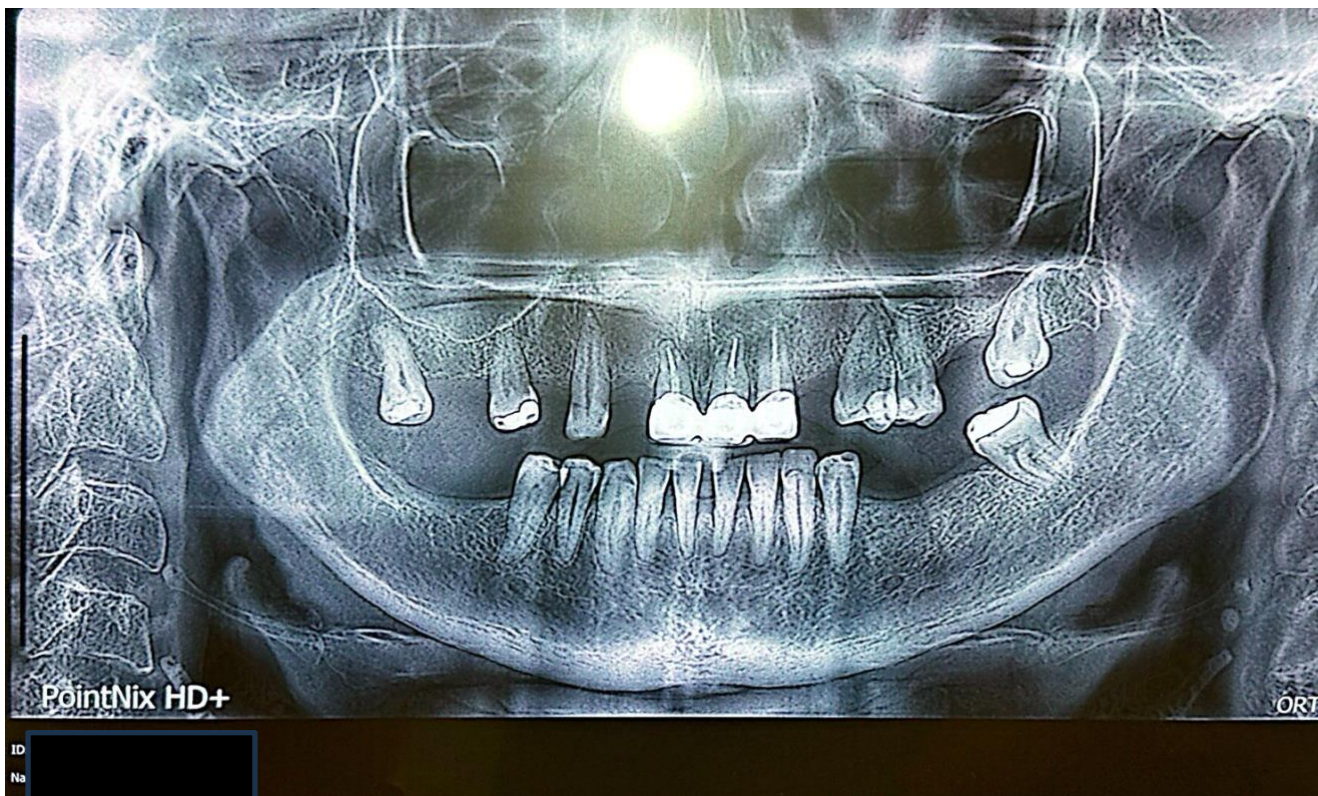
8.- Sanz M, Herrera D, Kerschull M, Chapple I, Jepsen S, Beglundh T, Sculean A, et al. Treatment of stage I-III periodontitis-The EFP S3 level clinical practice guideline. J Clin Periodontol. 2020; 47(22):4–60.

9.- Lazo C, Conti G, Milla P. Rehabilitación protésica mediante prótesis fija unitaria ferulizada en paciente con enanismo radicular, reporte de caso. *Applied Sciences in Dentistry* (en línea) 2021 (acceso 03 de septiembre 2024); 1:88-9. Disponible en : <https://ieya.uv.cl/index.php/asid/article/view/2651>

10.- Elmsmari F, Ruiz XF, Miró Q, Feijoo PN, Durán SF, Olivieri JG. Outcome of partial pulpotomy in cariously exposed posterior permanent teeth: A systematic review and meta-analysis. J Endod. 2019; 45(11):1296-1306.

