

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

**ABORDAJE MULTIDISCIPLINARIO PARA LA  
REHABILITACIÓN INTEGRAL EN UN PACIENTE  
EDÉNTULO PARCIAL BIMAXILAR. REPORTE DE CASO  
CLÍNICO**



PRESENTADO POR  
DAYANA LUCERO FERNANDEZ DIAZ

ASESORA  
MG. CD. PAOLA CRISTINA MIRANDA RAMIREZ

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:**

**ABORDAJE MULTIDISCIPLINARIO PARA LA REHABILITACION  
INTEGRAL EN UN PACIENTE EDENTULO PARCIAL BIMAXILAR.  
REPORTE DE CASO CLÍNICO**

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

**CIRUJANA DENTISTA**

**PRESENTADO POR:**

**ESTUDIANTE : DAYANA LUCERO FERNÁNDEZ DÍAZ**

**ASESORA:**

**MG. CD. PAOLA CRISTINA MIRANDA RAMIREZ**

**CHICLAYO – PERÚ**

**2024**

## ÍNDICE

RESUMEN .....	1
ABSTRACT .....	2
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 .....	3
2.3 Exámenes auxiliares.....	5
2.4 Diagnóstico .....	5
2.5 Plan de tratamiento.....	6
2.6 Evolución del tratamiento y alta .....	7
III. CONCLUSIONES.....	10
IV. FUENTES DE INFORMACIÓN.....	11
ANEXOS .....	14

## **RESUMEN**

El desgaste dental y el edentulismo pueden causar inestabilidad oclusal por una incorrecta propagación de fuerzas. Actualmente existen diversas opciones de tratamiento haciendo el tratamiento más versátil. En este trabajo se resalta la esencialidad de la rehabilitación multidisciplinaria, considerando la alta prevalencia de edentulismo en nuestro país (49,99% con edentulismo parcial). Este caso se centra en una paciente de 48 años de sexo femenino la cual acude a consulta porque manifiesta dolor en los dientes anterosuperiores, además presenta molestias al masticar por la pérdida de dientes; al término del examen clínico se obtuvieron los siguientes diagnósticos: gingivitis inducida por biofilm, edentulismo parcial bimaxilar, pulpitis reversible e irreversible; el tratamiento se dividió en 3 fases: una fase inicial en la que se mejoró la higiene del paciente, una fase correctiva en la que se realizaron las endodoncias, espigos, restauraciones, coronas, incrustaciones y PPR y una fase de mantenimiento en la que se hicieron controles para mantener una buena higiene y adaptar la PPR para el confort del paciente; como resultado se logró recuperar la estética y la funcionalidad. En síntesis, con el caso se demuestra la importancia que tiene una planificación adecuada y un enfoque integral para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

**Palabras clave:** Arcada desdentada; Endodoncia; Rehabilitación

## **ABSTRACT**

Dental attrition and edentulism can cause occlusal instability due to incorrect propagation of forces. Currently there are various treatment options making the treatment more versatile. This work highlights the essentiality of multidisciplinary rehabilitation, considering the high prevalence of edentulism in our country (49.99% with partial edentulism). This case focuses on a 48-year-old female patient who comes to the clinic because she complains of pain in her upper front teeth, and also has discomfort when chewing due to tooth loss; At the end of the clinical examination, the following diagnoses were obtained: biofilm-induced gingivitis, partial bimaxillary edentulism, reversible and irreversible pulpitis; The treatment was divided into 3 phases: an initial phase in which the patient's hygiene was improved, a corrective phase in which root canals, posts, restorations, crowns, inlays and RPD were performed, and a maintenance phase in which They made controls to maintain good hygiene and adapt RPD for the patient's comfort; As a result, aesthetics and functionality were recovered. In summary, the case demonstrates the importance of adequate planning and a comprehensive approach to improve the quality of life of patients.

**Keywords:** Edentulous Jaw; Endodontics; Rehabilitation

# DAYANA LUCERO FERNÁNDEZ DÍAZ

## ABORDAJE MULTIDISCIPLINARIO PARA LA REHABILITACION INTEGRAL EN UN PACIENTE EDENTULO P...

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

### Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid::29427:408233938

Fecha de entrega

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

Fecha de descarga

22 nov 2024, 12:58 a.m. GMT-5

Nombre de archivo

TS. APROBADO. FERNANDEZ DIAZ DAYANA LUCERO.pdf

Tamaño de archivo

4.8 MB

43 Páginas

4,767 Palabras

26,521 Caracteres

## 9% 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

- 4% Fuentes de Internet
- 0% Publicaciones
- 6% 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.

## I. INTRODUCCIÓN

La pérdida de estructura dental es una manifestación de la inestabilidad oclusal. Se presenta en los bordes incisales y caras oclusales, es causada principalmente por parafunciones. Al presentarse este desgaste a nivel de dientes anteriores, se le asocia a la pérdida de soporte posterior por la ausencia de dientes, lo que causaría inestabilidad articular por la deficiencia de dispersión de las fuerzas oclusales. Esto genera una oclusión ineficaz, donde los dientes posteriores no protegen adecuadamente a los anteriores y viceversa.<sup>1</sup>

Otra de las manifestaciones que encontraremos es la falta de espacio protésico, siendo esta una de las complicaciones más recurrentes; se debe considerar que un grado de desgaste en las superficies dentarias nos indica un diagnóstico en el cual se le realizara modificaciones en la dimensión vertical las cuales se asocian con signos faciales<sup>2</sup>. La dimensión vertical se define como la distancia entre dos puntos seleccionados anatómicamente, al verse disminuida influirá en la función, estética y confort del paciente<sup>3</sup>. Además, la disminución de la dimensión vertical influye en el soporte labial y altura facial<sup>4</sup>.

Actualmente la reconstrucción del elemento dentario ofrece diversas opciones de tratamiento, como las resinas, incrustaciones, coronas, prótesis dentales, etc. Estos tratamientos permiten al odontólogo abarcar una amplia variedad de problemas dentales; desde caries hasta casos de mayor complejidad<sup>5</sup>. En el caso de tratamiento endodóntico se realiza con el objetivo de mantener los dientes en los que la pulpa se encuentra inflamada. Para poder recuperar la funcionalidad del diente se debe colocar una restauración definitiva luego del tratamiento, para así sellar los conductos radiculares y poder evitar alguna contaminación y posible reinfección, ayudando a mantener la integridad de la oclusión de la persona<sup>6</sup>.

Las prótesis parciales removibles también son una solución para los pacientes con pérdida dental, estas consisten en un aparato biomecánico artificial cuya función es reemplazar las piezas dentarias ausentes, logrando así reestablecer la funcionalidad de la cavidad oral, apoyando a la masticación, deglución, fonación e



incluso recuperando la armonía facial; estas funciones son relevantes para los pacientes, porque influye positivamente a su bienestar psicológico<sup>7,8</sup>.

Hoy en día, es alta la demanda de casos donde se requiera una rehabilitación multidisciplinaria, con la finalidad de conservar la estructura dental y periodontales residuales, y obtener una rehabilitación funcional, morfológica y estética<sup>9</sup>. Para conseguir el éxito del tratamiento es fundamental planificar ordenadamente el proceso en su totalidad; llegando a un correcto diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento. Se debe considerar que la complejidad de los casos varía según el paciente atendido; por ende, en casos de alta complejidad se suele optar por un enfoque múltiple en el cual se abarcan diversas especialidades para el tratamiento.

Con respecto a la frecuencia de los casos de edentulismo en nuestro país, se destaca al grupo etario de los adultos mayores en donde se encuentra un 82,35% con edentulismo; predominando el edentulismo parcial con un promedio de 49,99%<sup>10</sup>. Se destaca la importancia de la rehabilitación integral en pacientes con ausencia de piezas dentales, dado que esto impacta tanto en su estética como en su funcionalidad. Lo mencionado anteriormente subraya la relevancia de la rehabilitación odontológica en estos pacientes.<sup>11</sup>

Acerca del caso clínico, este logra abarcar la situación haciendo énfasis en la importancia de realizar los adecuados procedimientos en los pacientes para lograr mejorar su calidad de vida y su autopercepción, problemática muy recurrente en la actualidad; siendo uno de los puntos más satisfactorios, los resultados en la armonización y estética de la paciente. Resaltando la relevancia de una correcta planeación y realización de un tratamiento multidisciplinario por parte del profesional en pacientes con complicaciones. Aportando un ejemplo para la comunidad científica y apoyando a las futuras investigaciones en nuestro país.

