

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL ODONTOLOGÍA

**REHABILITACION MULTIDISCIPLINARIA EN PACIENTE
CON PÉRDIDA DE DIMENSION VERTICAL: REPORTE
DE CASO CLÍNICO**

PRESENTADO POR
GUILLERMO ALONSO OLANO RESTUCCIA

ASESOR
DR. ALEX DAVID VIDAL MOSQUERA

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:
REHABILITACION MULTIDISCIPLINARIA EN PACIENTE CON
PÉRDIDA DE DIMENSION VERTICAL: REPORTE DE CASO
CLÍNICO**

PARA OPTAR EL TÍTULO DE PROFESIONAL DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTADO POR:

BACH: GUILLERMO ALONSO OLANO RESTUCCIA

ASESOR:

DR. ALEX DAVID VIDAL MOSQUERA

CHICLAYO – PERÚ

2024

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN/ABSTRACT	1
I. INTRODUCCIÓN	4
II. DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO	6
2.1 Anamnesis	6
2.1.1 Motivo de consulta	6
2.1.2 Historia pasada	6
2.1.3 Antecedentes	7
2.2 Examen clínico	7
2.3 Exámenes auxiliares	7
2.4 Diagnóstico	8
2.5 Plan de tratamiento	8
2.6 Evolución del tratamiento y alta	10
III. CONCLUSIÓN	13
IV. FUENTES DE INFORMACIÓN	15
ANEXOS	17

RESUMEN

La atrición dental, causada por parafunciones como el bruxismo, provoca desgaste en los bordes incisales y las superficies oclusales, lo que afecta tanto la estética como la funcionalidad dental al reducir la dimensión vertical. Acompañada de abfracciones, que desgastan la zona cervical de los dientes debido a fuerzas biomecánicas, esta condición requiere una rehabilitación oral integral. En el caso de un hombre de 69 años, jubilado y de nivel socioeconómico medio-bajo, el desgaste progresivo de sus dientes ha causado inseguridad debido a la pérdida de estética. Presenta edentulismo parcial en ambos maxilares, desgaste severo, abfracciones generalizadas, lesiones cariosas, una corona de metal-porcelana en mal estado, amalgamas deterioradas y pérdida significativa de la dimensión vertical oclusal. Entre sus antecedentes se incluyen haber sido fumador, una extracción dental reciente sin complicaciones y lesiones por un accidente de motocicleta. El plan de tratamiento rehabilitador, que incluye diversas disciplinas odontológicas, se centró en restaurar la dimensión vertical mediante fases de higiene, operatoria, endodoncia y ajustes precisos de prótesis. La intervención logró restaurar exitosamente la funcionalidad masticatoria y la estética dental del paciente, mejorando su salud bucal y confianza en su sonrisa. Este éxito se alcanzó gracias a una evaluación diagnóstica detallada, planificación estratégica precisa, colaboración de especialistas, activa participación del paciente y comunicación constante con el técnico protésico. El seguimiento continuo será esencial para mantener la durabilidad de las restauraciones y el bienestar general del paciente.

Palabras clave: Estética dental; atrición dental; dimensión vertical; oclusión dental, abfracción dental

ABSTRACT

Dental attrition, caused by parafunctions such as bruxism, results in wear on the incisal edges and occlusal surfaces, affecting both the aesthetics and functionality of the teeth by reducing vertical dimension. Accompanied by abfraction, which wears down the cervical area of the teeth due to biomechanical forces, this condition requires comprehensive oral rehabilitation. In the case of a 69-year-old man, retired and from a middle-low socioeconomic background, the progressive wear on his teeth has caused insecurity due to aesthetic loss. He presents with partial edentulism in both jaws, severe wear, generalized abfractions, carious lesions, a metal-porcelain crown in poor condition, deteriorated amalgams, and significant loss of vertical occlusal dimension. His history includes having been a smoker, a recent dental extraction without complications, and injuries from a motorcycle accident. The rehabilitative treatment plan, involving various dental disciplines, focused on restoring the vertical dimension through phases of hygiene, restorative work, endodontics, and precise prosthetic adjustments. The intervention successfully restored the patient's masticatory function and dental aesthetics, improving his oral health and confidence in his smile. This success was achieved through detailed diagnostic evaluation, precise strategic planning, specialist collaboration, active patient participation, and constant communication with the prosthetic technician. Ongoing follow-up will be essential to maintain the durability of the restorations and the patient's overall well-being.

