

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

**REHABILITACIÓN ORAL EN PACIENTE CON PÉRDIDA
DE DIMENSIÓN VERTICAL OCLUSAL. REPORTE DE
CASO CLINICO**

PRESENTADO POR
LADY LILIBETH CARRERA FERNANDEZ

ASESOR
MG. CD. MARCO ANTONIO VALENCIA MANTILLA

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL
DE CIRUJANA 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 EN PACIENTE CON PÉRDIDA DE
DIMENSIÓN VERTICAL OCLUSAL. REPORTE DE CASO CLINICO**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

CIRUJANA DENTISTA

PRESENTADO POR:

BACH. LADY LILIBETH CARRERA FERNANDEZ

ASESOR:

MG. CD. MARCO ANTONIO VALENCIA MANTILLA

CHICLAYO – PERÚ

2024

ÍNDICE

Pág.

RESUMEN/ABSTRACT

I. INTRODUCCIÓN	1
II. DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO	3
2.1 Anamnesis	3
2.1.1 Motivo de consulta	3
2.1.2 Enfermedad actual	3
2.1.3 Antecedentes	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
III. CONCLUSIÓN (aporte clínico)	14
IV. FUENTES DE INFORMACIÓN	15
ANEXOS	17

RESUMEN

Introducción: La rehabilitación oral de pacientes con la dimensión vertical alterada nos proyecta un desafío clínico, puesto que conlleva un proceso largo que involucra el compromiso del paciente para cumplir con el plan de tratamiento.

Descripción del caso: Paciente masculino de 75 años de edad, en aparente buen estado general, acude a la Clínica Odontológica de la Facultad de Odontología de la Universidad San Martín De Porres (USMP) – Filial Norte, en el año 2023 y dentro de los principales hallazgos clínicos se encontró presencia de cálculo dental, desgaste dental en el sector antero superior e inferior, pérdidas dentarias, en el sector posterior, lesiones cariosas y prótesis fija en mal estado las cuales alteran la fonética, función masticatoria y estética facial, generando diversos efectos negativos en la salud oral. Por ello, para devolver al paciente la función masticatoria, estética, y mejorar su calidad de vida, fue necesario un tratamiento multidisciplinario que involucra diversas especialidades odontológicas, tales como: radiología y cirugía oral, endodoncia y rehabilitación oral, que trabajen bajo un plan de tratamiento coordinado.

Conclusión: Al finalizar los tratamientos abordados, el paciente obtuvo una adecuada función masticatoria y estética, a través del manejo odontológico multidisciplinario.

Palabras claves: Endodoncia, Estética, Cirugía oral, Prótesis, Rehabilitación oral, Dimensión Vertical Oclusal.

ABSTRACT

Introduction: The oral rehabilitation of patients with altered vertical dimension projects a clinical challenge, since it involves a long process that involves the patient's commitment to comply with the treatment plan.

Case Description: A 75-year-old male patient, in apparent good general condition, attended the Dental Clinic of the Faculty of Dentistry of the San Martín De Porres University (USMP) – North Branch, in 2023 and among the main clinical findings was found the presence of dental calculus, dental wear in the upper and lower anterior sector, tooth loss, in the posterior sector, carious lesions and fixed prostheses in poor condition which alter phonetics, masticatory function and facial aesthetics, generating various negative effects on oral health. Therefore, in order to restore the patient's masticatory and aesthetic function, and improve their quality of life, a multidisciplinary treatment was necessary that involves various dental specialties, such as: radiology and oral surgery, endodontics and oral rehabilitation, which work under a coordinated treatment plan.

Conclusion: At the end of the treatments, the patient obtained adequate masticatory and aesthetic function, through multidisciplinary dental management.

Keywords: Endodontics, Aesthetics, Oral surgery, Prosthetics, Oral rehabilitation, Vertical Occlusal Dimension.

LADY LILIBETH CARRERA FERNANDEZ

REHABILITACIÓN ORAL EN PACIENTE CON PÉRDIDA DE DIMENSIÓN VERTICAL OCLUSAL. REPORTE DE CASO CLINICO

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

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::29427:410496506

Fecha de entrega

29 nov 2024, 10:59 a.m. GMT-5

Fecha de descarga

29 nov 2024, 1:05 p.m. GMT-5

Nombre de archivo

TS. CARRERA FERNANDEZ LADY LILIBETH.pdf

Tamaño de archivo

2.3 MB

41 Páginas

3,478 Palabras

18,174 Caracteres

10% 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

- 8% Fuentes de Internet
- 1% Publicaciones
- 7% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Firma: MARCO ANTONIO VALENCIA MANTILLA
CODIGO ORCID: 0009-0006-5753-4347

Marcas de integridad

N.º de alerta de integridad para revisión

- Texto oculto**
40 caracteres sospechosos en N.º de páginas
El texto es alterado para mezclarse con el fondo blanco del documento.