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

### **2.1 Anamnesis**

Paciente de 48 años, de sexo femenino, grado de instrucción primaria, su ocupación es ama de casa. Procede de Miracosta, Chota; actualmente reside en Ferreñafe, es de pertenencia étnica mestiza.

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

Paciente refiere: “Me faltan y me duelen dientes”.

#### **2.1.2 Enfermedad actual**

Paciente refiere que hace varios años presentó dolor en diversas piezas dentarias, las cuales habían presentado caries por una mala higiene, por lo que optó por la extracción de esos dientes. Además, hace aproximadamente 6 años le realizaron unas restauraciones en los dientes anteriores por que se le fracturaron, pero todavía presentaba dolor y tenía desgastes.

#### **2.1.3 Historia pasada**

Antecedentes quirúrgicos: Paciente refiere haber tenido una colecistectomía.

Antecedentes familiares: Madre padece de hipertensión arterial.

Antecedentes estomatológicos: Refiere que su última visita al odontólogo fue en enero del 2024 para que le realicen unas restauraciones, no ha presentado complicaciones en sus tratamientos odontológicos anteriores. Menciona que se cepilla los dientes diariamente 2 veces al día y comenta que presenta sangrado de las encías al cepillarse los dientes.

### **2.2 Examen clínico**

Signos vitales: Su presión arterial fue de 100/60 mm/hg, su frecuencia respiratoria fue de 78 ppm, en la frecuencia respiratoria se obtuvo 17rpm y su temperatura fue de 36.5 °C.

Estado general: En la ectoscopia, el paciente presentaba un aparente buen estado general de salud, de hidratación y nutrición. En el estado de conciencia se encontraba lúcido, orientado en tiempo espacio y persona.

Examen de cabeza y cuello: (Fig. 1, 2)

Presentó una cabeza con aspecto de normocéfalo. Su cara es asimétrica, tiene los tercios faciales desproporcionados porque su tercio inferior es menor al tercio medio, su perfil es recto y su cuello tiene simetría.

Examen estomatológico:

Examen extrabucal:(Fig. 3)

Al examinar el ATM, se obtuvo una apertura bucal de 43mm, y presentaba desviación hacia la izquierda durante la apertura. Haciendo un análisis de su sonrisa, presentó exposición dentaria de 7 mm, sin exposición gingival. Sus labios son de color rosados y tiene competencia labial.

Examen intrabucal: (Fig. 4,5,6)

Se observó un color rosado, de aspecto normal sin anomalías en la mucosa labial, carrillos, paladar, orofaringe y piso de boca. Su lengua tenía un color blanquecino. Además, el paciente mencionó que tiene como hábito la respiración bucal.

Odontograma inicial (Fig. 7)

En el maxilar superior, la arcada fue parcialmente desdentada por ausencia de las piezas 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 1.8, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5 y 2.6. Presentó restauraciones en mal estado en las piezas 1.1 (V), 2.1(VP) y 2.7(MOD). Desgaste palatino e incisal en las piezas 1.2 y 1.3, tenía una restauración en buen estado en la pieza 2.8.

El maxilar inferior no contaba con las piezas 3.6, 3.7, 3.8, 4.6 y 4.8, tenía desgaste en los bordes incisales en las piezas 3.1, 3.2, 3.3, 4.1, 4.2 y 4.3 y restauraciones con resina en las piezas 3.4(O), 3.5(O), 4.4(O), 4.5(O) y 4.7(O).

### **2.3 Exámenes auxiliares**

Radiografía panorámica: (Fig. 8, 9)

Presenta neumatización de los senos maxilares. Se observó una moderada reabsorción ósea alveolar del maxilar superior e inferior, edentulismo parcial bimaxilar y presencia de material restaurador en las piezas 1.1, 2.1, 2.7, 2.8, 3.5, 3.4, 4.4, 4.5 y 4.7. Asimismo, presentó desgaste dentario anterosuperior e inferior.

Estudio de modelos articulados: (Fig. 10)

Presentó desviación de la línea media, no registró relación molar derecha e izquierda ni relación canina izquierda, su relación canina derecha es clase I. Se apreció dimensión vertical disminuida asociada a los desgastes en el sector anterior y a la falta de piezas dentarias en el sector anterior y posterior.

### **2.4 Diagnóstico**

Al examinar a la paciente, se pudieron obtener los siguientes diagnósticos:

K051 - Gingivitis (Inducida por Biofilm): Es una inflamación de los tejidos de las encías. Se presentó sangrado gingival al realizar el detartraje y profilaxis por la placa bacteriana ubicada en el borde de la encía. <sup>12</sup>

K081 - Pérdida de dientes debida a Extracción: La paciente se destacó por la ausencia de piezas dentarias tanto en el sector anterior como posterior. Puede provocar alteraciones en la fisiología de la boca, como la reabsorción ósea, cambios en los tejidos blandos y dimensiones faciales, modifica en este caso la dimensión vertical. <sup>13</sup>

K030 - Atrición Excesiva de los dientes: Ocurre en pacientes que han perdido piezas, porque los dientes que quedan sufren de una sobrecarga, ocasionando la pérdida de estructura en el área funcional. En este caso se observó atrición en piezas anterosuperiores e inferiores. <sup>14</sup>

K040 - Pulpitis (Reversible): Es cuando la pulpa tiene la capacidad de recuperarse y debe preservarse en el tratamiento, para esto se elimina el tejido afectado por la caries, se desinfecta la cavidad y se aplica un biomaterial, lo que suele ser suficiente

para su regeneración.<sup>15</sup> La paciente presentó un dolor moderado de poca duración por una obturación en mal estado.

K040 - Pulpitis (Irreversible): Se distingue por la invasión de bacterias en los túbulos dentinarios o la pulpa cerca de una caries extensa<sup>16</sup>. La pulpa ya no puede curarse y tendrá que ser eliminada<sup>15</sup>. En este caso resultó positivo al realizar las pruebas de vitalidad pulpar al frío con el endo-ice. El tipo de dolor fue severo y se mantuvo luego de retirar el estímulo.

## **2.5 Plan de tratamiento**

- **Fase I: Inicial o higiénica**

Instrucción de higiene oral

Destartraje y profilaxis

Objetivo de la fase:

Mejorar la salud periodontal

- **Fase II: Correctiva**

Tratamiento de conductos en las piezas 1.1, 1.2, 1.3, 2.1

Espigo de fibra de vidrio en las piezas 1.1, 1.2, 1.3, 2.1

Tallado para coronas en piezas 1.1, 1.2, 1.3, 2.1

Tallado para incrustación en pieza 2.7 y 4.7

Restauraciones con resina en el sector anteroinferior (3.3, 3.3, 3.1, 4.1, 4.2 y 4.3)

Prótesis parcial removible inferior

Objetivo de la fase:

Aliviar el dolor por la inflamación de la pulpa.

Rehabilitar las piezas dañadas.

Reemplazar los dientes faltantes.

Recuperar la funcionalidad y estética del paciente.

- **Fase III: Mantenimiento**

Control cada 3 meses para índice de O'Leary

Controles para el ajuste de su prótesis parcial removible y revisión de sus coronas.

Objetivo de la fase:

Garantizar una correcta adaptación de la PPR y coronas.

Asegurar la comodidad del paciente y evitar futuras complicaciones.

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

Primero, se realizó el llenado de la historia clínica, periodontograma (Fig.12) e índice de O'Leary (Fig. 13) en el que se obtuvo 64.7%. Luego, se tomaron las impresiones de diagnóstico con alginato (Fig. 14) y se realizó el vaciado para los modelos de estudio. Después se llevó a cabo el destartraje y la profilaxis.