Keywords: Dental aesthetics; dental attrition; vertical dimension; dental occlusion, dental abfraction

GUILLERMO ALONSO OLANO RESTUCCIA

REHABILITACION MULTIDISCIPLINARIA EN PACIENTE CON PÉRDIDA DE DIMENSION VERTICAL: REPORTE DE CASO CLÍ

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

Detalles del documento

Identificador de la entrega
trn:oid::29427:413900815

Fecha de entrega
8 dic 2024, 3:58 p.m. GMT-5

Fecha de descarga
8 dic 2024, 4:04 p.m. GMT-5

Nombre de archivo
TS. APROBADO. OLANO RESTUCCIA GUILLERMO 08dic24.pdf

Tamaño de archivo
4.0 MB

35 Páginas

3,789 Palabras

21,388 Caracteres

7% 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 fuente excluida
- N.º de coincidencias excluidas

Fuentes principales

- 5% Fuentes de Internet
- 0% Publicaciones
- 3% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)



FIRMA: VIDAL MOSQUERA ALEX DAVID
COD. ORCI: 0000-0001-7575-8156

Marcas de integridad

N.º de alerta de integridad para revisión

- Texto oculto**
29 caracteres sospechosos en N.º de página
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

Una de las señales más frecuentes de la inestabilidad oclusal, es la pérdida de tejido dental en los bordes incisales, conocida como atrición, catalogada como una lesión dental no cariosa, originada principalmente por parafunciones¹. Esta condición se manifiesta principalmente como desgaste dental debido al contacto entre los dientes. Éste es más común en los bordes incisales de los dientes anteriores y en las superficies oclusales de los dientes posteriores, y se detecta tras una evaluación clínica detallada². Los pacientes suelen buscar atención dental cuando han perdido gran parte de sus dientes, lo que reduce su dimensión vertical (DV) y afecta tanto la funcionalidad como la estética. La estética es especialmente importante para los pacientes y genera grandes expectativas sobre los resultados del tratamiento. El desgaste dental se ha convertido en un tema importante en prostodoncia, abarcando aspectos tanto preventivos como restaurativos³. Además, la progresión de la enfermedad periodontal, que puede avanzar de una gingivitis a una periodontitis si no se trata adecuadamente, está influenciada por diversos factores. Entre ellos, el consumo de tabaco ha demostrado tener un impacto significativo, acelerando el desarrollo de formas más severas y avanzadas de esta patología, estas infecciones surgen debido a un desequilibrio entre las respuestas defensivas y agresivas dirigidas tanto a los tejidos como a la protección de los dientes. Además, existe una relación entre los niveles de nicotina en la saliva y el empeoramiento de las enfermedades periodontales, ya que la nicotina puede afectar el flujo sanguíneo en las encías, reduciendo la respuesta inmunológica y causando daños como la alteración en la inserción de fibroblastos en la superficie de la raíz⁴.

La edad está estrechamente relacionada con la atrición dental severa; los pacientes mayores de 25 años tienen el doble de riesgo en comparación con los menores de 25. El bruxismo afecta entre el 10% y el 90% de los adultos, y los que padecen esta condición experimentan una carga oclusal significativamente mayor y tienen contactos oclusales más prolongados (de 30 minutos a 3 horas al día) en comparación con quienes no tienen bruxismo⁵. Muchos pacientes que visitan una consulta privada enfrentan problemas complejos de desgaste dental que afectan la

aparición de su sonrisa. Estos problemas suelen alterar la proporción entre la longitud y el ancho de los dientes anteriores superiores, modificando la estética ideal del tercio inferior del rostro. Es responsabilidad del odontólogo, especialmente del especialista en rehabilitación oral, evaluar detalladamente todos los aspectos estéticos de una sonrisa alterada para establecer los objetivos adecuados en un plan de tratamiento eficaz⁶.

En este caso clínico, además de la atrición, se identificó otro tipo de lesión no cariosa conocida como abfracción, que afecta de manera generalizada tanto al maxilar superior como al inferior. Esta condición provoca desgaste del tejido dental debido a fuerzas biomecánicas de carga, donde la flexión del diente durante la masticación lleva a la fatiga del esmalte y la dentina en la zona cervical, a causa de las sobrecargas provocadas por la oclusión dental⁷.