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

Uno de los principales objetivos de rehabilitar la salud bucal del paciente es mejorar la función del sistema estomatognático, incluyendo la estética, fonación y la deglución, que se ven alterados producto de las pérdidas dentarias u otras razones que suceden a lo largo de la vida. Como bien se sabe, el sistema masticatorio es un intrincado sistema neuromuscular y esquelético que implica músculos, inervación, huesos y los tejidos periodontales¹, por esta razón su restauración debe darse a partir de un trabajo interdisciplinario.

La pérdida dental ocasiona diversas alteraciones como disminución de la dimensión vertical oclusal por lo que hay disminución de la fuerza masticatoria, pérdida de la sensación propioceptiva, estética desfavorable², comprometiendo la calidad de vida del paciente ya que al no poder comer adecuadamente, su peso y sistema inmunológico disminuyen, teniendo un gran impacto psicológico³, ya que el paciente se verá carente de una parte importante de su identidad y tendrá dificultad para socializar con normalidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que para gozar de adecuada salud en general es necesario que se tenga buena salud oral⁴; ya que, si se tiene dolor, cáncer, infecciones, llagas bucales, caries, enfermedad periodontal, pérdida de dientes u otras enfermedades o trastornos que limitan a la persona, la capacidad de masticar, sonreír y hablar; esto repercute en su bienestar psicosocial.

Por un lado, en el Perú, la OPS (Organización Panamericana de Salud) indica que se han detectado que el 80% de la población pierden sus dientes, debido a que poseen alto grados de caries avanzadas que necesitan ser extraídos, por lo que es usual encontrar pacientes edéntulos totales, parciales, maloclusiones o con alguna patología como lo es el bruxismo, las cuales causan alteraciones de la dimensión vertical oclusal y problemas a nivel de la articulación temporomandibular (ATM), por lo que se puede decir, que basta que el paciente no trate a tiempo, alguna de las enfermedades antes mencionadas y esto generará un efecto desencadenante⁵.

La exodoncia es uno de los procedimientos más comunes, dentro de la especialidad de la cirugía oral, ya que el paciente acude al odontólogo cuando la lesión cariosa

y la enfermedad periodontal, se encuentra muy avanzada, o el dolor dental que presenta es muy agudo⁶.

Por otro lado, están las lesiones dentales no cariosas, que vienen a ser los desgastes dentarios, que se originan a partir de una incorrecta función masticatoria, tales como la abfracción, atrición, erosión, o la combinación de estas, en la misma pieza dentaria, que al no ser tratadas, con el tiempo, van generando sensibilidad dentaria, dependiendo del grado de desgaste en el que se encuentre⁷, que en algunas ocasiones se restaura de forma directa o indirecta o a veces es tan grave que necesita ser tratado con endodoncia, para luego ser reconstruido, colocando un perno ya sea metálico o estético, y finalmente una corona para restaurar su función⁸.

En cuanto a la dimensión vertical oclusal, es una medida en sentido vertical del plano frontal en relación con el maxilar y la mandíbula en oclusión, ya sea que la persona cuente con sus dientes naturales o protésicos dando como resultado el tamaño del tercio facial inferior⁹.

Las prótesis parciales removibles sirven para restaurar la función estomatognática y para prevenir el deterioro grave de los dientes presentes. Estas se aplican en arcadas parcialmente edéntulas¹⁰.

Es necesario también tener en cuenta las proporciones del equilibrio facial, ya que a través de este análisis se tendrá en cuenta, los quintos faciales, desviaciones faciales o mandibulares, simetría facial y sobre todo un correcto análisis de la sonrisa¹¹.

II. DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

2.1 Anamnesis

Paciente masculino de 75 años de edad, de origen étnico mestizo, agricultor, que actualmente reside en la ciudad de Chiclayo departamento de Lambayeque, en aparente buen estado general, acude a la Clínica Odontológica de la Facultad de Odontología de la Universidad San Martín De Porres (USMP) – Filial Norte, en el año 2023, por requerir un tratamiento integral, solicitando un tratamiento estable y estético.

2.1.1 Motivo de consulta

“Quiero que me curen mis dientes picados”.

2.1.2 Enfermedad actual

Pérdida de piezas dentales, restauraciones en mal estado, presencia de placa bacteriana, prótesis fija en mal estado, alineación interdental alterada, erosión, bruxismo en dinámica, abfracción, atrición.

