



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA**

**TRATAMIENTO REHABILITADOR POR PÉRDIDA DE  
DIENTE ANTERIOR POR FRACTURA VERTICAL Y  
EDENTULISMO ASOCIADO A LESIONES PULPARES Y  
PERIODONTALES. REPORTE DE CASO CLÍNICO**

**PRESENTADO POR  
DIEGO SEBASTIAN SALAZAR TORRES**

**ASESORA  
DRA. C.D. TANIA BELÚ CASTILLO CORNOCK**

**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:**

**TRATAMIENTO REHABILITADOR POR PÉRDIDA DE  
DIENTE ANTERIOR POR FRACTURA VERTICAL Y  
EDENTULISMO ASOCIADO A LESIONES PULPARES Y  
PERIODONTALES REPORTE DE CASO CLÍNICO**

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

**CIRUJANO DENTISTA**

**PRESENTADO POR:**

**BACH: DIEGO SEBASTIAN SALAZAR TORRES**

**ASESORA:**

**DRA. C.D. TANIA BELÚ CASTILLO CORNOCK**

**CHICLAYO – PERÚ**

**2024**

# ÍNDICE

Pág.

## RESUMEN/ABSTRACT

<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>II. DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO</b>	<b>3</b>
2.1 Anamnesis	3
2.1.1 Motivo de consulta	3
2.1.2 Enfermedad actual	3
2.1.3 Historia pasada	3
2.2 Examen clínico	4
2.3 Exámenes auxiliares	6
2.4 Diagnóstico	7
2.5 Plan de tratamiento	7
2.6 Evolución del tratamiento y alta	12
<b>III. CONCLUSIÓN (aporte clínico)</b>	<b>14</b>
<b>IV. FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	<b>15</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>17</b>

## RESUMEN

- **Introducción:** Las fracturas verticales corono radiculares en piezas con tratamientos de conductos, son una causa frecuente de la pérdida dentaria, en este caso, la pérdida de una pieza anterior compromete la función estética y con ello el bienestar del paciente.
- **Descripción del caso clínico:** paciente de 54 años con fractura corono radicular de pieza anterior con tratamiento de conductos asintomática, con piezas cariosas y ausencia de piezas posteriores a la que se le realiza tratamiento de conducto en pieza 22, extracción de la pieza 11 y 37, confección de puente fijo de porcelana en sector anterior y prótesis removible superior, si bien es cierto el tratamiento contempla la realización de la prótesis removible inferior, por situación económica la paciente posterga el tratamiento. La paciente recupera la estética de la sonrisa que fue el motivo de la consulta.
- **Conclusiones:** La resolución de casos de pérdida de piezas dentaria anteriores, no solo debe centrarse en la rehabilitación de la brecha edéntula, sino que debe verse desde un ángulo integral para proporcionar soporte y estabilidad al sector anterior ante la pérdida del sector posterior.

**Palabras clave:** arcada desdentada, dentadura parcial fija, dentadura parcial removible, fractura, maxilar edéntulo, rehabilitación bucal.

## **ABSTRACT**

- **Introduction:** Vertical crown-root fractures in teeth with root canal treatment are a frequent cause of tooth loss. In this case, the loss of a previous tooth compromises the aesthetic function and therefore the well-being of the patient.

- **Description of the clinical case:** 54-year-old patient with crown-root fracture of an anterior tooth with asymptomatic root canal treatment, with carious teeth and absence of posterior teeth. Root canal treatment is performed on tooth 22, extraction of teeth 11 and 37, preparation of a fixed porcelain bridge in the anterior sector and upper removable prosthesis. Although the treatment includes the production of the lower removable prosthesis, due to her economic situation the patient postpones the treatment. The patient recovers the aesthetics of the smile that was the reason for the consultation.

- **Conclusions:** The resolution of cases of loss of anterior teeth should not only focus on the rehabilitation of the edentulous gap but should be viewed from a comprehensive angle to provide support and stability to the anterior sector in the event of loss of the posterior sector.