Posteriormente, se elaboraron las placas base para la toma de registro con arco facial (Fig. 15,16) e intermaxilar, para luego montar estos modelos de estudio en el articulador semiajustable y empezar con la planificación del caso. (Fig. 17,18)

Se comenzó la fase correctiva con los tratamientos de conductos de las piezas 2.1,1.1,1.2 y 1.3 (Fig. 19-26) empleando el sealer 26 como cemento obturador. Tras ello, estas piezas se desobturaron para cementar espigos de fibra de vidrio (Fig. 27).

Después, se realizó el tallado para incrustaciones en las piezas 2.7 y 4.7. La pieza 4.7 fue preparada para una incrustación metálica que llevaría un apoyo en mesial para la prótesis parcial removible inferior. En la pieza 2.7 se inició con el retiro de la restauración antigua, luego se colocó theracal y una base de ionómero de vidrio, la preparación fue para una incrustación metálica con apoyo en mesial para una prótesis parcial removible superior. Posterior a esto, se tomó la impresión con silicona por condensación con la técnica de 1 paso. (Fig. 28). Se realizó el vaciado de los modelos y fueron montados en el oclisor para entregarse al laboratorio. (Fig. 29)

Se llevo a cabo el levantamiento de mordida del sector anteroinferior con resina de alta carga (Fig. 30). Este tratamiento se realizó con una guía de silicona hecha según el encerado de planificación.

Las piezas anterosuperiores fueron talladas para colocar coronas de metal porcelana (Fig. 31). Luego se procedió a la impresión definitiva con la silicona de condensación en 2 pasos (Fig. 32) y por último se confeccionaron y se colocaron sus provisionales. Se tomó el registro con arco facial para montar el modelo definitivo superior en el articulador semiajustable y sea enviado al laboratorio para la elaboración de las cofias metálicas. También, se cementaron las incrustaciones metálicas de las piezas 2.7 y 4.7 con el cemento de ionómero de vidrio KetacCem (Fig. 33).

Para la prótesis parcial removible inferior, su clasificación de Kennedy fue una Clase II modificación 1, en el diseño se optó por realizar descansos oclusales en las piezas 3.5 (M) y 4.5 (D) por ser apoyos directos (la pieza 4.7 presentó incrustación metálica con apoyo mesial), también descansos cingulares en las piezas 3.3 y 4.3 como apoyos indirectos, en las piezas 4.5 y 4.7 retenedores tipo acker y en la pieza 3.5 retenedor indirecto barra en "y". Luego de que el diseño fue aprobado, se comenzó con la preparación biostática (Fig. 34). Se tomó la impresión definitiva con su cubeta individual y la silicona mediana (Fig. 35). Además, en esa cita se le hizo su segundo control de profilaxis, donde se obtuvo un índice de O'Leary de 26,4%.

Al probar las cofias metálicas (Fig. 36) se tuvo que verificar un correcto sellado marginal y el espacio suficiente para la aplicación de la porcelana. Con el colorímetro Chromascop se seleccionó el color A2 para ser enviado al laboratorio a la etapa de bizcocho.

Después, se probó la base metálica de la PPR inferior, a la cual se le desgastaron aquellas zonas en las que el paciente refirió molestias. También, se le realizó su tercer control de profilaxis, consiguiendo un índice de O'Leary de 19,11%.

Se realizó la prueba de bizcocho de las coronas haciendo los desgastes requeridos y verificando una correcta oclusión, luego se entregaron al laboratorio para la fase de glaseado. Asimismo, a la base metálica de la PPR inferior se le colocó un rodete de cera para tomar el registro y sea enviado al laboratorio para la elaboración del enfilado. El color seleccionado para los dientes de acrílico fue el 62.

Posteriormente, al recibir el enfilado, se verificó la oclusión y teniendo la conformidad del paciente, fue entregado al laboratorio para que sea realizado el acrilizado.

Luego, se cementaron de forma definitiva las coronas metal porcelana ya glaseadas de las piezas 2.1, 1.1, 1.2 y 1.3, para esto se utilizó el cemento TheraCem (Fig. 37). Se concluyó con la instalación de la PPR inferior (Fig. 38), realizándole los ajustes para la comodidad del paciente, y se le dejó con una prótesis provisional superior. Por último, se le hicieron sus controles, de profilaxis para que se siga conservando la higiene correcta y también el ajuste de su PPR inferior y mantenimiento de sus coronas. (Fig. 39)

Duración del tratamiento:

El tratamiento fue realizado en el área de Internado Estomatológico 2024 – I, el cual abarcó un plazo aproximado de 6 meses.

Alta del paciente: (Fig. 40)

Se le otorgó el alta al paciente luego de finalizar exitosamente el tratamiento, se cumplió con los controles luego de instalar la PPR y las coronas, se encontró en condiciones óptimas.

Odontograma de salida: (Fig. 41)

En el maxilar superior, presenta tratamientos de conductos, postes y coronas metal porcelana en las piezas 2.1, 1.1, 1.2 y 1.3. En la pieza 2.7 (MOD) tiene una incrustación metálica, cuenta con una restauración con resina en la pieza 2.8. Además, se especifica que cuenta con una wipla superior.

En el maxilar inferior, presenta resinas en los bordes incisales de las piezas 3.1, 3.2, 3.3, 4.1, 4.2 y 4.3, también en oclusal de las piezas 3.4, 3.5, 5.4 y 4.5. Tiene una incrustación metálica en la pieza 4.7 (MOD). Cuenta con una prótesis parcial removible.



### **III. CONCLUSIONES**

El enfoque multidisciplinario es esencial para una rehabilitación oral efectiva en pacientes con alteraciones de la dimensión vertical oclusal. Involucra a distintas especialidades odontológicas, las cuales colaboran para abordar la condición del paciente de manera integral. Cada especialidad aporta para un tratamiento más eficaz y la restauración de la función y estética. <sup>10</sup>

Una evaluación y un diagnóstico integral son cruciales en el manejo odontológico. Este proceso incluye un examen minucioso de la historia dental del paciente, una evaluación clínica, valoración periodontal y diagnósticos por imágenes. Al recopilar información detallada sobre la oclusión, las estructuras dentales y cualquier problema funcional o estético relacionado, se puede identificar con precisión los problemas subyacentes. Este conocimiento es clave para lograr un diagnóstico más exacto y sienta las bases para desarrollar estrategias de tratamiento específicas que atiendan las necesidades del paciente. <sup>17</sup>

Acerca del seguimiento y mantenimiento, los controles periódicos y la educación sobre higiene oral son vitales para prevenir la reinfección y mantener la salud dental a largo plazo. Un seguimiento regular es esencial para el éxito de la rehabilitación y para ajustar las prótesis según sea necesario. <sup>18</sup>

Además, sobre la relevancia de la investigación y clínica, este trabajo no solo contribuye al conocimiento científico sobre rehabilitación oral, sino que también puede servir de referencia para futuras investigaciones y prácticas clínicas en el manejo del edentulismo y el desgaste dental.