2.1.3 Historia pasada

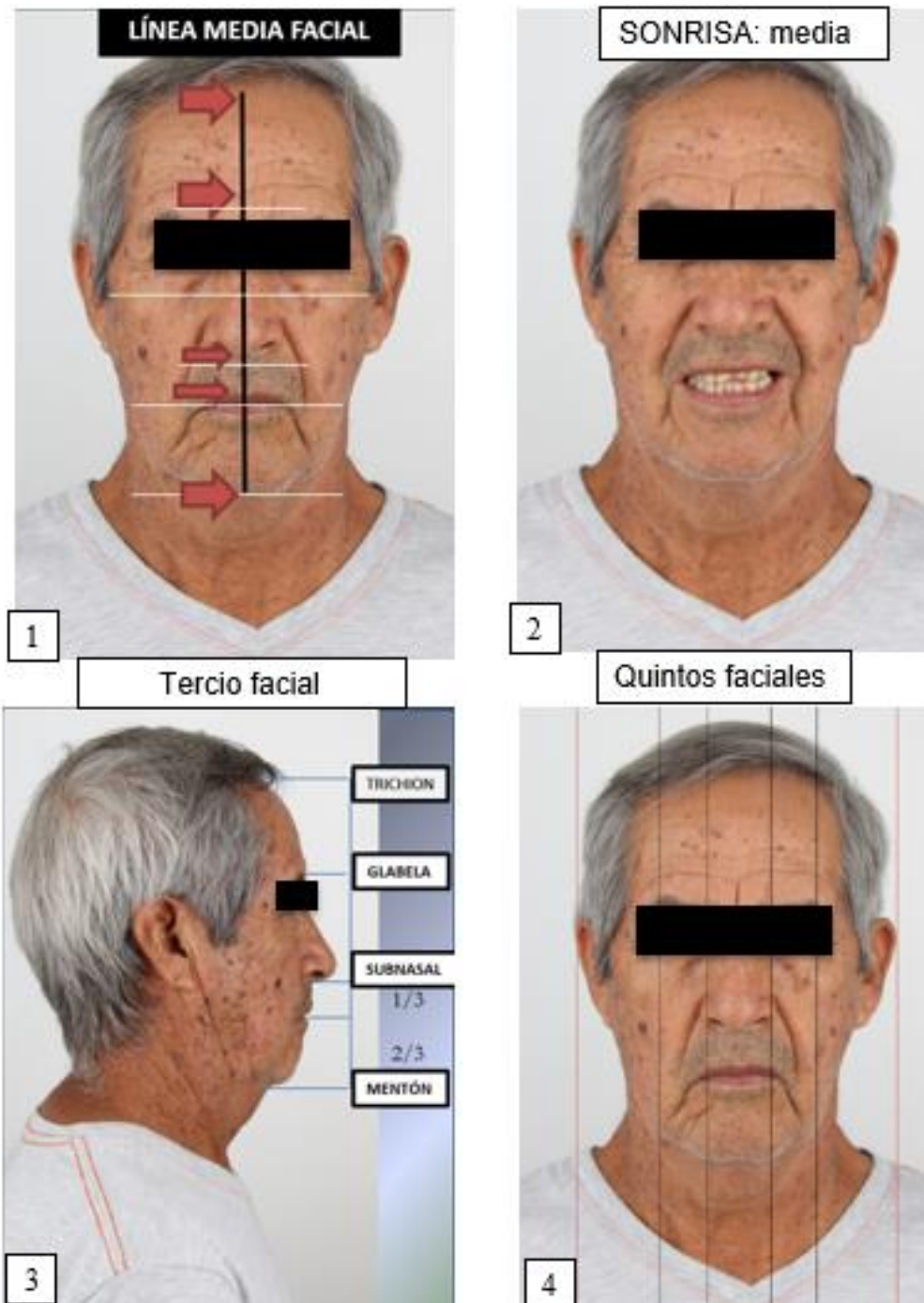
Paciente sano, refiere haber acudido por última vez al odontólogo en el año 2020 para que le realicen como único tratamiento su prótesis removible superior, y que a veces la usaba y otras veces no porque no se acostumbraba y prefería masticar con los dientes anteriores que como ahora están pequeños le duele y presenta sensibilidad. Menciona también que su prótesis se le perdió en el año 2023.

2.2 Examen clínico

Los quintos faciales permiten analizar el ancho nasal con respecto a la distancia ocular intercantal para poder ver las desviaciones, simetría y proporcionalidad facial.

EXPLORACIÓN FACIAL (Imagen 1, 2, 3)

- CARA: SIMÉTRICA
 - 1/3 : PROPORCIONADO
 - PERFIL: convexo
 - SONRISA: media
- EXP. DENTARIA (5 mm) / EXP. GINGIVAL (0 mm)



EXPLORACIÓN INTRABUCAL (Imagen 5 ,6 ,7 ,8 ,9 ,10)

Se presenció lo siguiente:

- Placa bacteriana.
- Erosión + atrición en las piezas 2.1, 2.2, 2.3, 3.1, 3.2, 3.3, 4.1, 4.6.
- Atrición en las piezas 1.2, 2.6.
- Erosión + atrición + abfracción en las piezas 1.1, 3.4.
- Abfracción en las piezas 2.3, 3.4.
- Desgastes dentales.
- Apiñamiento dentario en las piezas 1.1, 2.1.
- Pieza 1.2 presenta restauración de amalgama a nivel cingular.
- Pieza 2.7 presenta corona de metal mal adaptada y sin anatomía.
- Recesión gingival en las piezas 3.4, 4.6.
- Prótesis parcial fija desde la pieza 3.5 - 3.8.
- Restauración con amalgama en mal estado en la pieza 4.6.
- Pérdida dentaria de las piezas 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 1.8, 2.4, 2.5, 3.6, 3.7, 4.2.
- Restauración en mal estado de la pieza 1.1, 4.7.