**Key words:** denture partial fixed, denture partial removable, fracture, jaw edentulous, mouth rehabilitation.

# DIEGO SEBASTIAN SALAZAR TORRES

## TRATAMIENTO REHABILITADOR POR PERDIDA DE DIENTE ANTERIOR POR FRACTURA VERTICAL Y EDENTULISMO ASOC...

- Trabajos de Suficiencia Profesional
- Trabajos de Suficiencia Profesional
- Universidad de San Martín de Porres

### Detalles del documento

Identificador de la entrega  
trn:oid::29427:413004749

Fecha de entrega  
5 dic 2024, 2:40 p.m. GMT-5

Fecha de descarga  
5 dic 2024, 5:36 p.m. GMT-5

Nombre de archivo  
TS. APROBADO. Salazar Torres Diego.pdf

Tamaño de archivo  
5.0 MB

39 Páginas

3,549 Palabras

18,525 Caracteres

## 3% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

### Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

### Exclusiones

- N.º de coincidencias excluidas

### Fuentes principales

- 0% Fuentes de Internet
- 0% Publicaciones
- 3% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

FIRMA: TANIA BELU CASTILLO CORNOCKT  
COD. ORCID: 0000-0001-6135-9277

### Marcas de integridad

#### N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

## I. INTRODUCCIÓN

Las fracturas en la corona dental son una preocupación significativa en el ámbito de la odontología debido a su impacto que se puede generar en forma directa no solo en la pulpa dental sino también en los tejidos de soporte sino es tratada a tiempo y esto puede generar un impacto que puede traer repercusión en la salud bucal en general<sup>1</sup>.

La prevalencia global de estas lesiones se estima en un 15% sobre todo en la dentición permanente, aunque cabe resaltar que es la población infantil quien tiene mayor riesgo de sufrir lesiones traumáticas que involucren las fracturas dentoalveolares, siendo los incisivos los que reciben mayor impacto tras la caída, en el caso de los adultos las fracturas dentoalveolares se deben a accidentes automovilísticos o de casos de violencia siendo las piezas anteriores las más afectadas, otra de las piezas que se pueden ver afectadas por fracturas coronarias son los premolares debido a malos hábitos principalmente en los hombres jóvenes y de mediana edad <sup>2</sup>.

Las fracturas que involucran la corona y la raíz del diente deben ser evaluadas no solo detalladamente sino también precozmente con el propósito de salvaguardar la pieza dentaria<sup>3,4</sup>, mientras mayor tiempo pase entre la fractura y la atención menor será el pronóstico, dentro de las atenciones que se pueden realizar con el fin de preservar el órgano dentario y dependiendo de la gravedad de la lesión , lo tratamientos conservadores son las restauraciones y el tratamiento de conductos, en caso de no poder realizar el tratamiento conservador y en última instancia se procede a la extracción de la pieza dentaria<sup>3,5</sup>.

La prevalencia de las fracturas radiculares vertical (FRV) en dientes obturados es significativamente mayor que en dientes con pulpas vitales, esto podría deberse a la combinación de pérdida de integridad estructural, de resistencia y de la elasticidad debido a la pérdida de vitalidad que unido a los efectos bioquímicos de la lesión es muy relevante, también puede deberse a la presencia de fracturas preexistentes<sup>6</sup>, en el caso de las piezas anteriores no solo causan malestar y disconformidad por el dolor sino también afectan la estética facial.

En las piezas con tratamiento endodóntico, la FRV es una causa común de extracción<sup>7, 8</sup> siendo el diagnóstico preciso de la FRV un desafío en algunos casos la falta de signos clínicos concluyentes ya que los síntomas de dolor pueden



confundirse con un problema dentario, en otros casos hay ausencia de signos clínicos, mientras que la evaluación radiográfica convencional a menudo no necesariamente evidencia la lesión, lo que trae como consecuencia que se retrase el tratamiento y que puede agravarse incluyendo en algunos casos la fractura de la tabla alveolar.<sup>5,6</sup>

Además, la colocación de postes dentales inadecuados puede debilitar el diente y predisponerlo a fracturarse, así como la falta de rehabilitación de la corona dentaria, que le devuelve la función y refuerza la estructura perdida<sup>6,8</sup>.

En este caso, la paciente indicó que se había realizado el tratamiento de conducto, pero por problemas económico no concluyó el tratamiento restaurador de la pieza, lo que con el tiempo trajo como consecuencia su fractura, además la presencia de lesiones pulpares aumentó el malestar de la paciente.

