

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

**ABORDAJE CLÍNICO Y RESTAURADOR EN LA
REHABILITACIÓN DE DESGASTES DENTALES Y
ALTERACIONES EN EL PLANO DE OCLUSIÓN.
REPORTE DE CASO**



PRESENTADO POR
JEFFERSON AILTON JULCA REYES

ASESORA
CD. PAOLA CRISTINA MIRANDA RAMIREZ

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:

**ABORDAJE CLÍNICO Y RESTAURADOR EN LA REHABILITACIÓN
DE DESGASTES DENTALES Y ALTERACIONES EN EL PLANO DE
OCCLUSIÓN.REPORTE DE CASO**

PARA OPTAR EL TÍTULO DE PROFESIONAL DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTADO POR:

BACH: JEFFERSON AILTON JULCA REYES

ASESORA:

CD. PAOLA MIRANDA RAMIREZ

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 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
III. CONCLUSIÓN (aporte clínico)	14
IV. FUENTES DE INFORMACIÓN	15
ANEXOS	17

RESUMEN / ABSTRACT (español e inglés)

La planificación precisa es fundamental para un pronóstico adecuado y una mejor calidad de vida del paciente. En la evaluación realizada, se detectó una mala posición dentaria que provocó invasión del plano oclusal por algunas piezas (extrusión) y una rotación completa en piezas planificadas como pilares. También se perjudicará el sector anterior debido a una pérdida de soporte posterior produciendo estos desgastes en este sector, ya que no hubo protección en estática de los dientes posteriores.

Para abordar estos problemas, se llevaron a cabo varias intervenciones integrales. Se realizaron incrustaciones para corregir la extrusión y restablecer el plano adecuado de la pieza afectada y así poder generar espacio para la futura prótesis parcial removible. Se efectuó una endodoncia con fines protésicos para permitir la rehabilitación y alineación de las piezas dentales y así el apoyo distribuya correctamente la fuerza en el diente. Además, se reconstruyeron los bordes incisales, lo que no solo mejoró la estética, sino que también ayudó a que el paciente tuviera mucha más confianza de sonreír.

Este enfoque integral proporcionó una mejora significativa en la apariencia del paciente y garantizó un espacio protésico óptimo para soluciones dentales futuras. La atención temprana y el cuidado oportuno de las piezas dentales son esenciales para prevenir problemas a largo plazo, asegurando así una funcionalidad y estética adecuadas en el futuro.

Palabras clave: Rehabilitación oral, índice de higiene oral, diagnóstico oral

RESUMEN / ABSTRACT (español e inglés)

Accurate planning is essential for an adequate prognosis and a better quality of life for the patient. In the evaluation carried out, a bad dental position was detected that caused invasion of the occlusal plane by some pieces (extrusion) and a complete rotation in pieces planned as pillars. The anterior sector was also damaged due to a loss of posterior support causing these wears in this sector, since there was no static protection of the posterior teeth.

To address these problems, several comprehensive interventions were carried out. Inlays were made to correct the extrusion and reestablish the proper plane of the affected piece and thus be able to generate space for the future removable partial prosthesis. An endodontic treatment was carried out with fine prosthetic teeth to allow the rehabilitation and alignment of the teeth and thus the support correctly distributes the force on the tooth. In addition, the incisal edges were reconstructed, which not only improved the aesthetics, but also helped the patient to have much more confidence in smiling. This comprehensive approach provided a significant improvement in the patient's appearance and ensured optimal prosthetic space for future dental solutions. Early attention and timely care of teeth are essential to prevent long-term problems, thus ensuring proper functionality and aesthetics in the future.

Keywords: Oral rehabilitation, oral hygiene index, oral diagnosis

JEFFERSON AILTON JULCA REYES

ABORDAJE CLÍNICO Y RESTAURADOR EN LA REHABILITACIÓN DE DESGASTES DENTALES Y ALTERACION...

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

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid::29427:408229573

Fecha de entrega

22 nov 2024, 12:18 a.m. GMT-5

Fecha de descarga

22 nov 2024, 1:06 a.m. GMT-5

Nombre de archivo

TS. APROBADO. JULCA REYES JEFFERSON AILTON (3).pdf

Tamaño de archivo

2.9 MB

37 Páginas

3,176 Palabras

17,061 Caracteres

2% 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

- 2% Fuentes de Internet
- 0% Publicaciones
- 1% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Firma: PAOLA CRISTINA MIRANDA RAMIREZ

CÓDIGO ORCID: 0009-0000-1270-2497

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.