Asimismo, presentó un desorden funcional oclusal, obteniendo características como: edéntulo parcial superior, alteración de la guía anterior y disminución de la dimensión vertical (**Imagen 11, 12, 13, 14, 15, 16**)

Fotos intraorales:

- Frenillo bucal coincide con la línea media dentaria y facial



PROTRUSIÓN



LATERALIDAD



2.3 Exámenes auxiliares

Hallazgos imagenológicos (Imagen 17).

- Hueso alveolar inferior conservado.
- Hueso alveolar superior derecha presenta reabsorción ósea vertical.
- Piezas 1.2, 1.8, 2.6, 2.7, 4.6, 4.7, con restauración en mal estado.
- Múltiples piezas dentales con desgaste.
- Pieza 1.8 presenta tratamiento de conducto y una corona mal adaptada.
- Pieza 4.5 presenta un perno tipo rosca en aparente buen estado.
- Ausencia de las piezas dentales 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 1.8, 2.4, 2.5, 3.6, 3.7, 4.8.
- Puente fijo en el sector de las piezas 3.5-3.8 en aparente mal estado.

Imagen 17



Hallazgos imagenológicos periapicales:

Imagen 18: Pieza 1.2 presenta restauración radiopaca compatible con metal.

Imagen 19: Presenta zonas radiolúcidas a nivel incisal en las piezas 2.1, 2.2, 2.3 compatible con facetas de desgaste.

Imagen 20: Pieza 2.7 compatible con corona metálica en aparente mal estado.

Imagen 21: Las piezas dentales anteroinferiores presentan zonas radiolúcidas a nivel incisal compatible con facetas de desgastes.

Imagen 22: Puente fijo 3.5-3.8 en aparente mal estado.

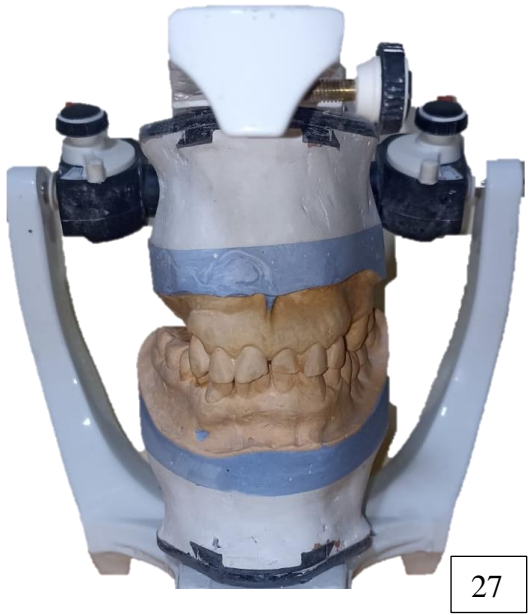
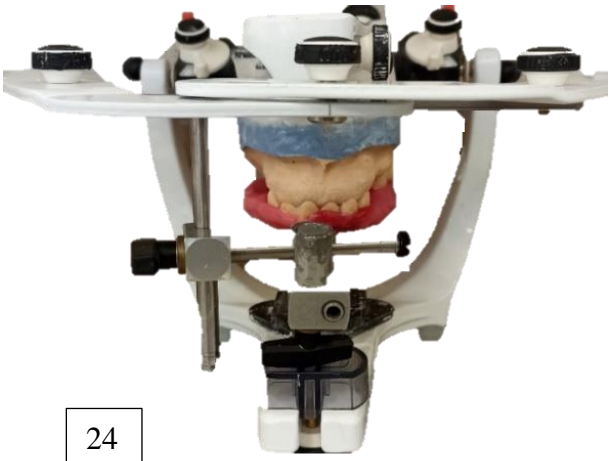
Imagen 23: Pieza 4.5 presenta perno tipo rosca sin previo tratamiento de conductos.



Estudio de modelos articulados (Imagen 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32)

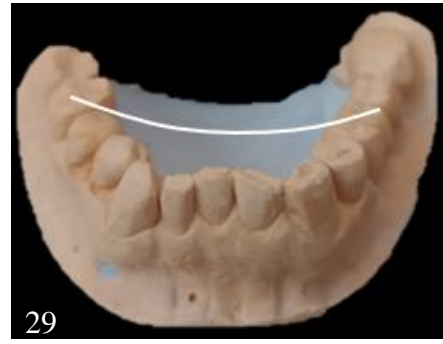
- Diastema entre las piezas 1.1, 2.1.
- Pieza 2.6 extruida.
- Línea de la sonrisa alterada.
- Plano oclusal alterado.
- Relación canina clase I derecha e izquierda.
- Relación molar izquierda clase I.