#### IV. FUENTES DE INFORMACIÓN

- 1.- Acosta MD, Tatés VM, López JM, Vega AA, Mancheno E. Rehabilitación oral estética en dientes con atrición y restablecimiento de dimensión vertical: Reporte de caso. Revista San Gregorio (en línea) 2021 (acceso el 2 de septiembre de 2024); 1(47):240-252. Disponible en: URL: <http://scielo.senescyt.gob.ec/pdf/rsan/v1n47/2528-7907-rsan-1-47-00233.pdf>
- 2.- Gutiérrez LL, Ortega LA, Rodríguez JA, Flores HM, Magaña K, Curiel R, et al. Manejo interdisciplinario de rehabilitación oral en paciente con pérdida de dimensión vertical. Rev Odont Mex. (en línea). 2022 (acceso el 2 de septiembre de 2024); 26(3):56-64. Disponible en: URL: <https://revistas.unam.mx/index.php/rom/article/view/80393>
- 3.- Palacios W, Villamar C, Macías H, Macías Martínez G. Factores psico-socio económicos que afectan en la pérdida dentaria. Rev. Cient. Univ. Odontol. Dominic. (en línea). 2024. (acceso el 2 de septiembre de 2024); 12(1). Disponible en: URL: <https://revistacientificauod.wordpress.com/wp-content/uploads/2024/06/revision-palacios-villamar-macias-macias.pdf>
- 4.- Fauri Gómez E. Tratamiento multidisciplinar del paciente adulto parcialmente desdentado con pérdida de la dimensión vertical. [Trabajo de Fin de grado para optar al grado en Odontología]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2020. 40 p. (acceso de 2 de septiembre de 2024) Disponible en: URL: <https://zagan.unizar.es/record/98835/files/TAZ-TFG-2020-1537.pdf?version=1>
- 5.- Cuello R. Rehabilitación Bucal En Un Paciente De Alta Complejidad [Trabajo Final Integrador]. Mendoza: Universidad Nacional de Cuyo; 2023. 48 p. (acceso el 2 de septiembre de 2024) Disponible en: URL: [https://ddhh.bdigital.uncu.edu.ar/objetos\\_digitales/19799/tfi-prostodoncia-martin.pdf](https://ddhh.bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/19799/tfi-prostodoncia-martin.pdf)
- 6.- Martínez A. Rehabilitación Protésica Del Diente Endodonciado [Trabajo De Fin De Grado]. Madrid: Universidad Europea; 2020/2021. 82 p. (acceso el 2 de septiembre de 2024) Disponible en: URL: <https://titula.universidadeuropea.es/handle/20.500.12880/554>

- 7.- Mera SD. Importancia y funcionamiento integral de la rehabilitación con prótesis dental parcial removible. [Proyecto de Investigación para la Obtención del Título de Odontólogo]. Manabí: Universidad San Gregorio de Portoviejo; 2022. 24 p. (acceso el 2 de septiembre de 2024) Disponible en: URL: <http://repositorio.sangregorio.edu.ec/bitstream/123456789/2713/1/PROYECTO%20ODE%20INVESTIGACIÓN%20Stefany%20Mera%20Posligua.pdf>
- 8.- Rios López AI, Alcántara Chávez D. Percepción de la calidad de vida y satisfacción en pacientes portadores de dentaduras parcial removible . Odo. Vit. (en línea). 2024 (acceso el 2 de septiembre de 2024);1(40). Disponible en: URL: <https://revistas.ulatina.ac.cr/index.php/odontologiavital/article/view/562/716>
- 9.- Vega BJ, Mercado SL. Integrando Evidencia Científica: Prevalencia del Edentulismo en Adultos Mayores en el Perú. Revisión De Literatura. Revista OACTIVA UC Cuenca (en línea). 2023 (acceso el 2 de septiembre de 2024); 8(3):17-26. Disponible en: URL: <https://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/940/815>
- 10.- Paredes MF, Valarezo JJ, Mejía CG, Lainez SM. Rehabilitación oral en el paciente con alteración de la dimensión vertical oclusal aplicando un enfoque multidisciplinario. RECIMUNDO (en línea). 2024 (acceso el 2 de septiembre de 2024); 8(2):318-326. Disponible en: URL: <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/2287/2959>
- 11.- Acosta M, Guevara O, Armas A, Vizcaíno E, Cruz A. Rehabilitación estética y funcional en dientes con atrición y restablecimiento de dimensión vertical por pérdida de soporte oclusal posterior: Reporte de caso. kiru [en línea]. 2021. [citado el 13 octubre de 2024];17(3):149-156. Disponible en: URL: <https://portalrevistas.aulavirtualusmp.pe/index.php/Rev-Kiru0/article/view/1968>
- 12.- González Quesada J. Treatment of gingival enlargement induced by dental plaque associated with local factors: Case report. Odovtos - Int J Dent Sci (en línea). 2020 (acceso el 11 de septiembre de 2024); 22(3):50–53. Disponible en: URL: <https://www.medigraphic.com/pdfs/odovtos/ijd-2020/ijd203h.pdf>

- 13.- Da Silva LC, Albuquerque LK, Guedes BO, Silva MC, Alexandre JM, Teixeira LG, et al. Edentulismo como fator predisponente à Queilite Angular: revisão da literatura / Edentulism as a predisposing factor for Actinic Cheilitis: literature review. Brazilian Journal of Health Review (en línea). 2022 (acceso el 11 de septiembre de 2024); 5(4):12068-12077. Disponible en: URL: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/49863>.
- 14.- Oviedo HM, Puetate YM, Ruiz JF, Zapata CD. Manejo de paciente con atrición dental. Presentación de un caso. Rev Inf Cient (en línea). 2023 (acceso el 11 de septiembre de 2024); 102 (2 Sup):1-9 . Disponible en: URL: <https://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/4366>
- 15.- Richert R, Ducret M, Alliot-Licht B, Bekhouche M, Gobert S, Farges J. A critical analysis of research methods and experimental models to study pulpitis. Int Endod J [en línea]. 2022 (acceso el 11 de septiembre de 2024); 55(S1):14–36. Disponible en: URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/iej.13683>
- 16.- Vazavandi E, Raoof M, Parizi M, Hatami N, Mohammadalizadeh S, Amanpour S, et al. Clinical, radiological, and histological correlation in diagnosis of pulpitis. Dent Res J (Isfahan) (en línea). 2022 (acceso el 11 de septiembre de 2024);19(1):25. Disponible en: URL: [https://journals.lww.com/derj/fulltext/2022/19000/clinical,\\_radiological,\\_and\\_histological.25.aspx](https://journals.lww.com/derj/fulltext/2022/19000/clinical,_radiological,_and_histological.25.aspx)
- 17.- Cáceres DS. Valoración periodontal como primer paso en la práctica odontológica: una revisión bibliográfica. Rev Cubana Inv Bioméd (en línea). 2024 (acceso el 17 de octubre de 2024); 43(Sup). Disponible en: URL: <https://revibiomedica.sld.cu/index.php/ibi/article/view/3436>
- 18.- Villacis E y Serrano S. Tipos y duración de materiales para prótesis parcial removible. Artículo de Revisión. Rev Client Univ Odontol Dominic. (en línea). 2021 (acceso el 17 de octubre de 2024); 9(1). Disponible en: URL: <https://revistacientificauod.wordpress.com/wp-content/uploads/2021/03/revision-5-villacis-serrano.pdf>

**ANEXOS**  
**ANEXO N°1: DOCUMENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO**

**FIGURA 1: FRONTAL**



**FIGURA 2: SONRISA**



**FIGURA 3: PERFIL**



**FIGURA 4: FOTOGRAFÍAS INTRAORALES**





**FIGURA 5: MÁXIMA INTERCUSPIDACIÓN**



**FIGURA 6: MOVIMIENTOS EXCÉNTRICOS**



FIGURA 8: RADIOGRAFÍA PANORÁMICA



FIGURA 9: INFORME RADIOGRÁFICO



▪ Paciente: [REDACTED]  
▪ DNI: [REDACTED]  
▪ Edad: 48 años  
▪ Sexo: Femenino  
▪ Doctor: Dra. Dayana Fernández  
▪ Fecha de adquisición: 02/02/2024  
▪ Fecha de informe: 03/02/2024

**INFORME RADIOGRÁFICO**

A la evaluación de la radiografía panorámica, se observa:

- Senos maxilares neumatizados.
- Moderada reabsorción ósea alveolar del maxilar superior e inferior.
- Edéntula parcial bimaxilar.
- Restauraciones coronarias en piezas 11, 21, 27, 28, 35, 34, 44, 45 y 47.
  - Pieza 27, tenue imagen radiolúcida proyectada en superficie cérvico distal, se sugiere ampliar estudio con radiografía periapical para mejor visualización.
- Atrición dentaria de piezas dentales antero superiores e inferiores.
- Resto de estructuras óseas conservadas.