Restablecer la dimensión vertical oclusal (DVO) busca equilibrar y armonizar el tercio inferior de la cara, asegurando una función óptima. Para un tratamiento de rehabilitación oral exitoso, es esencial restaurar la dimensión vertical fisiológica mediante la reposición de dientes y tejidos perdidos. Un enfoque sistemático en el manejo de estas rehabilitaciones puede mejorar la previsibilidad y el resultado del tratamiento⁸. Después de realizar el diagnóstico, es necesario determinar si el paciente requiere tratamiento. Primero, se debe evaluar la cantidad de tejido dental perdido (se debe restaurar menos de un tercio de la corona) y verificar si la pérdida es localizada o generalizada⁹. En este caso la rehabilitación oral de los dientes incisivos y caninos mandibulares anteriores presenta un desafío. Dado que la pérdida de tejido dental ocurre de manera gradual y permite la compensación dentoalveolar, los puntos de contacto entre las arcadas opuestas se conservan, reduciendo el espacio interoclusal necesario para las restauraciones. Una posible solución a este problema es la aplicación de resinas compuestas en una dimensión vertical aumentada¹⁰.

El objetivo del tratamiento es abordar la eliminación de la causa y los síntomas, ya sea de origen dental, periodontal o articular, mejorando la función masticatoria mediante la eliminación de contactos prematuros e interferencias. Además, se

busca mejorar la estética con prótesis funcionales que aseguren una dimensión vertical adecuada. El plan de tratamiento se divide en tres fases: una inicial, una correctiva y una de mantenimiento. La fase inicial incluye técnicas de higiene oral y tratamiento periodontal. La fase correctiva abarca procedimientos de operatoria dental, tratamiento endodóntico, y registro de la relación céntrica mediante cera para determinar la nueva dimensión vertical. También se realizan el encerado de estudio, la elaboración de un perno muñón de fibra de vidrio, el tallado dental, y el uso de prótesis provisionales durante 1 a 4 meses. Posteriormente, se toman impresiones definitivas después de colocar hilo retractor, se prueban cofias metálicas para verificar su ajuste, se realiza una prueba de bizcocho para asegurar una correcta oclusión y ajuste en la máxima intercuspidad, guía canina, lateralidades y desoclusión posterior en protrusión mandibular, y finalmente se colocan las prótesis definitivas o implantes, seguidos de controles periódicos

La fase de mantenimiento consiste en revisiones regulares para evaluar el estado de las restauraciones y los tejidos periodontales. Se incluyen profilaxis dental, refuerzo de las técnicas de higiene oral del paciente y ajustes en las prótesis si es necesario. Además, se monitorea la estabilidad oclusal, se verifica la integridad de las restauraciones, y se trata cualquier signo de recidiva periodontal o disfunción. Esta fase es crucial para prolongar la durabilidad de los tratamientos realizados y prevenir complicaciones futuras¹¹.

II. DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

2.1 Anamnesis

Hombre de 69 años, de ascendencia mestiza y con un nivel socioeconómico medio-bajo, es actualmente jubilado. Reside en Pimentel, Lambayeque. Está casado y cuenta con un nivel educativo de secundaria. Su situación actual y antecedentes

son importantes para la evaluación y planificación del tratamiento en su caso clínico.

2.1.1 Motivo de consulta

El paciente manifiesta que su motivo de consulta es: “quiero arreglarme los dientes”.

2.1.2 Enfermedad actual

El paciente presenta un edentulismo parcial bimaxilar, remanente dentario, corona de metal-porcelana en mal estado, la cual está fijada con perno colado, atrición generalizada, abfracciones generalizadas, amalgamas en mal estado, pérdida de la dimensión vertical oclusal y lesiones cariosas.

2.1.3 Historia pasada

El paciente refiere haber sido fumador durante muchos años, pero dejó el hábito por motivos de salud. Hace un año y medio, el paciente se sometió a una extracción dental debido a caries, procedimiento que transcurrió sin complicaciones. En julio de 2023, sufrió un accidente en motocicleta que resultó en lesiones y fracturas en la pierna y el brazo derecho, requiriendo una intervención quirúrgica. Actualmente, el paciente está bajo tratamiento con diclofenaco para el manejo del dolor. Durante su hospitalización, también recibió ketoconazol y miconazol para el tratamiento de afecciones cutáneas.