Montaje de modelos de estudio en ASA





Fenómeno de Christensen

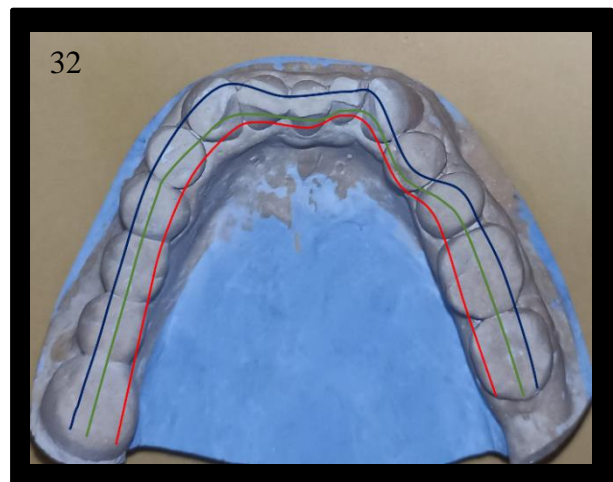
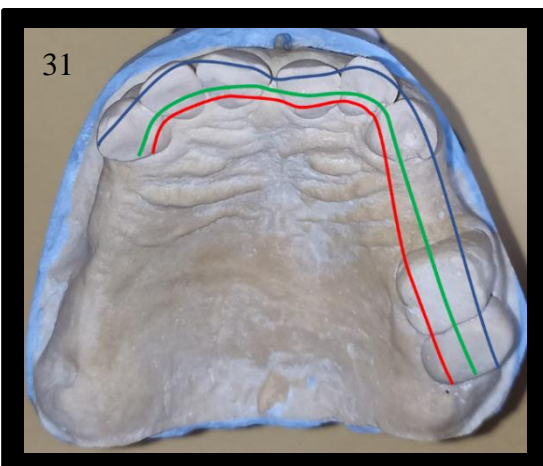


Curva de Wilson

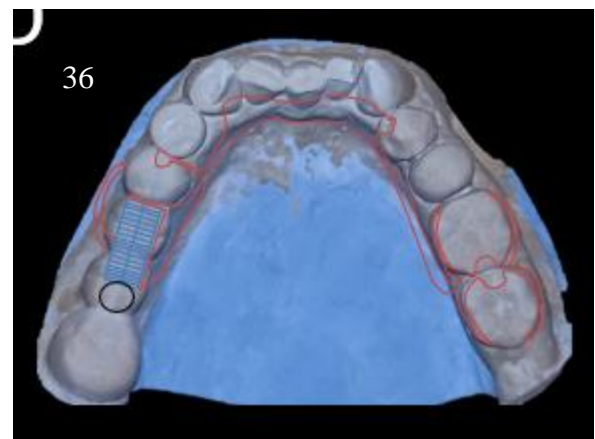
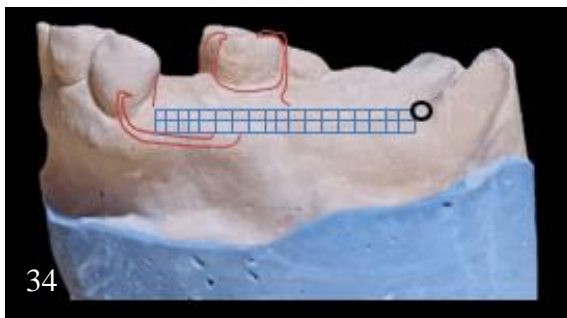
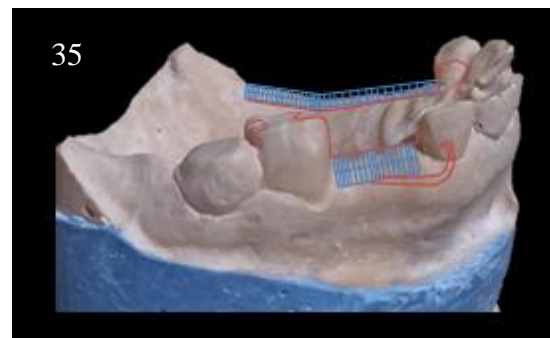
Curva de Spee



Alineación inter-arcada



DISEÑO DE PPR EN MODELOS DE ESTUDIO
(imagen 33 , 34, 35, 36)



2.4 Diagnóstico

Edéntulo parcial superior Clase II modificación 1 de Kennedy, alteración de la guía anterior y disminución de la dimensión vertical, desgastes dentales leves y moderados, lesiones cariosas en esmalte y dentina, restauraciones en mal estado. Considerando el retiro del puente fijo y la extracción de la pieza 3.8, el paciente pasó a presentar Clase II de Kennedy en la arcada inferior. **(tabla 1)**

Diagnóstico	CIE- 10
Depósito (acresiones) en los dientes	K036
Caries limitada al esmalte	K020
Caries de la dentina	K021
Atricción excesiva de los dientes	K030
Abrasión de los dientes	K031
Erosión de los dientes	K032
Anomalías de la relación entre arcos dentarios	K072
Maloclusión de tipo no especificado	K074
Pérdida de dientes debido a extracción	K081

tabla 1

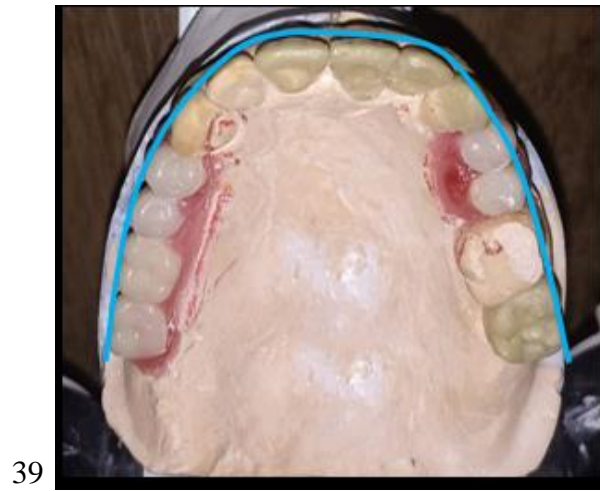
Ya que es un caso en el que intervendrán varias especialidades, se procedió a realizar el aumento de la dimensión vertical oclusal con ayuda de los rodets elaborados sobre la placa base. Posteriormente se pasó a tomar el registro intermaxilar, montaje y programación de los modelos de estudio (ASA) para realizar el encerado y enfilado en los modelos de estudio para determinar el orden del plan de tratamiento y al mismo tiempo poder obtener las llaves de silicona con las que se elaboraría las coronas provisionales.

Siendo un tratamiento de alto costo, y el paciente presentaba limitaciones económicas, finalmente eligió el plan de tratamiento que el paciente aceptó de acuerdo a sus posibilidades económicas.

Registro intermaxilar (imagen 37, 38)



Encerado y enfilado (imagen 39, 40, 41, 42, 43)



2.5 Plan de tratamiento

FASE I: INICIAL O HIGIÉNICA:

- Consejo dietético.
- Educación al paciente (instrucción de técnica de cepillado y uso de hilo dental y colutorio).
- Profilaxis.
- Endodoncia –poste-corona (2.1, 2.2, 2.3, 3.5, 4.5).
- Poste pre fabricado y corona (2.7).
- Incrustaciones (2.6, 4.6, 4.7).
- Restauraciones (1.1, 1.2, 1.3, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 4.1, 4.4).

FASE II: CORRECTIVA

- Aumento de DVO.
- Devolver la guía anterior, plano oclusal y estética.
- Exodoncia (3.8).
- Prótesis combinada (coronas y prótesis parcial removible superior e inferior).

FASE III: DE MANTENIMIENTO:

- Cada 3 meses.

2.6 Evolución del tratamiento y alta

1. Fase inicial o higiénica: se le brindó consejo dietético y se le orientó como cepillarse correctamente a través de la técnica de Stillman modificado. **(imagen 44)**



44

2. Fase correctiva: se procedió a la extracción de la pieza 3.8, dado que se tenía que corregir la curva de Wilson, y dicha pieza que era pilar de un puente fijo no favorecía al plano de oclusión y tampoco presentaba buen soporte óseo. Luego, se procedió al retiro del puente que iba en las piezas 3.5-3.8 . En cuanto a la pieza 3.5, se colocó una corona provisional **(imagen 46)**. Cabe mencionar que el 19 de setiembre del 2023 se realizó la extracción de la pieza 1.8 ya que presentaba restauración con amalgama con lesión cariosa extensa. **(imagen 45)**