INTRODUCCIÓN

El desconocimiento sobre los distintos planos de tratamiento disponibles para salvar un diente es una de las principales causas de la extracción prematura de piezas dentarias permanentes¹, esta extracción temprana conlleva una serie de consecuencias significativas, especialmente en el proceso masticatorio. Entre las consecuencias más destacadas se encuentran la reabsorción de la cresta ósea, el desgaste de los dientes debido a la pérdida de soporte posterior, y el desequilibrio en la carga oclusal, lo que afecta la oclusión mutuamente compartida. Además, la pérdida de un diente puede provocar la migración de los dientes adyacentes y la extrusión de las piezas sin antagonista, resultando en la pérdida de longitud del arco o en una asimetría de este, manifestándose como maloclusión.

El desgaste dental es un problema creciente cuya incidencia está en aumento debido a causas multifactoriales en este caso los dientes anteriores sufrieron desgaste debido a la pérdida de piezas posteriores y el no tener antagonista influyo en que las piezas se extruyan haciendo que pierda espacio rehabilitador para una futura prótesis removible. Junto a esto, la falta de una higiene bucal inadecuada contribuye al incremento de la prevalencia de caries dentales, acortando así la vida útil de los dientes ². En pacientes de edad avanzada, ciertos niveles de desgaste pueden ser esperables y aceptables; Sin embargo, en pacientes jóvenes, el desgaste puede ser indicativo de condiciones patológicas³.

La etiología del desgaste dental puede ser tanto mecánica (atrición, abrasión y abfracción) como química (erosión), y a menudo es resultado de una combinación de factores intrínsecos y extrínsecos. La identificación precisa de la causa subyacente puede ser desafiante, ya que muchos pacientes presentan etiologías mixtas ⁴. La relación intra e interarcada, si no se manejan adecuadamente, pueden

provocar patologías o impedimentos funcionales, llevando también al sistema dental a un proceso de adaptación ⁶.

En la actualidad, se privilegian las estrategias de rehabilitación mínimamente invasivas y adhesivas para tratar la dentición desgastada. Esto es particularmente relevante para pacientes jóvenes, para quienes un enfoque integral y a largo plazo es esencial ⁶. Estas técnicas no solo ayudan a restaurar la dimensión vertical de la oclusión, sino que también maximizan la preservación del tejido dental sano. Entre las múltiples ventajas de este enfoque, se incluyen la armonización de la estética, proporcionar el espacio adecuado para las restauraciones planificadas y la mejora de las relaciones y guías incisales y oclusales ⁷.

Los composites de resina directa son una opción efectiva para la rehabilitación de denticiones severamente desgastadas. Estos materiales ofrecen el beneficio de un costo relativamente bajo y la preservación de tejidos dentales sanos, siendo menos invasivos que las restauraciones indirectas ⁸. No obstante, la selección del material más adecuado para restaurar casos de desgaste dental severo sigue siendo un tema debatido ⁹. Las decisiones clínicas están influenciadas principalmente por la anamnesis médica del paciente y su capacidad económica. Los pacientes con actividades parafuncionales pueden necesitar materiales con altas propiedades mecánicas, que sean resistentes a la fractura y al desgaste, mientras que aquellos con un desgaste menos severo pueden beneficiarse de materiales que sean fáciles de manejar y perduren con el tiempo ¹⁰.

II. DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

2.1 Anamnesis

La paciente mujer de 34 años, originaria del distrito de Sullana en Piura, Perú. Después de completar su educación secundaria en la prestigiosa institución educativa Ramón Espinosa, decidió radicarse en la vibrante ciudad de Chiclayo. Actualmente, se dedica a las labores del hogar, ocupación que ejerce con dedicación y esmero, manejando con destreza las múltiples responsabilidades que conlleva. Su experiencia como ama de casa le ha permitido desarrollar habilidades valiosas en la organización y gestión del hogar, así como en la atención a su familia.