Debido a que la extracción que tuvo lugar y al ser una pieza dentaria anterior, el tratamiento ideal hubiera sido la colocación de un implante<sup>9</sup> y con ello evitar el desgaste innecesario de los dientes adyacentes que tendrían la función de los pilares, pero debido a las limitaciones económicas de la paciente, se optó por un puente de tres piezas, lo que devolvió la función y la estética que la paciente requería<sup>10</sup>.

Es importante considerar además de la estética, a la precisión de la producción de sonidos del habla después de la colocación de una prótesis fija que reemplace las piezas anteriores, si bien es cierto el tratamiento tiene como fin devolver la funcionalidad, no necesariamente la forma a recuperar no va a ser exacta, con ello puede causar dificultad para pronunciar ciertos sonidos sobre todos dentolabiales<sup>11</sup>, por lo que para evitar la disconformidad de la paciente fue necesario indicarle que podía tener alguna dificultad para pronunciar ciertas palabras, pero con la práctica y el tiempo la función iba a restaurarse completamente, hasta que la lengua se adapte a la nueva posición.

Por lo que el objetivo de este caso en particular fue restaurar la estética del sector anterior de la paciente debido a una fractura dentaria acompañado de un tratamiento multidisciplinario por la presencia de patología existentes que afectaban su calidad de vida y que si bien es cierto no estaban dentro del motivo de la consulta iban a impactar directamente en el buen funcionamiento del sistema estomatognático y por ende en su salud en general.

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

### **2.1 Anamnesis**

Paciente femenino de 54 años, con lugar de procedencia y residencia en Chiclayo, de ocupación ama de casa, mestiza.

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

Paciente indica que: “Quiero que me arreglen mi diente que está roto, no me gusta mi sonrisa”, como principal síntoma: fractura de pieza dentaria asintomática

#### **2.1.2 Enfermedad actual**

Paciente refiere que hace 2 años se le fracturo el diente que había sido tratado endodónticamente.

#### **2.1.3 Antecedentes**

Dentro de los antecedentes fisiológico, nacimiento de parto a término, con vacunas de la infancia completas. Con diagnóstico de Diabetes mellitus tipo II controlada con Metformina de 850 mg una vez al día, con operación de cálculo vesicular hace 7 años, con antecedentes familiares de padre con diabetes mellitus tipo II, ha recibido tratamiento odontológico de profilaxis, endodoncia y prótesis removible en mal estado.

### **2.2 Examen clínico**

Paciente con signos vitales estables, orientado en lugar, tiempo y espacio, con buen estado nutricional y de hidratación.

Al examen extraoral, normocéfalo, sin fascies características, perfil recto, cuello simétrico, grueso. Apertura bucal de 40 mm, sin dolor ni alteraciones en ATM, línea media conservada.

Al examen intraoral, mucosa conservada sin alteraciones evidentes, encía enrojecida con presencia de placa dura, sin hábitos parafuncionales, presencia de lesiones cariosas en esmalte piezas 34(O), 35(M), 36(O), lesión cariosa con aparente compromiso pulpar pieza 22 y 37 ambas refieren odontalgia espontánea

previa de larga duración, fractura coronaria de pieza 11, ausencia de piezas 18, 15, 16, 24, 25, 28,38, 46, 47, 48 (Anexo 1).

En la evaluación clínica se encontró la ausencia de varias piezas dentales y la presencia de caries y restauraciones. En la arcada superior, las piezas 18 y 28 se encuentran ausentes, la pieza 16 fue extraído debido a experiencia de lesiones de caries dental, mientras que el diente 17, pieza 27 presenta una restauración de amalgama en buen estado, la pieza 11 presenta una fractura coronaria en vertical. Además, se evidencia una prótesis removible en mal estado que abarca las piezas 15, 16, 24 y 25.

En la arcada inferior, ausencia de pieza 38, y las piezas 48, 47 y 46 han sido extraídos debido a lesiones cariosas. Lesiones cariosas de dentina en piezas dentarias 36 (O), 35 (M), 34 (O) y la pieza 37 (O) presenta lesión cariosa con compromiso pulpar (Anexo 2).

### **2.3 Exámenes auxiliares**

Pruebas de percusión horizontal y vertical en pieza 11 positivas

Pruebas térmicas al frío y al calor positivo en pieza 22 y 37.