45

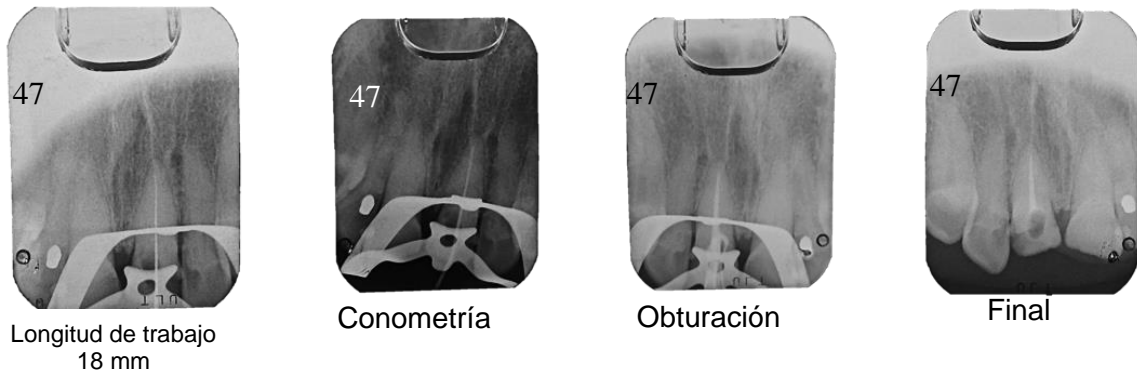


45

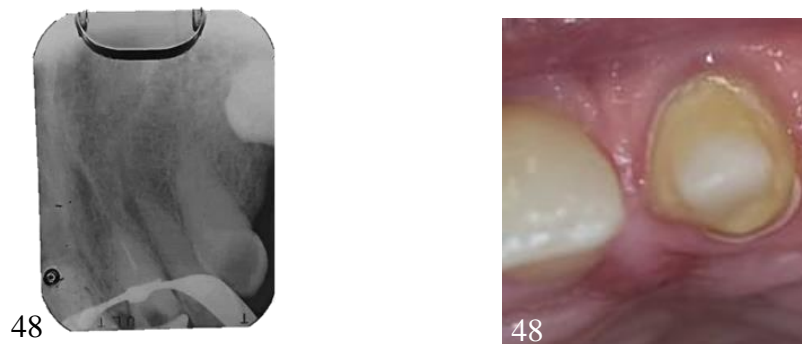


46

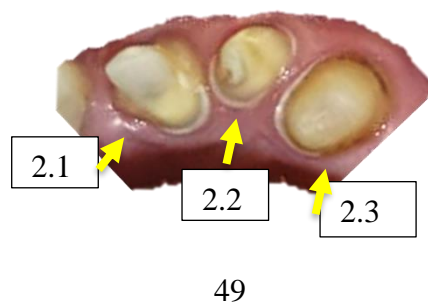
3. Fase de higiene: se procedió a realizar tratamiento de conductos (endodoncia) en la pieza 2.1 ya que presentaba desgaste moderado-severo. **(imagen 47)**



Luego de una semana se procedió a desobturar con fresas peeso 1 y 2 para colocar un perno de fibra de vidrio, después hacer la preparación dentaria para posteriormente colocar una corona metal-porcelana. **(imagen 48)**



Se continuó con las preparaciones dentarias con fines protésicos para coronas metal porcelana en las piezas 2.2 y 2.3. **(imagen 49)**



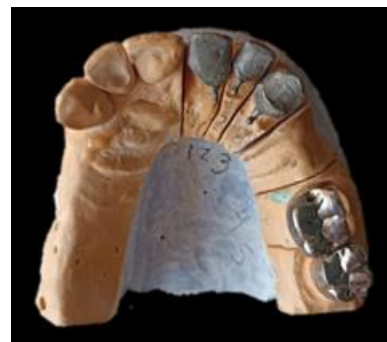
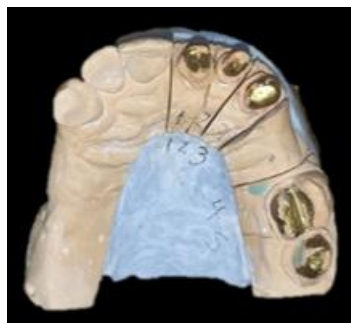
Desobturación con fresas Peeso 1, 2 y 3, preparación para corona de metal y colocación de corona provisional. **(imagen 50)**



Preparaciones para incrustaciones inlay de las piezas 2.6, 4.6, 4.7. **(imagen 51)**



Impresión definitiva para coronas e incrustaciones. **(imagen 52)**



Prueba de cofias de las piezas 2.1, 2.2, 2.3. (imagen 53)

Coronas metálicas de las piezas 2.8 y 3.8 terminadas. (imagen 54)



Instalación de incrustaciones de las piezas 4.6 y 4.7 (imagen 55)



Impresión definitiva para PPR inferior (**imagen 56**)



Prueba de estructura metálica y prueba de enfilado (**imagen 57**)



Prueba de coronas en etapa glaseado en las piezas 2.1, 2.2, 2.3. **(imagen 58)**



Cementación de las coronas metal porcelana en las piezas 2.1, 2.2, 2.3 **(imagen 59)**



Impresión definitiva para PPR superior **(imagen 60)**



Prueba de estructura metálica y prueba de rodetes **(imagen 61)**



Finalmente, con la instalación de la prótesis removible superior e inferior se da por culminado el tratamiento de rehabilitación al paciente; habiendo cumplido con los controles pertinentes. **(imagen 62, 63, 64, 65)**

62



63

64



65

II. CONCLUSIONES

Los pasos realizados en el presente caso clínico surgieron a partir de una guía de consideraciones clínicas que se dieron a partir del diagnóstico para el correcto manejo odontológico del paciente. Así mismo, fue de suma importancia lograr concientizar al paciente antes de iniciar el tratamiento.

En pacientes que presentan problemas oclusales como ausencia de piezas dentarias posteriores, abfracciones, atricciones, entre otros, como el presente caso, es de suma importancia estabilizar los componentes del sistema estomatognático en orden, comenzando por la realización de extracciones, endodoncias con fines protésicos, restauraciones, colocación de postes pre fabricados, y por determinar la dimensión vertical oclusal. Además, se ha demostrado que las prótesis provisionales (prótesis removible y fijas), el confort del paciente y la adaptación, son las principales herramientas que permiten la adaptación adecuada para establecer la dimensión vertical oclusal¹².

Por lo tanto, es importante cumplir con las fases de tratamiento para tener óptimos resultados.

La limitación que se presentó para realizar otro tipo de tratamiento que corresponde a un tratamiento ortodóntico e implantes, se debe a que el paciente deseaba un tratamiento que dé resultados más rápidos y también menos costoso por lo que se optó por el tratamiento que se llevó a cabo.

Se recomienda realizar investigaciones sobre otros métodos de recuperación de dimensión vertical oclusal.

Dotar a las salas de práctica de sistemas rotatorios para facilitar los tratamientos de endodoncia.

IV. FUENTES DE INFORMACIÓN

1.- Badillo BM, Morales GJ, Magaña QJ, Flores HJB, Escutia CGN, Figueroa GMF. Manejo interdisciplinario para una óptima rehabilitación oral. Rev ADM. (en línea) 2021 (acceso 02 de setiembre 2024); 78 (2): 106-114. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.35366/99287>

2.- Sun J, Lin YC, Lee JD, Lee SJ. Effect of increasing occlusal vertical dimension on lower facial form and perceived facial esthetics: A digital evaluation. J Prosthet Dent (en línea) 2021 (acceso 02 de setiembre 2024) 126(4):546-552. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022391320304406>

3.- Ettinger RL, Marchini L. Treatment of an edentulous patient over 23 years showing the influence of systemic health on oral health and quality of life. Spec Care Dentist (en línea) 2023 (acceso 02 de setiembre 2024); 43:258–266. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/scd.12748>

4.- Prevención y tratamiento de la caries dental con productos sin mercurio y una intervención mínima: serie de notas informativas sobre salud bucodental de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (en línea) 2022 (acceso 2 de setiembre 2024) . Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/354540/9789240049017-spa.pdf?sequence=1>

5.- Minsa lanza Plan Nacional de Atención Integral para la Rehabilitación Oral - Perú Sonríe 2019 – 2022 (en línea). Gob.pe. (citado el 28 de octubre de 2024). Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/45843-minsa-lanza-plan-nacional-de-atencion-integral-para-la-rehabilitacion-oral-peru-sonrie-2019-2022>

6.- Gonzales-Mattos J, Kobayashi Shinya A, Quintana del Solar M. Rehabilitación oral compleja en un paciente comprometido periodontalmente. Reporte de caso clínico y seguimiento por 6 años. Rev Estomatol Hered (en línea). 2020;30(2):113–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20453/reh.v30i2.3763>

7. Ramírez CC, Dubón VS, Madrid CM, Sánchez RI. Lesiones dentales no cariosas: etiología y diagnóstico clínico. *Rev.Cient.Univ.Cienc.Salud*.2020;7(1): 42-55
- 8.- Calle-Calle NE, Cuesta-Nieto EP. Endocorona, un enfoque diferente en rehabilitación oral. *Rev Inf Cient [en línea]*. 2021(acceso 2 de setiembre 2024); 100(6):3537. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/3537>
- 9.- Alatorre CO, Velasco NJ, Manteca LV, Llamas HD, Miranda VA. Registration Methods of Occlusal Vertical Dimension in Dentate Patients: Systematic Review. *Int. J Odontostomat (en línea)*. 2021 (acceso 2 de setiembre 2024); 15(2):397-402. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0718-381x2021000200397>
- 10.- Gotfredsen K, Rimborg S, Stavropoulos A. Efficacy and risks of removable partial prosthesis in periodontitis patients: A systematic review. *J Clin Periodontol (en línea)*. 2022 (acceso 2 de setiembre 2024); 49(24):167-181. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jcpe.13519>
- 11.- Sabbah A. Smile analysis: Diagnosis and treatment planning. *Dent Clin North Am (en línea)*. 2022 (acceso 2 de setiembre 2024); 66(3):307-341. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.cden.2022.03.001>
- 12.- Ramírez GJ, Figueroa ADL, Alatorre CO, Romero JMO, Niño CA, Valdivia ADCM. Rehabilitación oral completa en un paciente con erosión dental causada por reflujo gastroesofágico. *Rev Odont Mex. (en línea)* 2022 (acceso 2 de setiembre 2024); 26 (1): 78-86. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22201/fo.1870199xp.2022.26.1.85612>