Anexo 1

2.1.1 Motivo de consulta

“Deseo mejorar mi sonrisa porque me siento algo avergonzado al mostrarla debido a unos desgastes en mis dientes anteriores. Este problema ha afectado mi confianza y me hace sentir incómodo al sonreír, ya que los siento desaparejos, y estoy buscando una solución efectiva. Mi objetivo es restaurar la apariencia completa de mi sonrisa y recuperar la confianza que solía tener.”

2.1.2 Enfermedad actual

En la etapa de juventud la paciente refirió que se le realizaron las extracciones tempranas de las piezas dentarias 36,37 y 46 por diagnóstico de pulpitis irreversible, ya que presentaba dolor que no calmaba con los analgésicos al ir a un centro de salud le recomendaron realizarse el tratamiento de conductos de estas piezas dentales pero por bajos recursos no se la realizó por eso opto por las extracciones y así poder ya no presentar dolor y no generar más gasto, la paciente refería presentar ligeros desgaste en los dientes anteriores producto de la pérdida de soporte posterior haciendo que en estática los dientes posteriores no protejan a los anteriores siendo esto un principio de la oclusión mutuamente compartida pero en este caso la paciente se adaptó a su mordida, actualmente la paciente tiene problemas en la oclusión debido a la extracción de las piezas dentarias que causaría una mensialización de las piezas dentales adyacentes causando también una extrusión del antagonista debido a no presentar ninguna piense en inferior,

junto a esto la poca higiene que presentaba la paciente ayudo a que aparezcan caries y acumulo de placa .

2.1.3 Historia pasada

Paciente refirió que consumía azúcares con frecuencia y que solamente se lavaba los dientes 2 veces al día y que no utilizaba hilo dental , en cuanto a su salud paciente sana no presentaba alergia a ningún medicamento y no estaba medicada , como antecedente familiar es que su padre padecía de cáncer y su madre era diabética , no tenía la frecuencia de ir al odontólogo pero su última visita fue hace un año para una curación de un diente que hasta el día de hoy no ha tenido ninguna complicación

2.2 Examen clínico

En cuanto a la exploración extraoral paciente no presentaba adenopatías, labios hidratados con competencia labial, apertura bucal de 42 mm , en la exploración intrabucal la paciente presentaba mucosas de color rosa pálido , encías un poco enrojecidas pero conservado el festoneado, presentaba caries en las piezas 13, 26, 12,13,14,15,16,17,18,35,38,45,47, también se observó desgastes desde la 13 a la 23 , dientes extraídos 36,37,46,48 esto con el tiempo a la paciente conllevó a que los dientes 38 y 47 se mesializaran , la pieza 16 y 26 se extruyeron debido a o tener un contacto antagonista. Presentaba en protrusión hay una correcta desoclusión posterior, en cuanto a la lateralidad derecha hay una correcta desoclusión en el lado de no trabajo y en la lateralidad izquierda contacto prematuro en el primer molar superior en el lado de no trabajo (**Anexo 2**) producida debido a la extrusión de la primera molar superior izquierda. **Anexo 3**

2.3 Exámenes auxiliares

A la evaluación radiográfica se observa:

- Mineralización de ambos procesos estiloides.
- Senos maxilares neumatizados.
- Ausencia de piezas 18,37,36,46 y 48.

- Restauraciones coronarias en piezas 17 y 47.
- imagen radiolúcida proyectada en segmento coronario mesial de pieza 21 y en superficie cérvico distal de pieza 27, se sugiere ampliar estudio con evaluación clínica a descartar lesión de caries dental.
- Pieza 38, en posición mesioangular. Imagen radiolúcida coronaria que sugiere lesión de caries dental.
- Atrición dentaria en piezas dentales anterosuperiores e inferiores.
- Resto de estructuras óseas conservadas.
- Extrusión de las piezas 16 y 26. **Anexo 4**

Se tomo registro de arco facial los modelos se articularon en asa en los cuales corroboramos junto a la clínica las afecciones que presentaba la paciente (**Anexo 5**) por ellos realizamos nuestro plan de tratamiento el cual lo llevaremos a cabo, se encero las piezas anteriores simulando la recuperación de los bordes incisales, se desgasto el diente 16 simulando una ameloplastia y 26 para posterior realizar un encerado de un incrustación , se encero la pieza 35 en una posición correcta sabiendo que este diente pasaría por un tratamiento de conductos con fines protésicos , colocación de espigo y posterior la corona. **Anexo 6**