11.- Lyu Y, Chen S, Li A, Zhang T, Zeng X, Sooranna SR. Socioeconomic Status and Tooth Loss Impact on Oral Health-Related Quality of Life in Chinese Elderly. Int Dent J. 2024; 74(2):268-275.

ANEXO N°6: RADIOGRAFÍA PANORÁMICA FINAL



## ANEXO N°7: INFORME RADIOLÓGICO FINAL



Centro de Diagnóstico por Imágenes

Paciente: [REDACTED]

Sexo: [REDACTED]

Referencia: Jesus Cuadra Principe

Edad: [REDACTED]

Fecha: 18/04/2024

Código: [REDACTED]

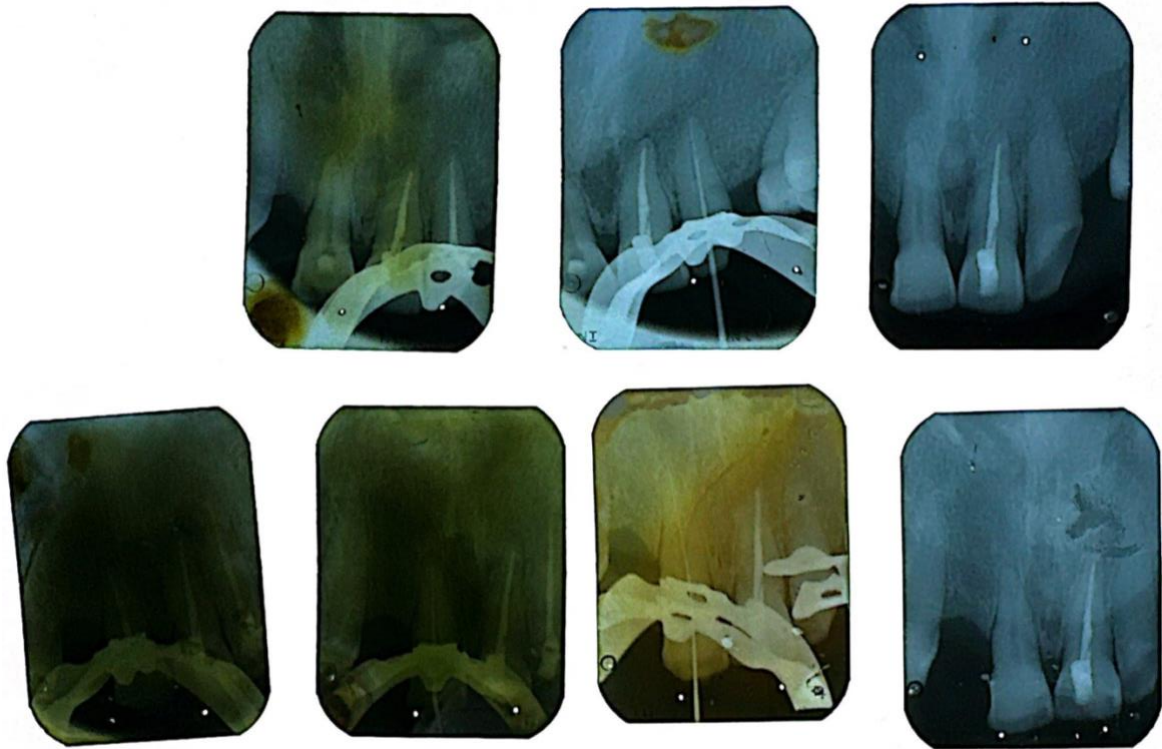
### INFORME PANORÁMICO.

- Aplanamiento de ambas apófisis condilares mandibulares.
- Senos maxilares neumatizados.
- Moderada reabsorción ósea alveolar del maxilar superior e inferior
- Edéntula parcial bimaxilar.
- Restauraciones coronarias en piezas 17,15,24,25,27 y 37.
- Restauraciones coronarias protésicas metal cerámica, obturaciones radiculares en piezas 11,21 y 22.
  - Piezas 11 y 21, ensanchamiento del espacio para el ligamento periapical.
- Atrición dentaria en piezas dentales antero inferiores.
- Resto de estructuras óseas conservadas.

CD. Esp N. Martin López Muñoz  
Esp. Radiología Bucal y Maxilofacial  
COP 31532 – RNE 2391

**ANEXO N°8:**

**radiografías periapicales del maxilar superior**





**ANEXO N°9: FOTOS INTRAORALES FINALES**