En el periodontograma se evidencio presencia de placa bacteriana en el sector anteroinferior tanto por vestibular como por palatino, además de placa dura (Anexo 3).

En el examen radiológico:

Pieza 11, con fractura corono radicular vertical, imagen radiopaca a nivel de conducto compatible con obturación, espacio periodontal ensanchado.

Pieza 22, imagen radiolúcida ocluso mesial con aparente compromiso pulpar.

Pieza 37, Imagen radiolúcida a nivel coronal con aparente compromiso pulpar y destrucción coronaria.

### **2.4 Diagnóstico**

Los métodos de diagnóstico utilizados para la pieza 11 se realizaron pruebas percusión horizontal y vertical positivas con resultado positivo y radiografía que evidencia fractura corono radicular

Gingivitis asociada a placa bacteriana dura- [K05.1]

Caries de dentina piezas 36 (O) ,35 (M), 34 (O) – [K02.1]

Pulpitis irreversible pieza 22, 37 – [K04.0]

Fractura corono radicular de pieza 11 – [S02.5]

Edentulismo parcial superior e inferior por ausencia de piezas 18, 15, 16, 24, 25, 28,38, 46, 47, 48 – [K08.1]

## **2.5 Plan de tratamiento**

### **Fase I. Inicial o higiénica**

- Educación para la salud bucal [Z71.8]
- Fisioterapia [Z71.8]
- Destartraje supragingival [Z01.2]
- Profilaxis [Z29.8]
- Restauraciones con resina compuesta en piezas 34 (O), 35 (M) y 36 (O) [K02.1]
- Biopulpectomía pieza 22 [K04.0]
- Exodoncia piezas 11 y 37 [K08.1]

### **Fase II: Correctiva**

- reconstrucción con perno de fibra de vidrio y resina pieza 22
- Prótesis fija con pilares 12 y 21 [Z96.5]
- Prótesis parcial removible superior e inferior [Z96.5]

### **Fase III: Mantenimiento**

Controles posteriores a la instalación de la prótesis parcial removible a los 3 días, 7 días.

Objetivos del tratamiento

- Mantener el estado de salud periodontal
- Restaurar las superficies oclusales
- Eliminar los focos infecciosos
- Rehabilitar las zonas edéntulas para devolver la función estética y masticatoria

#### 2.6 Evolución del tratamiento y alta

Después de la realización de la historia clínica, se inició el tratamiento con la instrucción del paciente sobre el cuidado de la higiene oral, se realizó el control de placa bacteriana y la erradicación de la placa dura con destartraje supragingival con instrumentos manuales, se le indicó el uso de colutorio que contenga cloruro de cetilpiridinio al 0.05%.

A los dos días se realiza la endodoncia de la pieza 22, con la apertura y exéresis del contenido pulpar, se procedió a realizar la preparación biomecánica con irrigación de hipoclorito de sodio al 5%, se utilizó la técnica de retroceso para su posterior obturación, a los dos días se colocó el espigo de fibra de vidrio y se procedió a la reconstrucción con resina compuesta.

Al día siguiente se realizó la exodoncia de la pieza 11, sin complicaciones, se indicó Paracetamol de 500mg cada 8 horas por dos días y enjuagatorios con colutorio de clorhexidina al 0.12%, a los dos días se evaluó a la paciente la que no presentaba molestia alguna.

A la semana siguiente se realizó la exodoncia de la pieza 37, para evitar la fractura de la corono se realizó la odontosección, extrayendo cada una de las raíces por separado, se le indicó Ibuprofeno 400mg c/8horas por 2 días y enjuagatorio de

clorhexidina al 0.12%, se monitorizo a la paciente a los dos días y presentaba franca mejoría.

A los 28 días de la extracción de la pieza 11, se procedió al tallado de las piezas 12 y 21 para la confección de la prótesis fija en porcelana, se confeccionaron e instalaron las provisionales.

De forma paralela se realizó la toma de modelos para la prótesis parcial removible superior e inferior, para determinar los espacios retentivos, con ello se procedió a paralelizar las piezas 16 (M), 14 (D) y 26 (M) confeccionándose los lechos para los apoyos, así mismo se tallo el cingulo de la pieza 23 para la ubicación del apoyo.