2.4 Diagnóstico (CIE- 10)

Para poder llegar al correcto diagnóstico es un conglomerado de pasos a seguir, siendo importantes para poder saber que tratamientos realizar y en qué casos, por ello el llenado de la historia clínica junto a la planificación del caso llevara a un pronóstico bueno a la larga. **Anexo 6**

En cuanto al diagnóstico presuntivo se obtuvo presencia de cálculo supragingival, caries dental, endodoncia con fines protésicos, extracciones dentarias.

Ya como diagnósticos definitivos tenemos:

- ✓ Depósitos en los dientes. (k036)
- ✓ Caries limitada al esmalte. (k020)
- ✓ Caries de la dentina. (k021)

- ✓ Pérdida de dientes debida a accidente, extracción. (k081)
- ✓ Anomalías de la posición del diente. (k073)
- ✓ Maloclusión de tipo no especificado. (k074)

2.5 Plan de tratamiento

-Presentación del plan de tratamiento estructurado por etapas o fases:

Fase I. Inicial o higiénica

- Concientización de la paciente, enseñar correcta técnica de cepillado hay que destacar la importancia de utilizar hilo dental y tener muy buena higiene.
- Desfocalización de la paciente mediante un detartraje, profilaxis e índice de O'Leary permitió llevar un control de la higiene bucal del paciente y poder bajar la carga bacteriana.

Fase II: Correctiva

- Tratamiento de conductos pieza 35
- Espigo pieza 35
- Corona pieza 35
- Incrustación pieza 26
- Ameloplastia pieza 16
- Restauraciones piezas 13,12,11,21,22,23,26, 12,13,14,15,16,17,18,35,38,45,47

Fase III: Mantenimiento

- Controles de nivel de placa bacteriana cada cierto tiempo para así poder verificar si la paciente está llenando bien la concientización que se le realizo y así también pueda mejorar en cuanto su higiene.

- Objetivos del tratamiento

- Mejorar estéticamente
- Promover la higienización correcta de la paciente
- Mejorar su eficiencia y eficacia masticatoria.

2.6 Evolución del tratamiento y alta

- 1ºVISITA: Historia clínica (odontograma), sensibilización del paciente, motivación y fisioterapia **Anexo 7**
- 2ºVISITA: Índice de O'Leary, llenado de periodontograma, profilaxis y detartraje. **Anexo 8**
- 3ºVISITA: Llenado de consentimiento informado y ficha de endodoncia (**Anexo 9**), Tratamiento de conductos pieza 35 apertura cameral, preparación biomecánica y obturación (**Anexo 10**), ameloplastia de la pieza 16 **Anexo 11**
- 4ºVISITA: Desobturación y preparación del espigo fibra de vidrio pieza 35
- 5ºVISITA: Preparación para incrustación overlay en pieza 26. **Anexo 12**
- 6ºVISITA: Preparación para corona metal porcelana con descanso en distal en pieza 35
- 7 VISITA: preparación de coronas provisionales
- 8ºVISITA: Toma de impresión de corona metal porcelana pieza 35 y toma de impresión de incrustación overlay pieza 26. **Anexo 13**
- 9ºVISITA: Prueba de estructura metálica de corona metal porcelana pieza 35 y cementación de incrustación overlay pieza 26. **Anexo 14**
- 10ºVISITA: Restauraciones en piezas posteriores 16,26,27,28,35,38,45, cambio de restauración en mal estado pieza 47. **Anexo 15**
- 11ºVISITA: Prueba de bizcocho de corona metal porcelana pieza 35. **Anexo 16**
- 12ºVISITA: Prueba de glaseado de corona metal porcelana con descanso en distal pieza 35
- 13ºVISITA: Cementación de corona metal porcelana pieza 35. **Anexo 17**