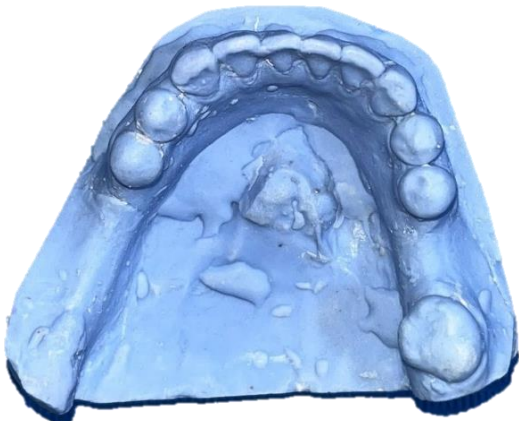
CD. Esp N. Martín López Muñoz  
Esp. Radiología Bucal y Maxilofacial  
COP 31532 – RNE 2391



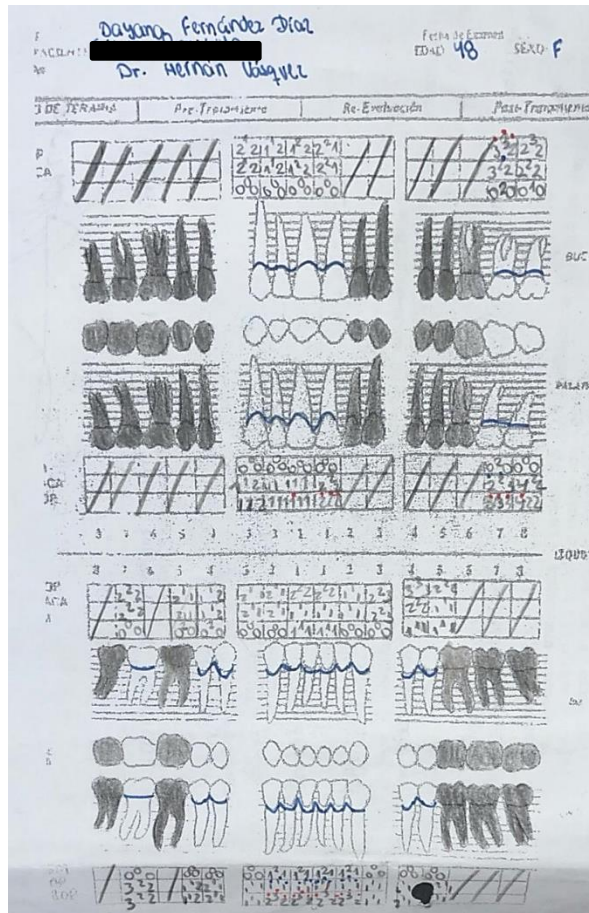
**FIGURA 10: MODELOS ARTICULADOS**



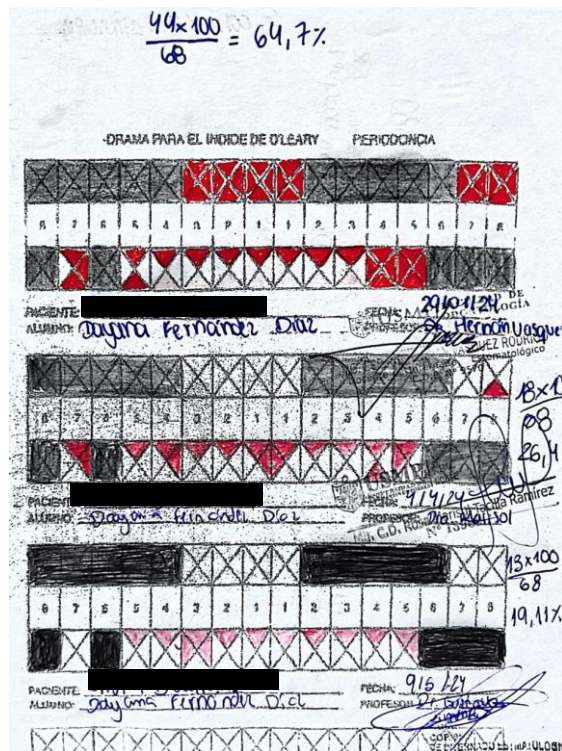
**FIGURA 11: MODELOS DE ESTUDIO (OCLUSAL)**



**FIGURA 12: PERIODONTOGRAMA**



**FIGURA 13: ÍNDICE DE O'LEARY**





**FIGURA 14: IMPRESIONES DE DIAGNÓSTICO CON ALGINATO**



**FIGURA 15: ELABORACIÓN DE PLACAS BASE**



**FIGURA 16: REGISTRO CON ARCO FACIAL**



**FIGURA 17: ENFILADO Y ENCERADO DE PLANIFICACIÓN (FRONTAL Y LATERAL)**



**FIGURA 18: ENFILADO Y ENCERADO DE PLANIFICACIÓN (OCLUSAL)**





FIGURA 19: CONSENTIMIENTO INFORMADO ENDODONCIA PIEZA 2.1

UNIVERSIDAD DE  
SAN MARTIN DE PORRES  
FILIAL- NORTE

Fecha: 7/2/24

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTOS DE ENDODONCIA**

Yo, [Redacted] con N° de historia clínica [Redacted] DNI [Redacted] atendido por el personal de la Clínica Especializada en Odontología, acepto libremente se me realice el tratamiento de endodoncia, el cual se me ha informado en que consiste con un lenguaje claro y sencillo. Me indicaron además que se requiere la colocación de anestesia loca, así como algunas especificaciones propias del tratamiento, siendo las que se detallan a continuación:

1. La endodoncia se realiza en una o mas sesiones de larga duración, dependiendo la complejidad y compromiso infeccioso del diente; estas sesiones deberán ser consecutivas siendo el docente tutor quien determine el nro. de sesiones en las que se culminara el tratamiento. De no respetarse las fechas indicadas el pronostico puede verse alterado. Me doy por informado además que podrían presentarse limitaciones durante el tratamiento para lo cual se indicara cirugía complementaria.
2. Entre una sesión y otra se coloca una restauración provisoria para proteger el diente en tratamiento.
3. Una vez finalizado el tratamiento, la pieza tratada será obturada con un material de restauración temporal el cual deberá ser reemplazado por uno definitivo dentro del menor tiempo posible con el fin de evitar posibles complicaciones.
4. Se considera como máximo hasta 30 días a partir de la fecha culminada la endodoncia para realizarse el tratamiento definitivo (corona, espigo muñón, inrustación o restauración con resina) eximiendo al cirujano dentista tratante la responsabilidad del tratamiento efectuado al termino de ese tiempo.
5. Si pasados los 30 días de culminado el tratamiento de conductos, no se efectuó el tratamiento protésico definitivo, presentándose molestias y/o alteraciones en la pieza dental tratada, será necesario el retratamiento de endodoncia (repetición del tratamiento de endodoncia) el cual será realizado de acuerdo a criterio del docente responsable en la clínica especializada en odontología, siendo el paciente la obligación de asumir el costo del mismo.
6. Firmo el presente documento dando conformidad a lo anteriormente expuesto en concordancia con las normas legales vigentes.