Se tomó la impresión definitiva para la confección da la prótesis fija, se realizó la prueba de metal haciendo los ajustes respectivos, luego se procedió a realizar la prueba de bizcocho, se hizo el ajuste oclusal y se procedió a la cementación definitiva.

En el plan de tratamiento se especificó la necesidad de la confección de prótesis removible superior e inferior, en el primer momento la paciente acepta la totalidad de lo planificado, pero en el momento de iniciar la confección de las prótesis removibles indica que por motivos económicos solo se realizara la prótesis superior postergando la realización de la inferior, cuando mejore su situación económica.

Para finalizar se tomó la impresión definitiva para la prótesis parcial removible superior, se probó la base metálica superior con los ajustes correspondientes, se hizo la prueba de enfilado, se verificó la oclusión, posterior a ello se hizo la instalación, al segundo control se le dio de alta al paciente.

### **III. CONCLUSIONES (aporte clínico)**

Las fracturas radiculares verticales pueden desarrollarse lentamente y sin signos o síntomas evidentes, lo que dificulta el diagnóstico, por lo que la detección temprana y el tratamiento adecuado de las fracturas radiculares verticales (incompletas) son esenciales para aumentar las posibilidades de conservar el diente afectado o minimizar las consecuencias indeseables de esta complicación, si bien es cierto la extracción oportuna de los dientes con fracturas radiculares verticales avanzadas evitará el dolor y las molestias y limitará la pérdida ósea perirradicular<sup>6</sup>.

Teniendo en cuenta que la tasa de supervivencia de las prótesis fijas metal porcelana es del 87% en un lapso de 10 años<sup>12</sup>, la elección del material en este caso proporciona una buena opción de tratamiento accesible para el paciente logrando en corto plazo la restauración de la función masticatoria y estética, cabe mencionar que para el éxito del tratamiento a largo plazo es indispensable que la salud periodontal se mantenga de manera adecuada a lo largo del tiempo<sup>10,13</sup>.

Además, mantener el equilibrio oclusal en el sector posterior utilizando una prótesis parcial removible como rehabilitación protésica no solo devolvió la función masticatoria, sino también tuvo como objetivo proteger al sector anterior y con ello asegurar el éxito del tratamiento<sup>14</sup>.

Teniendo en cuenta que la insatisfacción de los pacientes con las prótesis dentales removibles está relacionada esencialmente con la pérdida de retención<sup>15</sup>, por lo que es esencial que ante cualquier disconformidad en el paciente antes del alta debe de ser resuelto.

Por lo que se concluye que el tratamiento integral planificado de las fracturas verticales de piezas anteriores que deben ser removidas tienen que ser acompañado por la explicación detallada de la resolución integral del caso para asegurar el éxito a largo plazo del tratamiento instaurado, y con ello no solo la estética y confianza restaurada se mantenga a través del tiempo sino también la función masticatoria y a salud de los tejidos orales.

Si bien es cierto en el plan de tratamiento se planificó la confección de la prótesis parcial removible superior e inferior, la paciente por motivos económicos postergó la ejecución de la prótesis inferior, lo que limitó la culminación de la rehabilitación planificada.

Al no existir datos de alto nivel sobre la prevalencia, el diagnóstico y el tratamiento de las fracturas verticales radiculares, se necesitan estudios clínicos bien diseñados que evalúen la presentación y el pronóstico de las fracturas radiculares verticales tratadas con diferentes protocolos de tratamiento.

Además, se pueden realizar estudios que evalúen la relación entre el diseño de la prótesis dental fija no solo la función masticatoria sino también evaluar la precisión de la producción de sonidos del habla.



#### IV. FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Liu M, Wang W. Forensic Analysis of 41 Traumatic Tooth Fracture Cases. *Fa Yi Xue Za Zhi*. 2020;36(1):66-8.
2. Oña KPF, Gissela SUL, Lara SVV. Impacto de las fracturas coronales en la pulpa dental. *Cienc Lat Rev Científica Multidiscip*. 2024;8(4):362-81.
3. Levin L, Day PF, Hicks L, O'Connell A, Fouad AF, Bourguignon C, et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: General introduction. *Dent Traumatol Off Publ Int Assoc Dent Traumatol*. 2020;36(4):309-13.
4. Bourguignon C, Cohenca N, Lauridsen E, Flores MT, O'Connell AC, Day PF, et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 1. Fractures and luxations. *Dent Traumatol*. 2020;36(4):314-30.
5. Marasca B, Ndokaj A, Duś-Ilnicka I, Marasca R, Bossù M, Ottolenghi L, et al. Management of transverse root fractures in dental trauma. *Dent Med Probl*. 2022;59(4):637-45.
6. Patel S, Bhuva B, Bose R. Present status and future directions: vertical root fractures in root filled teeth. *Int Endod J*. 2022;55(Suppl 3):804-26.
7. Cho HJ, Jeon JY, Ahn SJ, Lee SW, Chung JR, Park CJ, et al. The preliminary study for three-dimensional alveolar bone morphologic characteristics for alveolar bone restoration. *Maxillofac Plast Reconstr Surg*. 2019;41(1):33.
8. Majewski M, Kostrzewska P, Ziółkowska S, Kijek N, Malinowski K. Traumatic dental injuries – practical management guide. *Pol Merkur Lekarski*. 2022; L(297):216-218.
9. Matioli IA, Libório ALM, de Paula KVA, Ferrareso LFOT, Nogueira BR, Besegato JF, et al. Fiber-reinforced fixed dental prosthesis to replace missing anterior teeth: case reports. *Gen Dent*. 2021;69(5):28-33.

10. Spear F. Replacement of an existing maxillary anterior fixed dental prosthesis, redo another fixed dental prosthesis, or convert to implants. *J Esthet Restor Dent Off Publ Am Acad Esthet Dent Al.* 2022;34(1):81-91.
11. Hu S, Wan J, Duan L, Chen J. Influence of pontic design on speech with an anterior fixed dental prosthesis: A clinical study and finite element analysis. *J Prosthet Dent.* 2021;126(2):204.e1-204.e9.
12. Torres D, Cruz A. Prostodoncia parcial fija convencional, tecnología CAD/CAM-Zirconio y caracterizado gingival: Reporte de caso. *Kiru.* 2021;18(2):89-96.
13. Acosta M, Guevara O, Armas A, Vizcaino E, Cruz A. Rehabilitación estética y funcional en dientes con atrición y restablecimiento de la dimensión vertical por pérdida de soporte oclusal posterior: Reporte de caso. *Kiru.* 2020;17(3):149-56.
14. Goldstein G, Goodacre C, MacGregor K. Occlusal Vertical Dimension: Best Evidence Consensus Statement. *J Prosthodont.* 2021;30(S1):12-9.
15. Sabir S, Regragui A, Merzouk N. Maintaining occlusal stability by selecting the most appropriate occlusal scheme in complete removable prosthesis. *Jpn Dent Sci Rev.* 2019;55(1):145-50.

## ANEXOS

**ANEXO N°1:**

**FOTOGRAFÍAS INTRA Y EXTRA ORALES POSTERIORES AL ALTA**

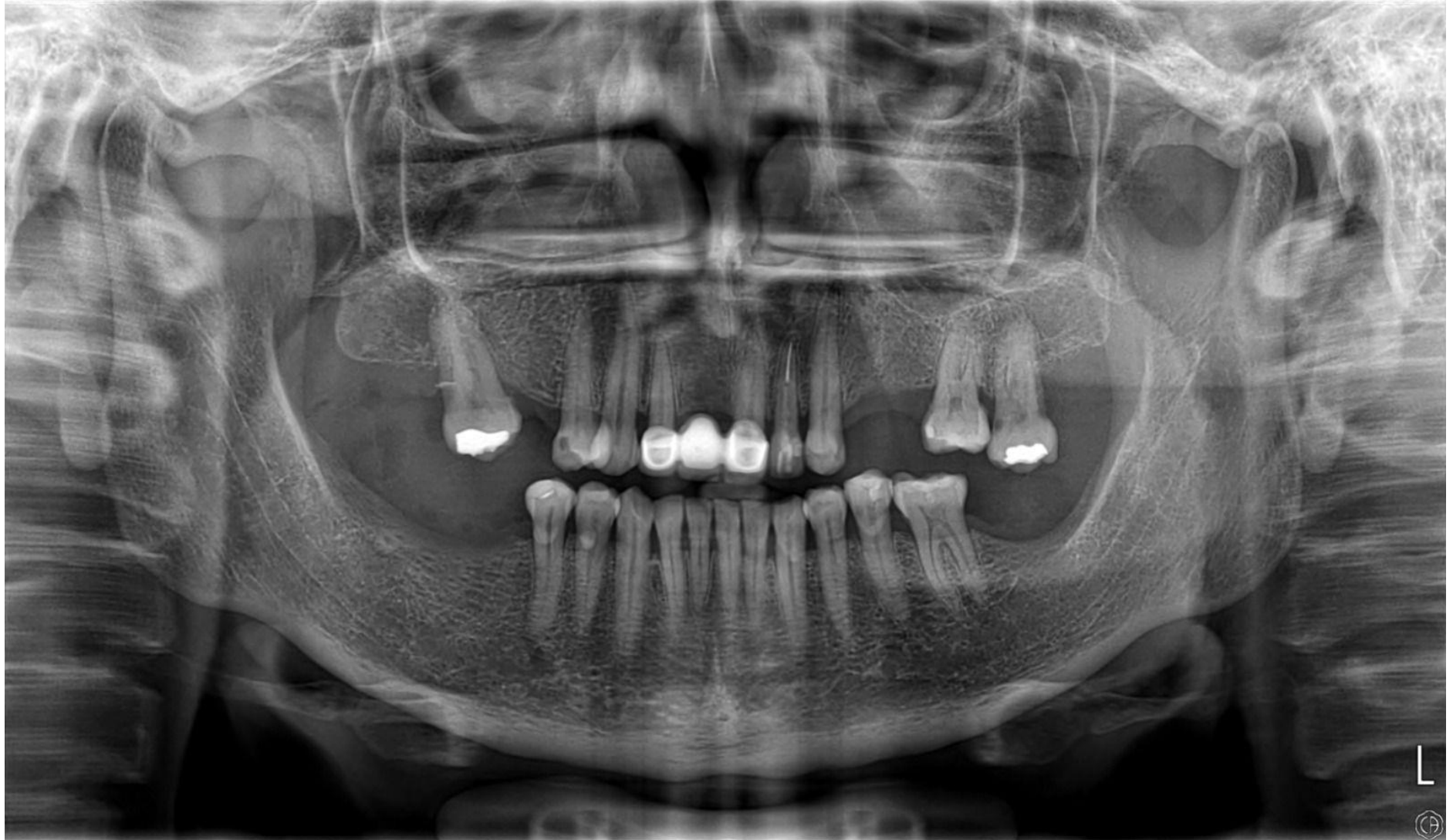








# RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE CONTROL POST ALTA



## ANEXO N°4: INFORME RADIOGRAFICO DE RADIOGRAFÍA PANORAMICA DE CONTROL POST ALTA



### INFORME RADIOLÓGICO

**NOMBRE DEL PACIENTE** : ██████████  
**EDAD** : 54  
**REFERENTE** : Dr. Diego Salazar  
**MOTIVO** : Evaluación integral  
**FECHA** : 16/11/22

*A la evaluación de la radiografía panorámica, se observa:*

- Neumatización alveolar de seno maxilar izquierdo.
- Ausencia de piezas 18, 16, 15, 11, 24, 25, 28, 38, 37, 46, 47 y 48.
- Pieza 17 restauración coronaria y en posición mesioangular.
- Pieza 14 caries distal.
- Restauración pilar de puente protésico en piezas 12 y 21. Pieza 12 ensanchamiento del espacio periodontal.
- Pieza 22 restauración coronaria, espigo interradicular y obturación de conducto radicular. Ensanchamiento del espacio periodontal.
- Restauraciones coronarias en piezas 26, 36, 35, 34, 44 y 45. Piezas 35, 44 y 45 material restaurador cervical.
- Pieza 27 restauración coronaria y caries cervico – mesial. Extruida.
- Imagen radiopaca en zona de pieza 47, a descartar resto radicular vs osteoesclerosis.
- Reabsorción ósea alveolar generalizada.

Atentamente

**CD. Luis Díaz Alvarado**  
Especialista en Radiología oral y  
Maxilofacial  
COP 13883 RNE 0099



**ANEXO N°5:  
MODELOS DE ESTUDIO**



**ANEXO N°5:  
FOTOS DE PROTESIS REMOVIBLE SUPERIOR**