2.2 Examen clínico (anexo 1)

El examen clínico reveló un desgaste severo en los bordes incisales y las cúspides oclusales de los dientes, así como abfracciones en casi todas las piezas dentarias. Se observó destrucción coronaria en el diente 15 y caries en la dentina de los dientes 15, 24, 12 y 22. Además, se identificó una corona de veneer-porcelana en aparente mal estado. El remanente dentario de la pieza 44 está presente, y se hallaron amalgamas deterioradas en los dientes 35 y 47. También se encontró una restauración de resina en mal estado en la pieza 4.5. El paciente presenta

edentulismo parcial con la ausencia de las piezas dentarias 16, 17, 18, 24, 25, 26, 27, 28, 36, 37, 38, 46 y 48.

2.3 Exámenes auxiliares

El paciente se realizó una radiografía panorámica, con su respectivo informe radiográfico (anexo 2), también se realizaron radiografías periapicales (anexo 3), Se obtuvieron modelos de estudio y se realizó el montaje en articulador semi-ajustable. (anexo 4)

2.4 Diagnóstico

Diagnostico Presuntivo

- Edentulismo parcial bimaxilar, caries dental, desgaste dental, gingivitis.

Diagnóstico Definitivo

- Perdida de dientes debida a accidente, extracción o enfermedad periodontal local. CIE10: K081
- Depósitos [acreciones] en los dientes. CIE10: K036
- Caries limitada al esmalte. CIE10: K020
- Atrición excesiva de los dientes. CIE10: K030
- Retracción gingival. CIE10: K060
- Otras caries dentales CIE10: K028

2.5 Plan de tratamiento

Se optó por seguir este plan de tratamiento, teniendo en cuenta las siguientes fases:

Fase preventiva

- Educación y Motivación del Paciente: Brindar información sobre la importancia de una buena higiene bucal y motivar al paciente para que adopte prácticas saludables.
- Técnica de Cepillado: Enseñar la técnica adecuada de cepillado para maximizar la efectividad y minimizar el riesgo de enfermedades dentales, la más recomendada es la técnica de Bass modificada la cual es eficaz en pacientes con problemas periodontales debido a su enfoque en la limpieza profunda del surco gingival.
- Uso de Hilo Dental y Colutorios: Instruir al paciente sobre el uso correcto del hilo dental y colutorios para complementar el cepillado y mejorar la salud bucal general.

Fase de higiene

- Detartraje: Realizar la eliminación de la placa y el cálculo dental acumulado para prevenir enfermedades periodontales.
- Profilaxis: Efectuar un pulido de las superficies dentarias para mantener la salud dental y reducir el riesgo de caries y enfermedades gingivales.
- Fluorización: Aplicar tratamientos de fluoruro para fortalecer el esmalte dental y proteger contra la caries.

Fase de mantenimiento

- Control Periodontal Cada 3 a 4 Meses: Esta frecuencia permite la detección temprana de cualquier signo de recidiva o progresión de la enfermedad, debido a que es un paciente con antecedentes de periodontitis. Realizar revisiones periódicas para monitorear la salud periodontal, ajustar el tratamiento según sea necesario y asegurar la efectividad del plan de tratamiento a largo plazo.

Plan de tratamiento

El plan de tratamiento a efectuar fue el siguiente

- Elevación del margen cervical(pza 44)
- Endodoncia de la pieza 44, 45 (previa valoración) y retratamiento de endodoncia pza 2.3 (previa valoración)
- Espigo de fibra de vidrio anatomizado pza 44 y 23
- Corona metal porcelana pieza 23 y 44.
- Restauración de lesiones cariosas y no cariosas (Abfracciones)
- Confección de PPR superior e inferior y/o prótesis provisional
- Levantamiento de mordida(3mm) con carillas directas de resina a mano alzada.
- Ameloplastia e incrustación inlay pza 47

Los objetivos del tratamiento son lograr una rehabilitación integral del paciente, abordando tanto aspectos funcionales como estéticos. Esto implica no solo la restauración de la sonrisa original del paciente, sino también la recuperación completa de la función masticatoria que se había visto comprometida. Nuestro objetivo es devolver al paciente una estética dental que refleje su bienestar previo y restablecer una función masticatoria óptima, asegurando así una mejora significativa en su calidad de vida y comodidad diaria.