\_\_\_\_\_  
Nombres y apellidos del paciente o representante legal

\_\_\_\_\_  
DNI/CE/Documento de identidad

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o representante legal

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del cirujano-dentista

Dr. Leska Molina G.  
COP. 13073  
USMP

FIGURA 20: ENDODONCIA PIEZA 2.1

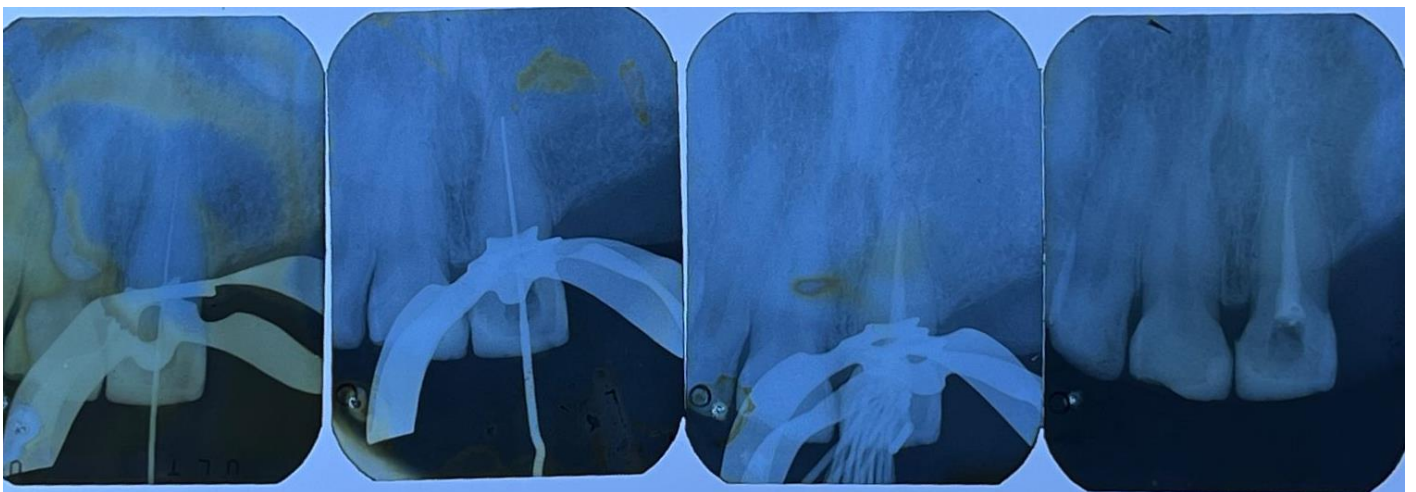


FIGURA 21: CONSENTIMIENTO INFORMADO ENDODONCIA PIEZA 1.1

UNIVERSIDAD DE  
SAN MARTIN DE PORRES  
FILIAL- NORTE

Nº [REDACTED]  
Fecha: 14/2/24

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTOS DE ENDODONCIA**

Yo, [REDACTED] con Nº de historia [REDACTED] con DNI [REDACTED] atendido por el personal de la Clínica Especializada en Odontología, acepto libremente se me realice el tratamiento de endodoncia, el cual se me ha informado en qué consiste con un lenguaje claro y sencillo. Me indicaron además que se requiere la colocación de anestesia local, así como algunas especificaciones propias del tratamiento, siendo las que se detallan a continuación:

1. La endodoncia se realiza en una o mas sesiones de larga duración, dependiendo la complejidad y compromiso infeccioso del diente; estas sesiones deberán ser consecutivas siendo el docente tutor quien determine el nro. de sesiones en las que se culminara el tratamiento. De no respetarse las fechas indicadas el pronostico puede verse alterado. Me doy por informado además que podrían presentarse limitaciones durante el tratamiento para lo cual se indicara cirugía complementaria.
2. Entre una sesión y otra se coloca una restauración provisoria para proteger el diente en tratamiento.
3. Una vez finalizado el tratamiento, la pieza tratada será obturada con un material de restauración temporal el cual deberá ser reemplazado por uno definitivo dentro del menor tiempo posible con el fin de evitar posibles complicaciones.
4. Se considera como máximo hasta 30 días a partir de la fecha culminada la endodoncia para realizarse el tratamiento definitivo (corona, espigo muelle, incrustación o restauración con resina) eximiendo al cirujano dentista tramite la responsabilidad del tratamiento efectuado al termino de ese tiempo.
5. Si pasados los 30 días de culminado el tratamiento de conductos, no se efectuó el tratamiento protésico definitivo, presentándose molestias y/o alteraciones en la pieza dental tratada, será necesario el retratamiento de endodoncia (repetición del tratamiento de endodoncia) el cual será realizado de acuerdo a criterio del docente responsable nuevamente en la clínica especializada en odontología, tenido el paciente la obligación de asumir el costo del mismo.
6. Firmo el presente documento dando conformidad a lo anteriormente expuesto en concordancia con las normas legales vigentes.

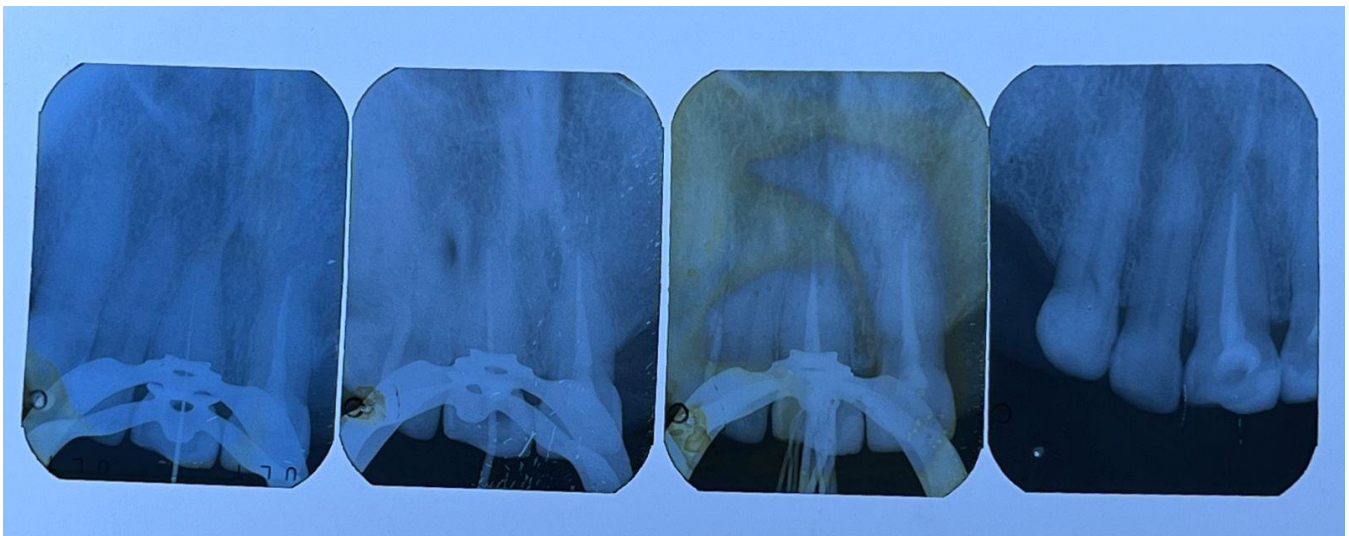
[REDACTED]  
Nombres y apellidos del paciente o representante legal

[REDACTED]  
DNI/CE/Documento de identidad

[REDACTED]  
Firma del Paciente o representante legal


[Firma]  
Dra. Leidy Fabina G.  
COP. 13073  
USMP  
Firma y sello del cirujano-dentista

FIGURA 22: ENDODONCIA PIEZA 1.1





**FIGURA 23: CONSENTIMIENTO INFORMADO ENDODONCIA PIEZA 1.2**



UNIVERSIDAD DE  
**SAN MARTÍN DE PORRES**  
FILIAL- NORTE

Nº H.C. 16980  
Fecha: 21/12/21

---

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTOS DE ENDODONCIA**


Yo, [Redacted] con Nº de historia clínica [Redacted] DNI [Redacted] atendido por el personal de la Clínica Especializada en Odontología, acepto libremente se me realice el tratamiento de endodoncia, el cual se me ha informado en que consiste con un lenguaje claro y sencillo. Me indicaron además que se requiere la colocación de anestesia local, así como algunas especificaciones propias del tratamiento, siendo las que se detallan a continuación:

1. La endodoncia se realiza en una o mas sesiones de larga duración, dependiendo de la complejidad y compromiso infeccioso del diente; estas sesiones deberán ser consecutivas siendo el docente tutor quien determine el nro. de sesiones en las que se culminara el tratamiento. De no respetarse las fechas indicadas el pronóstico puede verse alterado. Me doy por informado además que podrían presentarse limitaciones durante el tratamiento para lo cual se indicara cirugía complementaria.
2. Entre una sesión y otra se coloca una restauración provisoria para proteger el diente en tratamiento.
3. Una vez finalizado el tratamiento, la pieza tratada será obturada con un material de restauración temporal el cual deberá ser reemplazado por uno definitivo dentro del menor tiempo posible con el fin de evitar posibles complicaciones.
4. Se considera como máximo hasta 30 días a partir de la fecha culminada la endodoncia para realizarse el tratamiento definitivo (corona, espigo muñón, incrustación o restauración con resina) eximiendo al cirujano dentista tratante la responsabilidad del tratamiento efectuado al termino de ese tiempo.
5. Si pasados los 30 días de culminado el tratamiento de conductos, no se efectúa el tratamiento protésico definitivo, presentándose molestias y/o alteraciones en la pieza dental tratada, será necesario el retratamiento de endodoncia (repetición del tratamiento de endodoncia) el cual será realizado de acuerdo a criterio del docente responsable nuevamente en la clínica especializada en odontología, siendo el paciente la obligación de asumir el costo del mismo.
6. Firmo el presente documento dando conformidad a lo anteriormente expuesto en concordancia con las normas legales vigentes.

\_\_\_\_\_  
Nombres y apellidos del paciente o representante legal

\_\_\_\_\_  
DNI/CED/Documento de identidad

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o representante legal



Dra. Lenka Molina G.  
COP. 13073  
USMP  
Firma y sello del cirujano-dentista

**FIGURA 24: ENDODONCIA PIEZA 1.2**

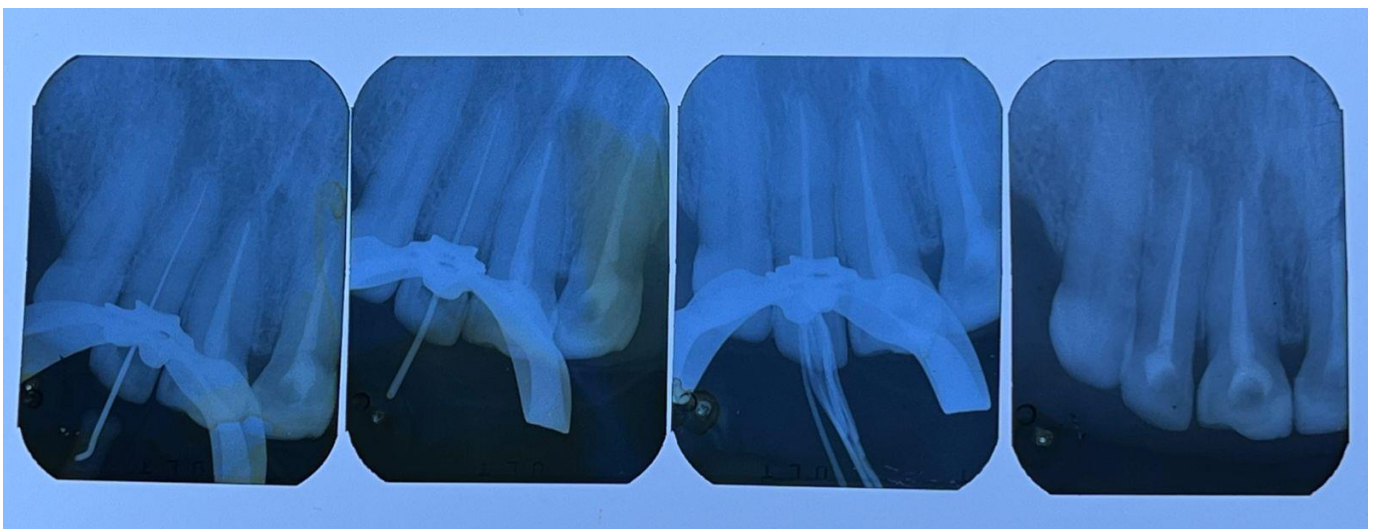


FIGURA 25: CONSENTIMIENTO INFORMADO ENDODONCIA PIEZA 1.3

UNIVERSIDAD DE  
SAN MARTIN DE PORRES  
FILIAL- NORTE

Fecha: 10/2/24

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTOS DE ENDODONCIA**

Yo, [REDACTED] con N° de historia clínica [REDACTED] con DNI [REDACTED] atendido por el personal de la Clínica Especializada en Odontología, acepto libremente se me realice el tratamiento de endodoncia, el cual se me ha informado en que consiste con un lenguaje claro y sencillo. Me indicaron además que se requiere la colocación de anestesia local, así como algunas especificaciones propias del tratamiento, siendo las que se detallan a continuación:

1. La endodoncia se realiza en una o mas sesiones de larga duración, dependiendo la complejidad y compromiso infeccioso del diente; estas sesiones deberán ser consecutivas siendo el docente tutor quien determine el nro. de sesiones en las que se culminara el tratamiento. De no respetarse las fechas indicadas el pronóstico puede verse alterado. Me doy por informado además que podrían presentarse eliminaciones durante el tratamiento para lo cual se indicara cirugía complementaria.
2. Entre una sesión y otra se coloca una restauración provisoria para proteger el diente en tratamiento.
3. Una vez finalizado el tratamiento, la pieza tratada será obturada con un material de restauración temporal el cual deberá ser reemplazado por uno definitivo dentro del menor tiempo posible con el fin de evitar posibles complicaciones.
4. Se considera como máximo hasta 30 días a partir de la fecha culminada la endodoncia para realizarse el tratamiento definitivo (corona, espigo muñón, incrustación o restauración con resina) eximiendo al cirujano dentista tratante la responsabilidad del tratamiento efectuado al termino de ese tiempo.
5. Si pasados los 30 días de culminado el tratamiento de conductos, no se efectuó el tratamiento protésico definitivo, presentándose molestias y/o alteraciones en la pieza dental tratada, será necesario el retratamiento de endodoncia (repetición del tratamiento de endodoncia) el cual será realizado de acuerdo a criterio del docente responsable nuevamente en la clínica especializada en odontología, tenido el paciente la obligación de asumir el costo del mismo.
6. Firmo el presente documento dando conformidad a lo anteriormente expuesto en concordancia con las normas legales vigentes.

\_\_\_\_\_  
Nombres y apellidos del paciente o representante legal

\_\_\_\_\_  
DNI/CE/Documento de identidad

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o representante legal

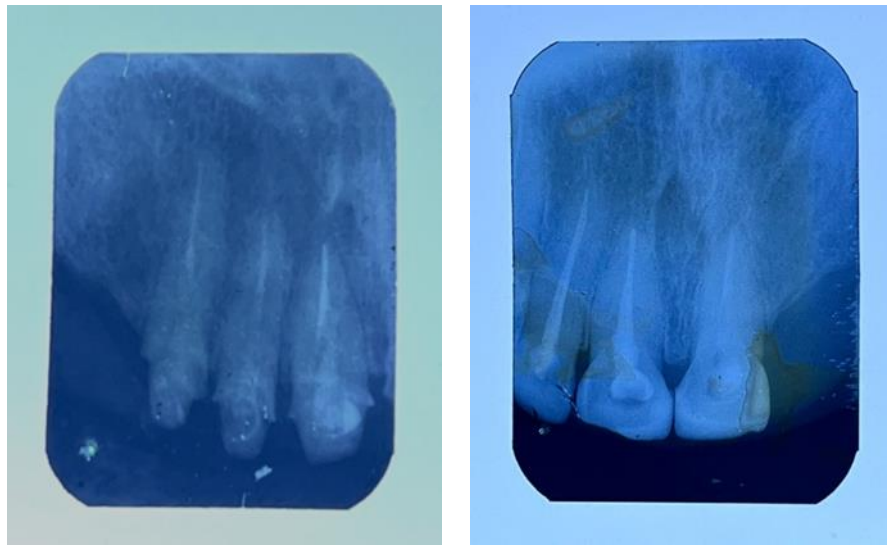
*[Firma]*  
Dra. Lenka Molina G.  
COP: 13073  
USMP - FILIAL NORTE  
Firma y sello del cirujano-dentista