- 14°VISITA: Preparación biostática para PPR inferior y toma de impresión definitiva para PPR inferior (se realizó en después de culminar el ciclo académico)
- 15°VISITA: Restauraciones de los bordes incisales de las piezas 13,12,11,21,22,23,33,32,31,43,42,41 **Anexo 18**
- 16°VISITA: Llenado de odontograma de evolución. **Anexo 19**
- 17°VISITA: Llenado de ficha de alta y fotografía de alta. **Anexo 20**

I. CONCLUSIONES

1. La importancia de un correcto llenado de historia clínica junto a un examen clínico minucioso ayudara para así poder tener un correcto diagnóstico y plan de tratamiento.
2. Los desgastes por perdida de soporte posterior llegan a ser perjudiciales a nivel del sistema estomatognático por ello un correcto diagnostico ayudara a poder tener mejor pronóstico.
3. La generación del espacio protésico de la paciente ayudo significativamente para una rehabilitación futura.
4. La adaptación de la paciente a su mordida ayudo a que las restauraciones anteriores colocadas no terminen fracturándose.
5. Hoy en día uno de los mejores tratamientos a pacientes edéntulos parciales son los implantes, esto no quiere que decir que las prótesis dejen de ser utilizadas ya que son comúnmente son utilizadas para pacientes de bajo recurso siendo una opción más como tratamiento protésico ¹¹.

IV. FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Gandhi JM, Gurunathan D. Short- and long-term dental arch spatial changes following premature loss of primary molars: A systematic review. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2022;40(3):239-45.
2. Blasi Beriain M, Rocca GT, Franchini L, Dietschi D, Saratti CM. Rehabilitation of worn dentition with direct resin composite restorations: A Case Report. *Dent J (Basel).* 23 de marzo de 2022;10(4):51.
3. Bartlett D, O'Toole S. Tooth wear and aging. *Aust dent J.* junio de 2019;64 Suppl 1:S59-62.
4. Lussi A, Ganss C. *Erosive Tooth Wear: From diagnosis to therapy.* Karger medical and scientific publishers; 2014. 298 p.
5. Goldstein G, Goodacre C, MacGregor K. Occlusal vertical dimension: Best evidence consensus statement. *J Prosthodont.* abril de 2021;30(S1):12-9.
6. Saratti CM, Merheb C, Franchini L, Rocca GT, Krejci I. Full-mouth rehabilitation of a severe tooth wear case: a digital, esthetic and functional approach. *Int J Esthet Dent.* 2020;15(3):242-62.
7. Calamita M, Coachman C, Sesma N, Kojs J. Occlusal vertical dimension: treatment planning decisions and management considerations. *Int J Esthet Dent.* 2019;14(2):166-81.
8. Hidalgo-Lostaunau RC. Tratamiento rehabilitador estético-oclusal con resinas compuestas en una paciente con mordida profunda y desgaste severo. *International journal of odontostomatology.* marzo de 2020;14(1):73-80.
9. Mehta SB, Bronkhorst EM, Lima VP, Crins L, Bronkhorst H, Opdam NJM, et al. The effect of pre-treatment levels of tooth wear and the applied increase in the vertical dimension of occlusion (VDO) on the survival of direct resin composite restorations. *J Dent.* agosto de 2021;111:103712.
10. Pizzolotto L, Moraes RR. Resin composites in posterior teeth: Clinical performance and direct restorative techniques. *Dent J (Basel).* 27 de noviembre de 2022;10(12):222.
11. Shimogishi M, Kawakami S, Tachikawa N. Clinical Evaluation of short (6 mm) and longer implants placed side by side in posterior partially edentulous Area: A 3-Year Observational S

ANEXOS

Anexo 1



Anexo 2

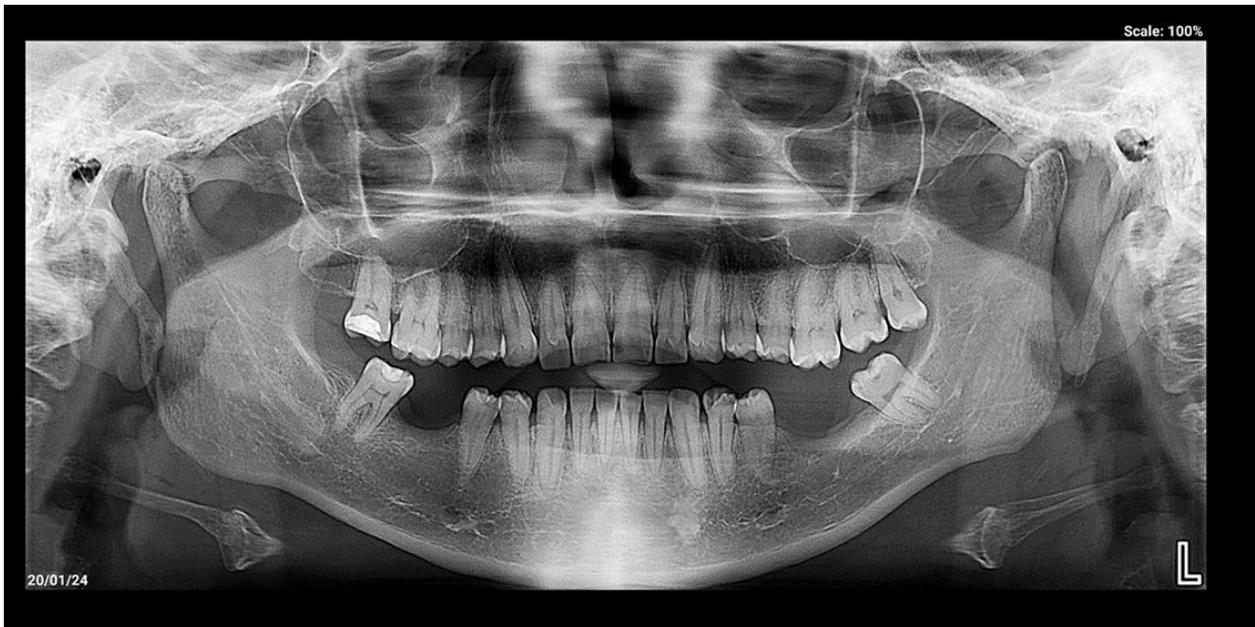


Anexo 3





Anexo 4





Clarity

CENTRO IMAGENOLÓGICO
MAXILOFACIAL

- **Paciente:** [REDACTED]
- **DNI:** [REDACTED]
- **Edad:** [REDACTED]
- **Sexo:** [REDACTED]
- **Doctor:** Dr. Jefferson Julca
- **Fecha de adquisición:** 07/10/2024
- **Fecha de informe:** 09/10/2024

- **INFORME RADIOLÓGICO**

A la evaluación de la radiografía panorámica, se observa:

- Mineralización de ambos procesos estilohioideos.
- Senos maxilares neumatizados.
- Ausencia de piezas 18,37,36,46 y 48.
- Restauraciones coronarias en piezas 17 y 47.
- imagen radiolúcida proyectada en segmento coronario mesial de pieza 21 y en superficie cérvico distal de pieza 27, se sugiere ampliar estudio con evaluación clínica a descartar lesión de caries dental.
- Pieza 26, extruida.
- Pieza 38, en posición mesioangular. Imagen radiolúcida coronaria que sugiere lesión de caries dental.
- Atrición dentaria en piezas dentales anterosuperiores e inferiores.
- Resto de estructuras óseas conservadas.

CD. Mg. Esp. N. Martín López Muñoz Esp.
Radiología Bucal y Maxilofacial COP 31532 - RNE
2391

Anexo 5



Anexo 6



Anexo 10



Anexo 11



Anexo 12



Anexo 13

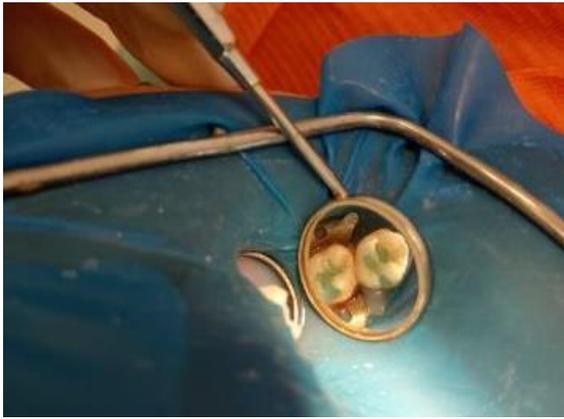


Anexo 14



Anexo 15





Anexo 16



Anexo 17



Anexo 18