2.6 Evolución del tratamiento y alta

Evolución:

La planificación cronológica del tratamiento fue la siguiente:

- 1ºVISITA: Revisión general, llenado de HC y odontograma
- 2ºVISITA: Índices(IHOS,OLEARY,PERIODONTOGRAMA), Profilaxis y destartraje.(primer control periodontal) (anexo 5)

- 3ºVISITA: Impresiones diagnósticas, registro de arco facial e intermaxilar
- 4ºVISITA: Elevación de margen profundo y posterior endodoncia pza 4.4(anexo 6)
- 5ºVISITA: Desopturación del conducto y confección de espigo de fibra de vidrio anatomizado (pza 4.4), preparación de muñón para posterior corona (anexo 7)
- 6ºVISITA: Retiro de corona protésica pza 2.3 y espigo metálico (anexo 8).
- 7ºVISITA: Confección de espigo de fibra de vidrio anatomizado (pza 2.3), preparación de muñón para posterior corona (anexo 8)
- 8ºVISITA: Impresiones definitivas para coronas metal porcelana piezas 4.4 y 2.3 (anexo 9)
- 9ºVISITA: Restauraciones de lesiones cariosas, y no cariosas (Abfracciones).
- 10ºVISITA: Prueba de prótesis provisionales de acrílico. (Anexo 10)
- 11ºVISITA: Confección de carillas directas de resina para levantamiento de mordida 3mm.
- 12ºVISITA: Ameloplastia y retiro de amalgama (4.7) para próxima incrustación de metal e impresión definitiva. Tallado para incrustación de metal (pieza 4.5) (Anexo 11)
- 13ºVISITA: Prueba de cofia metálica (piezas 2.3 y 4.4)
- 14ºVISITA: Prueba de bizcocho (piezas 2.3 y 4.4).
- 15ºVISITA: Prueba de glaseado e instalación de coronas (piezas 2.3 y 4.4), instalación de incrustaciones metálicas(pieza 44, 47)(Anexo 12)
- 16ºVISITA: Segundo control periodontal

Modificaciones del tratamiento

De acuerdo con las circunstancias del tratamiento, se tomaron decisiones sobre posibles ajustes. En el caso del diente 2.3, se retiraron la corona y el espigo metálico, ya que se encontraban en mal estado. Sin embargo, tras evaluar el tratamiento de conductos, se determinó que estaba en condiciones adecuadas, por lo que no fue necesario realizar un retratamiento.

Se examinó el diente 45 y se encontró en buen estado, por lo que no se requirió un tratamiento de conductos. Se preparó el diente para recibir una incrustación metálica, se eligió este material debido a que las incrustaciones serían ajustadas con descansos oclusales para la prótesis removible planificada. Debido a la falta de tiempo, no se confeccionó la prótesis parcial removible planificada, por lo que el paciente se mantuvo con una prótesis provisional de acrílico. Se le recomendó programar la elaboración de las prótesis definitivas en una fecha posterior para completar el tratamiento.

Se realizó una evaluación clínica para determinar la necesidad de un levantamiento de mordida debido a una mordida baja o desgaste dental. Se usó el Jig de Lucia para desprogramar los músculos y obtener una relación céntrica precisa. Se planificó un aumento de 3 mm en la dimensión vertical, considerando la estética, función y confort. Luego, se colocaron carillas directas de resina compuesta para restaurar la altura de los dientes anteriores, ajustando la nueva mordida y asegurando tanto la función como la estética.

Alta del paciente (ANEXO 14)

Como situación inicial en el paciente presentó los siguientes diagnósticos:

- Edentulismo parcial bimaxilar.
- Recesiones gingivales.
- Recesión ósea moderada.

- Atrición dental.
- Abfracciones dentales.
- Caries dental.
- Ruidos articulares

Estado actual del paciente: (ANEXO 14)

El paciente muestra una notable mejora en la salud periodontal y dental. La condición de las piezas rehabilitadas es adecuada, la prótesis provisional está funcionando correctamente y se ha recomendado la elaboración de prótesis definitivas en una fecha futura para completar el tratamiento, además se obtuvo una notable mejora de la autoestima del paciente ya que presenta su dentadura completa y restaurada.(Anexo 13)

Recomendaciones para el paciente:

- Continuar con la rutina de higiene bucal recomendada, incluyendo el cepillado, uso de hilo dental y enjuagues con colutorios.
- Seguir las indicaciones para el cuidado de la prótesis provisiona.
- Programar una cita para la confección de las prótesis definitivas cuando sea conveniente.
- Mantener controles periódicos cada 6 meses para monitorizar el estado de salud bucal y la adaptación de la prótesis.
- Contactar en caso de experimentar cualquier problema o molestia con la prótesis o el estado de los dientes tratados.