FIGURA 26: ENDODONCIA PIEZA 1.3





**FIGURA 27: DESOBTURACIÓN Y CEMENTACIÓN DE ESPIGOS DE FIBRA DE VIDRIO EN LAS PIEZAS 2.1, 1.1, 1.2 Y 1.3.**



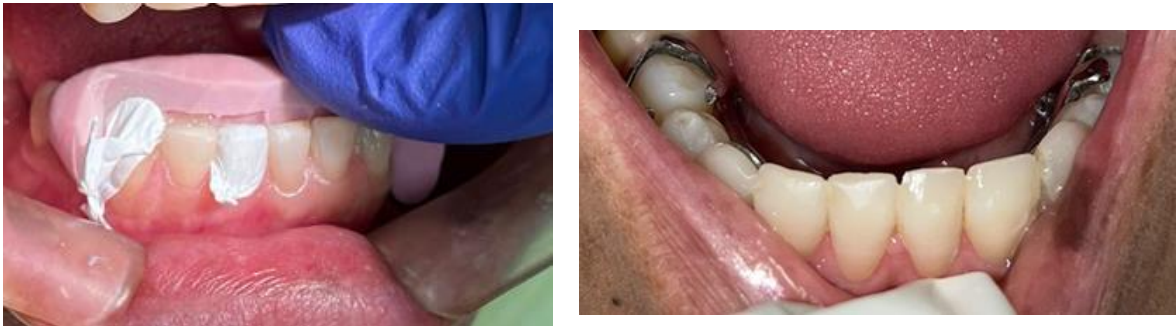
**FIGURA 28: IMPRESIÓN DEFINITVA DE INCRUSTACIONES PIEZAS 2.7 Y 4.7**



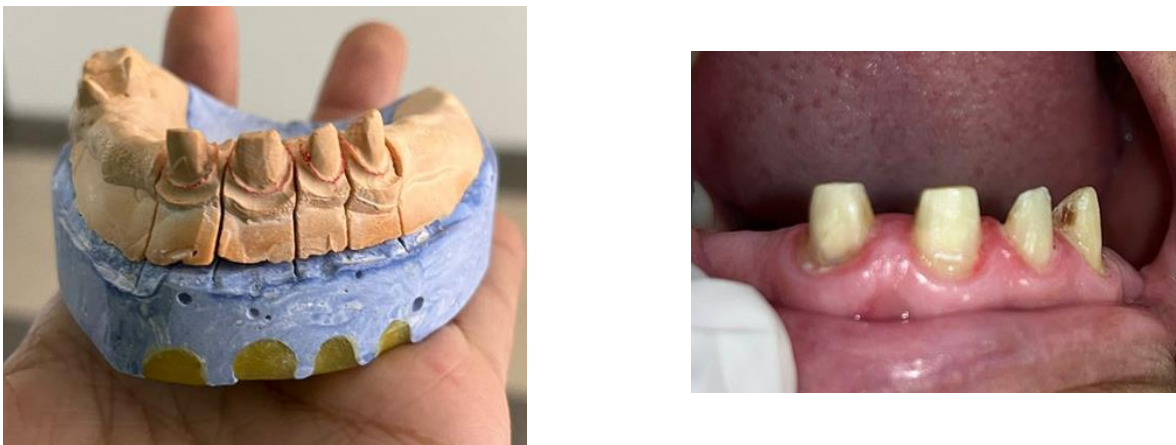
**FIGURA 29: MONTAJE EN OCLUSOR PARA INCRUSTACIONES**



**FIGURA 30: LEVANTAMIENTO DE MORDIDA CON RESINA EN LAS PIEZAS 3.3, 3.2, 3.1, 4.1, 4.2 Y 4.3**



**FIGURA 31: TALLADO PARA CORONAS METAL PORCELANA EN LAS PIEZAS 2.1, 1.1, 1.2 Y 1.3**



**FIGURA 32: TOMA DE IMPRESIÓN DEFINITVA PARA CORONAS**

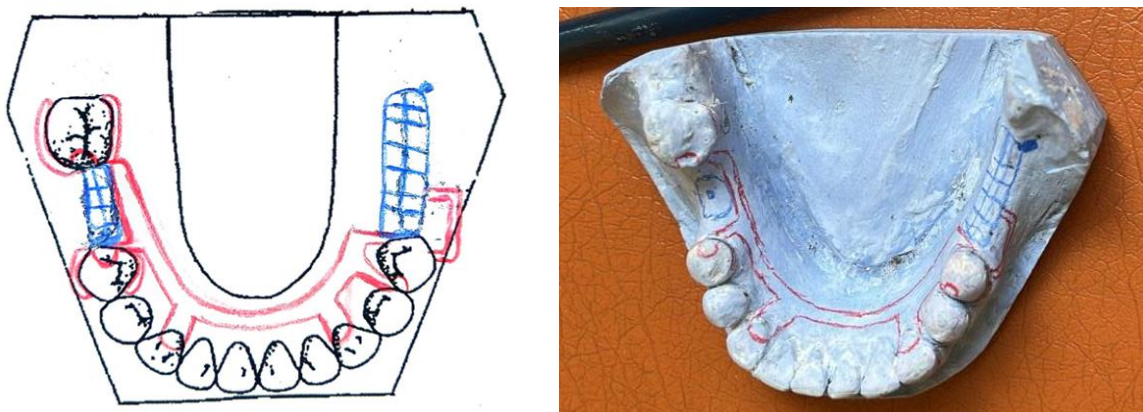




**FIGURA 33: CEMENTACIÓN DE INCRUSTACIONES METÁLICAS PIEZAS 2.7  
Y 4.7**



**FIGURA 34: DISEÑO DE PPR INFERIOR**



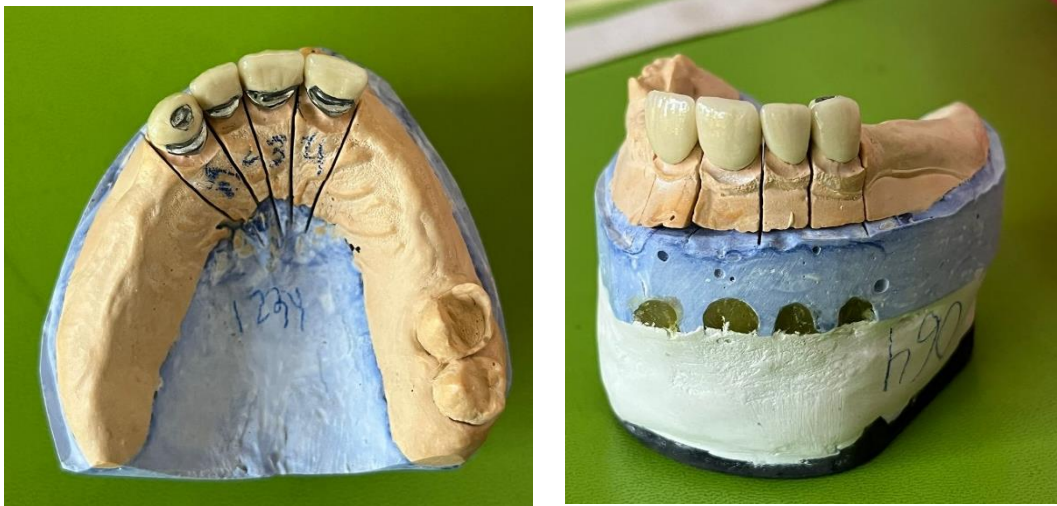
**FIGURA 35: IMPRESIÓN DEFINITIVA PARA PPR INFERIOR**



**FIGURA 36: COFIAS METÁLICAS**



**FIGURA 37: CORONAS GLASEADAS**



**FIGURA 38: INSTALACIÓN PPR INFERIOR**





**FIGURA 39: FOTOGRAFÍAS FINALES**