III. CONCLUSIONES

El tratamiento realizado ha logrado una exitosa rehabilitación del paciente, con una recuperación significativa en la dimensión vertical de la mordida. Se realizaron dos coronas, una de las cuales incluyó un levantamiento del margen profundo para asegurar un ajuste óptimo y funcional. Además, se confeccionaron carillas de resina con bordes incisales para mejorar la estética dental y restaurar la apariencia natural de los dientes.

La intervención ha permitido restaurar tanto la funcionalidad masticatoria como la estética dental del paciente, logrando una mejora integral en su salud bucal y su confianza en su sonrisa. El seguimiento y mantenimiento continuo serán esenciales para asegurar la durabilidad de las restauraciones y el bienestar general del paciente. La rehabilitación oral del paciente con desgastes dentales se llevó a cabo con éxito gracias a una meticulosa evaluación diagnóstica y una planificación estratégica precisa. Este proceso involucró una colaboración multidisciplinaria entre diversos especialistas, la activa participación del paciente y una comunicación fluida y constante con el técnico protésico. Todo este esfuerzo conjunto permitió no solo restaurar la función dental del paciente, sino también lograr una rehabilitación estética que cumplió con los objetivos iniciales, transformando la experiencia del paciente con atrición dental de manera integral y satisfactoria.⁽¹⁾

IV. FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Acosta MD, Montañó TV, Félix JM, Armas VA, Vizcaíno ME. Rehabilitación oral estética en dientes con atrición y restablecimiento de dimensión vertical: Reporte de caso. Rev San Gregor. 2021;1(47):233-46.
2. Molina MA, Cabrera OG, Vega AA, 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. Rev KIRU [en línea]. 2021 [acceso 11 de septiembre de 2024];17(3). Disponible en: URL:<https://portalrevistas.aulavirtualusmp.pe/index.php/Rev-Kiru0/article/view/1968>
3. Huízar LLG, Bernal LAO, Rodríguez JA, Flores HM, Curiel KM, Curiel GR, et al. Manejo interdisciplinario de rehabilitación oral en paciente con pérdida de dimensión vertical. Rev Odontológica Mex Órgano Of Fac Odontol UNAM [en línea]. 2022 [acceso 11 de septiembre de 2024];26(3). Disponible en: URL:<https://revistas.unam.mx/index.php/rom/article/view/80393>
4. Valadão GCV de C, Machado IP, Perazza B, Faria VBM de, Moreno JML. TRATAMENTO PERIODONTAL EM PACIENTES USUÁRIOS DE TABACO – REVISÃO DE LITERATURA. Rev Ibero-Am Humanidades Ciênc E Educ. 2022;8(10):440-50.
5. Oviedo HM, Puetate YM, Ruiz JF, Zapata CD. Manejo de paciente con atrición dental. Presentación de un caso. Rev Inf Científica. 2023;102(2 Sup):4366.
6. Astudillo JL, Pérez AB. Manejo estético de atrición dental severa mediante calculo proporcional largo-ancho: reporte de un caso clínico. Rev Nac Odontol. 2022;18(1):1-17.
7. Hernández RB, Lazo NR, Pacheco LJ, Quiroz AY, Domenech LL, Hernández RB, et al. Caracterización de lesiones cervicales no cariosas en pacientes bruxópatas. Rev Arch Méd Camagüey [en línea]. 2021 [acceso 11 de septiembre de 2024];25(1). Disponible en: URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1025-02552021000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
8. Huamani JE, Huamani JL, Alvarado MS. Rehabilitación oral en paciente con alteración de la dimensión vertical oclusal aplicando un enfoque multidisciplinario. Rev Estomatológica Hered. 2018;28(1):44.
9. Santana FV, Preciado NEG, González DEB, Rodríguez JA, González RC, Curiel KM. Tratamiento de paciente bruxista con restauraciones mínimamente invasivas: reporte de caso clínico. Rev Odontológica Mex Órgano Of Fac Odontol

UNAM [en línea]. 2022 [acceso 11 de septiembre de 2024];26(3). Disponible en:URL: <https://revistas.unam.mx/index.php/rom/article/view/80392>

10. Rojas LV, Roudsari R. Pérdida localizada de la superficie dental: enfoque de Dahl con restauraciones directas de resinas a mano alzada en el sector anterior. Informe de Caso. Mem Inst Investig En Cienc Salud. 2023;21(1):18.

11. Vallejo EDQ. Rehabilitación oral de paciente con síndrome de Colapso Posterior de Mordida. Odontol Act Rev Científica. 2020;5(1):31-6.

ANEXOS

ANEXO N°1:



ANEXO N°2:



- Paciente: [REDACTED]
- DNI: [REDACTED]
- Edad: [REDACTED]
- Sexo: Masculino
- Doctor: Dr. Guillermo Olano
- Fecha de adquisición: 30/01/2024
- Fecha de informe: 30/01/2024

INFORME RADIOLÓGICO

A la evaluación de la radiografía panorámica, se observa:

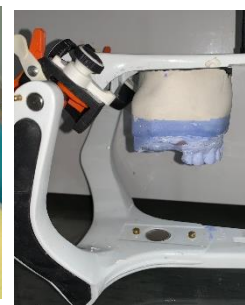
1. Neumatización alveolar de senos maxilares con proximidad a reborde alveolar.
2. Reabsorción ósea moderada del proceso alveolar asociada a placa calcificada.
3. Edéntulo parcial superior e inferior.
4. Pieza 15, 45: material radiopaco oclusal con falta de sellado.
5. Pieza 23: corona protésica, obturación de conducto.
6. Pieza 35, 34: material radiopaco oclusal.
7. Pieza 44: remanente radicular, proceso osteolítico periapical.
8. Pieza 47: mesioangulada, material radiopaco oclusal.


Dr. Juan María Hazaña Olano
Especialista en Radiología Oral y Maxilofacial
C.O.P. 19634 - 30002146

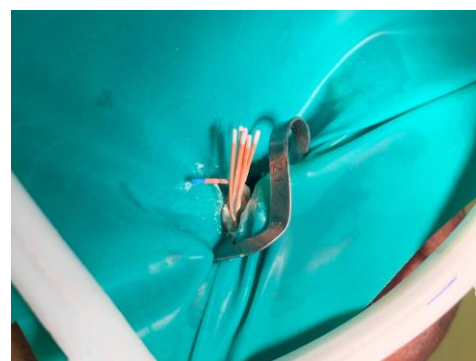
ANEXO N°3:



ANEXO N°4:



ANEXO 6:



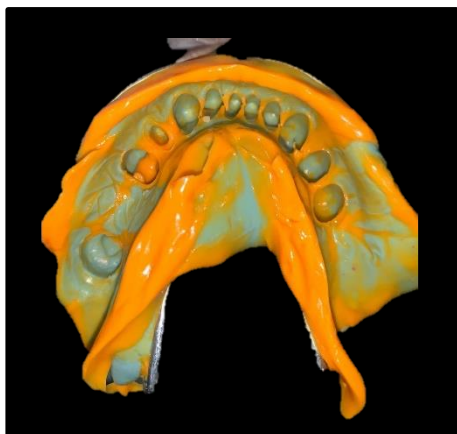
ANEXO 7:



ANEXO 8:



ANEXO 9:



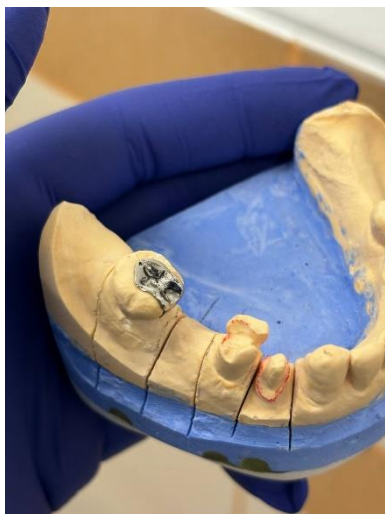
ANEXO 10:



ANEXO 11:



ANEXO 12:



ANEXO 13:

