

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

**REPORTE DE CASO CLÍNICO: REHABILITACIÓN ORAL  
APLICANDO UN ENFOQUE INTERDISCIPLINARIO EN  
PACIENTE ADULTO CON PÉRDIDA DE SOPORTE  
POSTERIOR**



PRESENTADO POR  
KRISTY ALEXANDRA TORRES VILCHEZ

ASESOR  
MG. ESP. CD HERNÁN VASQUÉZ RODRIGO

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:**

**REPORTE DE CASO CLÍNICO: REHABILITACIÓN ORAL  
APLICANDO UN ENFOQUE INTERDISCIPLINARIO EN PACIENTE  
ADULTO CON PÉRDIDA DE SOPORTE POSTERIOR**

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

**CIRUJANA DENTISTA**

**PRESENTADO POR:**

**BACH. KRISTY ALEXANDRA TORRES VÍLCHEZ**

**ASESOR:**

**MG. ESP. CD HERNÁN VASQUÉZ RODRIGO**

**CHICLAYO–PERÚ**

**2024**

## ÍNDICE

Pág.

### RESUMEN/ABSTRACT

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

## RESUMEN

- **Introducción:** La pérdida de dientes es uno de los problemas bucales más comunes asociados con el envejecimiento. Tiene un profundo impacto en la función masticatoria, el estado nutricional, la apariencia y la comunicación. En consecuencia, la identificación y manejo de los factores de riesgo relacionados con la pérdida de dientes es un campo de investigación importante.
- **Descripción del caso clínico:** Paciente de sexo femenino de 50 años con aparente buen estado general, diagnosticada con edentulismo parcial superior e inferior con clasificación de Kennedy Clase II dentomucosoportado y problemas periodontales como gingivitis.
- **Conclusiones:** Resaltando la importancia de abordar estos casos de manera integral con el objetivo de devolver la salud bucal y calidad de vida al paciente.
- **Palabras clave:** Pérdida de soporte posterior, enfermedades periodontales, gingivitis, colapso posterior de mordida.

## ABSTRACT

- **Introduction:** Tooth loss is one of the most common oral problems associated with aging. It has a profound impact on chewing function, nutritional status, appearance and communication. Consequently, the identification and management of risk factors related to tooth loss is an important field of research.
- **Description of the clinical case:** A 50-year-old female patient with apparent good general condition, diagnosed with upper and lower partial edentulism with Kennedy Class II dentomucosal classification and periodontal problems such as gingivitis.
- **Conclusions:** Highlighting the importance of addressing these cases comprehensively with the aim of returning oral health and quality of life to the patient.
- **Keywords:** Loss of posterior support, periodontal diseases, gingivitis, posterior bite collapse.

# KRISTY ALEXANDRA TORRES VÍLCHEZ

## REPORTE DE CASO CLÍNICO: REHABILITACIÓN ORAL APLICANDO UN ENFOQUE INTERDISCIPLINARIO EN PACIE...

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

### Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::29427:410501987

Fecha de entrega

29 nov 2024, 11:03 a.m. GMT-5

Fecha de descarga

29 nov 2024, 1:38 p.m. GMT-5

Nombre de archivo

TS. TORRES VÍLCHEZ KRISTY ALEXANDRA.pdf

Tamaño de archivo

1.9 MB

37 Páginas

4,764 Palabras

25,760 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

- 2% Fuentes de Internet
- 1% Publicaciones
- 7% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

FIRMA: HERNAN VASQUEZ RODRIGO  
CODIGO ORCID: 0000-0002-5926-6837

### 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 oclusión es un aspecto fundamental en la salud bucodental, ya que implica la interacción entre los dientes, los tejidos de soporte, la articulación temporomandibular (ATM) y los componentes neuromusculares. Para entender su papel, es crucial considerar los diversos factores que pueden influir en su función. Estos factores incluyen: Anatomía dental, desarrollo óseo, tejido blando, factores neuromusculares, hábito y función, alteraciones patológicas y factores psicológicos. Comprender estos factores permite abordar problemas oclusales de manera integral y mejorar la salud dental y general del paciente<sup>1</sup>.

El colapso posterior de mordida (CPM) se refiere a la pérdida de dientes en la zona posterior de la arcada dental, lo que provoca un desplazamiento de la oclusión hacia la parte anterior. Esta alteración puede generar un aumento de la carga en los dientes anteriores, lo que a su vez puede llevar a problemas como desgastes, fracturas dentales y trastornos en la articulación temporomandibular. El CPM no solo afecta la función masticatoria, sino que también puede tener repercusiones estéticas y en la salud general de la cavidad bucal. Es importante abordar esta condición de manera integral, evaluando tanto los aspectos funcionales como los estéticos, y considerar opciones de tratamiento que restauren una oclusión adecuada y prevengan futuros problemas<sup>2</sup>.

Otras causas como las alteraciones de la forma y las funciones de los labios y la lengua, el bruxismo, así como la presencia de enfermedad periodontal avanzada o maloclusiones, deben ser descartadas antes de poder hacer el diagnóstico final<sup>3</sup>.

La pérdida de dientes es uno de los problemas bucales más comunes asociados al envejecimiento, y tiene un impacto significativo en la función masticatoria, el estado nutricional, el habla, la apariencia y la comunicación<sup>4</sup>.

Los factores causales más relevantes asociados con la pérdida de dientes incluyen la enfermedad periodontal, la caries dental y el tabaquismo<sup>5</sup>, así como enfermedades crónicas como la obesidad, la hipertensión y la diabetes<sup>6</sup>.



Estudios previos han demostrado que una reducción en el soporte oclusal posterior acelera la pérdida dental<sup>7-8</sup>. Se sugiere que el mecanismo que relaciona la disminución del soporte oclusal con la pérdida de dientes implica un aumento en la carga oclusal o un traumatismo en los dientes restantes<sup>7</sup>.

Los contactos oclusales en la región posterior tienen un gran impacto en la fuerza oclusal y el rendimiento masticatorio<sup>8</sup>. Dado que los dientes anteriores y los molares cumplen funciones diferentes, examinar los riesgos asociados con la pérdida de dientes es fundamental en las estrategias de promoción de la salud bucal<sup>9</sup>.

Devolver el soporte posterior en casos de colapso posterior de mordida (CPM) es esencial para restablecer la función y la estética dental. Una de las opciones es la rehabilitación con implantes, que pueden ser una solución efectiva para reemplazar dientes perdidos en el sector posterior. Proporcionan un soporte sólido y ayudan a mantener la dimensión vertical. Una segunda opción pueden ser las prótesis fijas, si hay dientes adyacentes sanos, se puede considerar un puente fijo que conecte y soporte los dientes faltantes, restaurando la función oclusal. Una tercera opción, son las prótesis parciales removibles, siendo una alternativa menos invasiva para devolver el soporte, especialmente si los implantes o puentes no son viables. Complementario a las opciones anteriores, se requiere de una rehabilitación protésica que pueden incluir restauraciones como coronas o carillas en dientes dañados o desgastados ayudando a restablecer la altura y la función de la mordida. El ajuste oclusal, en algunos casos puede ser suficiente para mejorar la relación entre las arcadas dentales y aliviar la sobrecarga en el sector anterior. Finalmente el tratamiento de la ATM, si presenta síntomas, abordarlos puede contribuir a una mejor función y alivio de la carga en los dientes anteriores. Es importante realizar una evaluación exhaustiva y un diagnóstico preciso para determinar la mejor opción para cada paciente, considerando sus necesidades específicas y su situación dental<sup>10-11</sup>.

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

### **2.1 Anamnesis**

Paciente de 50 años de sexo femenino, de raza mestiza, con grado de instrucción secundaria completa, actualmente se desempeña como comerciante, con aparente buen estado general, actualmente reside en la ciudad de Chiclayo, estado civil soltera. Acude a la consulta de la clínica odontológica de la facultad de Odontología de la USMP Filial Norte.

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

“Siento un dolor muy fuerte en mi muela de atrás, en las noches el dolor es mucho más intenso que no me deja dormir”

#### **2.1.2 Enfermedad actual**

Paciente acude a consulta, refiriendo dolor en la pieza 15, a la inspección clínica intraoral se evidenció una lesión cariosa muy profunda con aparente compromiso pulpar, posterior a ello se procedió a tomar una radiografía periapical, donde se logró confirmar que la lesión cariosa ya había llegado al tejido pulpar y que presenta colapso de mordida.

#### **2.1.3 Historia pasada**

Nació a término por parto natural y recibió todas sus vacunas. No estaba embarazada. No tiene diagnóstico de discapacidad, no ha sido hospitalizado en los últimos años, no toma medicamentos en la actualidad y no presenta alergias. Y se considera una persona súper ansiosa; por lo tanto, dicha inquietud repercute todas las noches en un insomnio. No refiere antecedentes quirúrgicos. Entre los antecedentes familiares, la madre presenta hipertensión. Su última consulta odontológica fue en 2015 para una exodoncia, sin complicaciones en el tratamiento. Se cepilla los dientes tres veces al día y no experimenta sangrado al hacerlo.

## **2.2 Examen clínico (ANEXO N°5)**

### **Examen de cabeza y cuello**

En el examen clínico regional de cabeza y cuello, la paciente presenta braquicefalia, tiene una asimetría facial, su perfil convexo y cuello asimétrico.

### **Examen extrabucal**

En la evaluación extraoral, se registró una apertura bucal de 44 mm con desviación, sin ruidos articulares. Sus labios hidratados con competencia labial.

### **Examen intraoral**

Presenta una mucosa labial rosada y no presenta anomalías. Los carrillos también son rosados y están sin alteraciones. El paladar duro es de color rosado, tiene forma ovalada y no muestra anomalías. El paladar blando es rosado, sin alteraciones, y la úvula es vibrátil. La orofaringe se observa enrojecida y congestiva, pero no presenta anomalías ni dolor al tragar. La lengua es de color rosado, con movilidad temblorosa y sin anomalías. El piso de la boca es rosado, húmedo y no presenta alteraciones. Las encías son pigmentadas, firmes, de contorno irregular, sin sangrado, recesión gingival ni reabsorción del reborde alveolar. Las glándulas salivales no muestran anomalías. No se observaron problemas en los dientes ni hábitos. En la oclusión, la línea media está alterada, Relación Molar derecha e izquierda No Registrable. Además presenta una Relación Canina Derecha e Izquierda Clase I.

**Índice CPOD – CEOD:** Presentó 8 dientes con caries, 7 dientes perdidos, ningún diente obturado, con un total de 25 dientes. Su índice fue de 1,6%.

## 2.3 Exámenes auxiliares

Radiografía panorámica (ANEXO N°6)

Maxilar superior: Se observó neumatización del seno maxilar izquierdo y ausencia de las piezas dentales posterosuperiores (1.4, 1.7, 2.5). Se identificó una zona radiopaca compatible con material obturador en la región apical de la pieza 1.5 además, en esta misma pieza hay una zona radiopaca en el tercio superior y medio radicular, que corresponde a un aditamento rehabilitador llamado espigo de fibra de vidrio. También se presenta una zona radiopaca en las piezas 2.5, 2.4 y 2.6, compatible con una prótesis fija metal-porcelana.

Maxilar inferior: Se constató ausencia de las piezas dentales posteroinferiores (3.6, 3.7, 4.6, 4.7) y reabsorción ósea horizontal.

Modelos articulados (ANEXO N°7)

- A) Vista frontal en oclusión: Clase I de Angle, palatinización de los incisivos superiores.
- B) Vista lateral derecha: pieza 1.6 fuera del plano de oclusión, zona edéntula posterior inferior.
- C) Vista lateral izquierda: zona edéntula posterior inferior.

## 2.4 Diagnóstico

Diagnóstico definitivo: CÓDIGO CIE 10

- Colapso de mordida posterior (K081).
- Pulpitis irreversible asintomática (K040).
- Gingivitis aguda (K050).
- Caries en dentina (K021).
- Caries en esmalte (K020).
- Anomalías de la posición del diente dientes (K073).

## 2.5 Plan de tratamiento

Presentación del plan de tratamiento estructurado por fases:

### Fase I. Inicial o higiénica

La etapa principal del tratamiento se centró en motivar y concientizar al paciente sobre la importancia de cuidar su salud oral a través de una higiene rigurosa y constante. Esto incluyó la enseñanza de nuevas técnicas de cepillado, el uso de hilo dental, colutorios y cepillos adecuados a sus necesidades, como los de cerdas suaves. A esto se sumó la realización de profilaxis y la eliminación del cálculo dental.

### Fase II: Correctiva

- En esta segunda etapa, se presentó el siguiente plan de tratamiento:
  - Tratamiento de conductos de la pieza 1.5
  - Espigo muñón en la pieza 1.5
  - Prótesis parcial fija de tipo Veneer de 3 piezas desde la pieza 1.3 a la 1.5
  - Prótesis parcial fija de tipo Veneer de 3 piezas desde la pieza 2.4 a la 2.6
  - Ameloplastia de la pieza 1.6 para posteriormente rehabilitarlo con una corona de tipo Veneer.
  - Restauraciones con resina
  - Prótesis removible inferior convencional

### Fase III: Mantenimiento

Se realizarán controles periódicos para evaluar cualquier modificación en la oclusión y determinar si la prótesis ha afectado los tejidos blandos, así como para llevar a cabo terapias de higiene oral.

#### - Objetivos del tratamiento

El objetivo de este plan de tratamiento es centrarse en restaurar la función masticatoria del paciente, logrando una adecuada relación máxima de intercuspidad (M-P) para que las fuerzas oclusales se distribuyan de manera correcta. Esto implica modificar la oclusión dental, priorizando también la estética, eliminar microorganismos y, por último, ofrecer fisioterapia para ayudar al paciente a manejar el estrés.

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

Se llevaron a cabo varias sesiones para eliminar el biofilm y el cálculo supra gingival, lo que ayudó a reducir la carga bacteriana en la cavidad bucal (ANEXO N° 8). Además, se brindó motivación y fisioterapia oral al paciente, así como entrenamiento en técnicas de cepillado y uso adecuado del hilo dental. Se realizó la remoción de la lesión cariosa profunda con compromiso pulpar de la pieza 1.5. A continuación se llevó a cabo el tratamiento de conductos, iniciando con la preparación biomecánica que consistió en eliminar el tejido infectado permitiendo así una adecuada conformación de los conductos.

La longitud de trabajo establecida fue de 20 mm, tomando como referencia la cara oclusal. Para el inicio del tratamiento, se utilizó la lima #15, la cual permitió iniciar la preparación del conducto. Posteriormente, se utilizó la lima memoria #35, con el fin de mantener la forma y el calibre adecuado del conducto a lo largo del procedimiento. Finalmente, para completar el tratamiento y dar la forma definitiva al conducto, se empleó la lima final #70. Para la obturación del conducto, se utilizó como cono principal un cono #35, complementado con conos accesorios #20 y #25. La obturación se realizó mediante la técnica de condensación lateral, asegurando una obturación tridimensional y hermética. Como cemento sellador, se seleccionó Apepxil, un material adecuado para garantizar la obturación y sellado definitivo del conducto radicular.

El tratamiento de conductos se completó en dos citas garantizando de esa manera una adecuada desinfección y sellado de los conductos radiculares. La espera de

siete días antes de colocar el espigo de fibra de vidrio es una buena práctica, ya que permite que el área se recupere y que el material se integre correctamente. Finalmente, se procedió a la instalación del espigo de fibra de vidrio, logrando así el efecto ferrule en el cual su principal función es brindar soporte adicional para el muñón, lo que es fundamental para la rehabilitación.

Se dejó un remanente de 4 mm de gutapercha en el conducto radicular para garantizar un control de seguridad durante el proceso de desobturación. Para la eliminación de la gutapercha, se utilizaron fresas Gates y Pecho, asegurando una remoción cuidadosa. En cada cambio de fresa, se irrigó el conducto con hipoclorito de sodio para mantener la limpieza y desinfección del área. Una vez conformado el conducto, se procedió a probar el espigo en su interior, realizando la anatomización necesaria para asegurar un ajuste perfecto. Se colocó glicerina en el conducto para facilitar la manipulación y evitar la adherencia del material, y a continuación, se desinfectó el espigo. Se aplicó silano sobre el espigo, frotando ligeramente y volatilizando el material durante 45 segundos para asegurar su correcta adhesión. Posteriormente, se colocó el adhesivo en el espigo, el cual se fotocuró adecuadamente para garantizar la estabilidad de la unión. Se agregaron incrementos de resina compuesta en el conducto, y tras cada colocación, se probó el ajuste del espigo y se fotocuró la resina. Una vez obtenida la forma deseada y asegurado el sellado, se retiró la glicerina del conducto y se procedió a limpiar completamente el área. El conducto fue secado con conos de papel absorbente para eliminar cualquier residuo de humedad, y finalmente, se acondicionó el espigo anatómico. Para la cementación final, se utilizó un cemento resinoso dual, asegurando un sellado óptimo y una fijación firme del espigo.

En seguida se conformó el muñón para posteriormente ser rehabilitado con una prótesis parcial fija de tres piezas. En el análisis de la relación intermaxilar, se utilizó un articulador semiajustable junto con un arco facial. Se colocó un puente de metal porcelana de tres piezas en el cuadrante 2, utilizando como pilares los dientes 2.4 y 2.6, y considerando el diente 2.5 como pónico. Todo este protocolo de tratamiento se

llevó a cabo el 2023-II en clínica II. En el 2024-I internado estomatológico se volvió a tallar para un puente de tres piezas en el cuadrante 1, utilizando como pilares los dientes 1.3 y 1.5, y considerando el diente 1.4 como pónico. Se eligió metal-porcelana como material protésico, dado que es adecuado para las fuerzas masticatorias que debe soportar. En cuanto al diente 1.6, que presentaba una notable extrusión dental, el análisis realizado indicó que era necesario tallarlo para colocar una corona de metal-porcelana y lograr una oclusión equilibrada (ANEXO N°9). El tallado comenzó con la creación de guías en la superficie vestibular de todos los dientes que recibirán prótesis fija, utilizando fresas diamantadas troncocónicas de punta redonda, calibradas al espesor necesario según el material que se empleará. Se inició el tallado de los dientes 1.3 y 1.5, preparando guías con la profundidad adecuada, siempre considerando la salud pulpar. Se eliminaron los puntos de contacto, y se continuó con las superficies palatinas, finalizando en las superficies oclusales. En el margen gingival, la terminación se ubicó yuxtagingival (ANEXO N°10).

Posterior a ello se realizó la toma de impresión definitiva utilizando la técnica de un paso, empleando silicona de condensación y de adición, seleccionada por su capacidad para reproducir detalles con alta precisión y su excelente estabilidad dimensional.

En primer lugar, se seleccionó y probó la cubeta adecuada en la cavidad bucal de la paciente, asegurándose de que ajustara correctamente. A continuación, se tomaron porciones de silicona de condensación, esta técnica de impresión se denomina “técnica de un paso”, porque se mezclaron simultáneamente con la silicona de adición para asegurar una correcta viscosidad y tiempo de trabajo. Esta mezcla se colocó rápidamente en la cubeta y se llevó a la boca de la paciente, se presionó cuidadosamente para reproducir con precisión los detalles anatómicos del área a impresionar, asegurando una toma de impresión detallada y fiel de la estructura dental.

Después de realizar el vaciado definitivo y el troquelado, se envió el modelo para la elaboración de la cofia metálica y una vez probada en boca (ANEXO N°11), se volvió a enviar para la aplicación de la porcelana. Después de la prueba de cofia, se llevó a cabo la prueba de bizcocho (ANEXO N°11), donde se verificó que no



hubiera sobreextensiones y que el sellado marginal fuera adecuado. Como paso final del proceso protésico, se envió nuevamente al laboratorio para el glaseado, completando así el procedimiento. Finalmente, la prótesis fue cementada en conjunto con la corona de la pieza 1.6 (ANEXO N°12). Después de 3 semanas, se citó a la paciente para su primer control post rehabilitación. Durante la consulta, se verificó que el puente fijo estaba en excelentes condiciones. La paciente indicó que el puente cumplía su función adecuadamente y que no tenía ninguna incomodidad. Por lo tanto, se procedió a realizar una limpieza general de la boca, haciendo especial énfasis en la estructura rehabilitadora. Como parte del plan de tratamiento, se decidió colocar una prótesis removible en la zona inferior para restablecer la función del sistema masticatorio y mejorar la armonía de la oclusión de la paciente. Por lo que se procedió a elaborar la preparación biostática con la cual buscamos optimizar la forma y función de las estructuras dentales. Comenzamos principalmente con la elaboración de los planos guías, ya que estos aseguran que la prótesis se adapte correctamente a la anatomía dental (ANEXO N°13), dichos planos se realizaron en las zonas interproximales de cada pilar principal. Posteriormente se crearon los descansos correspondientes a las zonas dentarias establecidas permitiendo distribuir de manera adecuada las fuerzas masticatorias, lo que contribuye a la longevidad de la prótesis.

Una vez finalizada toda la preparación biostática en la cavidad bucal, se procedió a realizar la toma de impresión definitiva utilizando silicona de mediana viscosidad. Este material fue seleccionado por su capacidad para reproducir con alta precisión los detalles anatómicos y las estructuras del área de trabajo. La impresión se tomó cuidadosamente, asegurando un registro exacto.

Es importante realizar cada paso con precisión para lograr un resultado funcional y estéticamente satisfactorio. Finalmente se realizó la prueba de la estructura metálica (ANEXO N°14), observando que todo adaptaba bien, sin ninguna interferencia y molestias para el paciente, luego se procedió a realizar la prueba del enfilado, para luego enviar al laboratorio para el proceso de acrilizado, finalmente se procedió a la instalación de la prótesis. Al cabo de 3 semanas realizamos su primer control en donde constatamos que todo se encontraba en óptimas condiciones, la prótesis cumplía con las funciones masticatorias adecuadamente, y la paciente no manifestaba ningún tipo de incomodidad.

Finalmente, se le realizó una profilaxis para mantener un buen estado de salud

bucal.

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

-La salud bucal es un componente fundamental del bienestar general, y su cuidado requiere un enfoque multidisciplinario. En este reciente caso clínico se ilustra cómo un tratamiento interdisciplinario, transformó la salud bucal de un paciente, abordando tanto necesidades funcionales como estéticas.

-Desde un punto de vista odontológico, la ausencia de dientes contribuye al deterioro de la salud oral. La falta de dientes puede afectar la estabilidad mandibular y alterar la distribución de las fuerzas oclusales durante la masticación. Esto puede provocar problemas adicionales, como la aparición de dolor en la articulación temporomandibular (ATM) y un aumento en la probabilidad de desarrollar enfermedades periodontales.

-Todo tratamiento exitoso comienza con un diagnóstico exhaustivo. En este caso, se realizó una historia clínica detallada y se llevaron a cabo exámenes clínicos minuciosos. Esta fase inicial no solo identificó los problemas visibles, sino que también reveló condiciones subyacentes que podrían afectar la salud del paciente a largo plazo. Un diagnóstico completo es esencial para diseñar un plan de tratamiento efectivo y personalizado.

-El plan de tratamiento fue cuidadosamente diseñado e incluyó una variedad de procedimientos. Comenzamos con tratamientos preventivos como el destartraje y la profilaxis, fundamental para mantener la salud bucal y prevenir futuras complicaciones. Estos procedimientos fueron el primer paso en la restauración de la salud del paciente.

-A medida que se completaba, se implementaron intervenciones más complejas, como la endodoncia, espigos, entre otros aditamentos y la colocación de coronas y puentes fijos. Estas acciones no solo mejoraron la funcionalidad de la dentadura, sino que también tuvieron un impacto positivo en la estética, obteniendo una mejora en la masticación y generando una seguridad al sonreír.

-Los resultados fueron impactantes. A través de un enfoque interdisciplinario, el paciente no solo recuperó su salud bucal, sino que también experimentó un notable aumento en su autoestima. Este caso ejemplifica la eficacia de un tratamiento colaborativo con el enfoque multidisciplinario, se logró cumplir con el objetivo común de recuperar el bienestar y la salud del paciente.

#### IV. FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Liliam Suárez Gómez<sup>1</sup>, Rolando Castillo Hernández<sup>1</sup>, Rita Déborah Brito Reyes<sup>2</sup>, Arlen Tamara Santana Méndez<sup>1</sup>, Yohana Vázquez Monteagudo<sup>1</sup>. Oclusión dentaria en pacientes con maloclusiones generales: asociación con el estado funcional del sistema estomatognático [Internet]. [citado 7 de noviembre de 2024]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30432018000100007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432018000100007)

2. Balarezo Razzeto JA, Castilla Camacho M, León Manco R, Meneses López A. Factores clínicos relevantes en el diagnóstico de un colapso posterior de mordida. Una revisión sistemática de reportes de caso 2021. Rev Estomatológica Hered. 27 de septiembre de 2022; 32(3):295-304.

3.- Vieira TR, Martins CC, Cyrino RM, Azevedo AMO, Cota LOM, Costa FO. Los efectos del consumo de tabaco en la pérdida de dientes entre personas con una terapia de mantenimiento periodontal: un revisión sistemática y metaanálisis. Cad Saúde Pública. 21 de septiembre de 2018;34:e00024918.

4.- Chan AKY, Tsang YC, Jiang CM, Leung KCM, Lo ECM, Chu CH. Diet, Nutrition, and Oral Health in Older Adults: A Review of the Literature. Dent J. septiembre de 2023;11(9):222.

5.- MLS Souto , ES Rovai , CC Villar , MM Braga , CM Pannuti Efecto del abandono del hábito de fumar sobre la pérdida de dientes: una revisión sistemática con metanálisis BMC Oral Health , 19 ( 2019 ) , pág. 245 ,10.1186/s12903-019- 0930-2

6. Acuña-Ango MA, Pineda-Caiza EN, Villalva-Morales VM, Benítez RM. Relación entre la Diabetes Mellitus tipo 2 y la enfermedad periodontal. Rev Cienc Médicas Pinar Río. 24 de julio de 2024;28(1):6473.

7. Mameno T, Otsuki N, Wada M, Yamamoto R, Ikebe K. Association between posterior occlusal support and tooth loss in a population-based cohort: The OHSAKA study. J Dent. septiembre de 2024;148:105144.

8.-Colapso posterior de mordida: etiología, diagnóstico diferencial y tratamiento | Revista Científica Odontológica [Internet]. [citado 10 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://revistas.cientifica.edu.pe/index.php/odontologica/article/view/103>

9. Sirous S, Navadeh A, Ebrahimgol S, Atri F. Effect of preparation design on marginal adaptation and fracture strength of ceramic occlusal veneers: A systematic review. Clin Exp Dent Res. diciembre de 2022;8(6):1391-403.

10.- Mameno T, Otsuki N, Wada M, Yamamoto R, Ikebe K. Association between posterior occlusal support and tooth loss in a population-based cohort: The OHSAKA study. J Dent. septiembre de 2024;148:105144.

11.- Huamani-Cantoral J, Huamani-Echaccaya J, Alvarado S. Rehabilitación oral en paciente con alteración de la dimensión vertical oclusal aplicando un enfoque multidisciplinario. Rev Estomatol Herediana. 2018; 28(1): 44-55.

## ANEXO N°5: FOTOGRAFIAS INTRAORALES

A)



B)



- A) Foto inicial de cómo llegó la paciente, excepto las piezas del cuadrante II que ya se habían empezado a tallar. Cuadrante I, presenta una lesión cariosa profunda con compromiso pulpar, caries interproximal de la pieza 16, de igual forma evidenciamos lesiones cariosas interproximales en las piezas 11 y 21.
- B) Maxilar inferior cuadrante IV presenta una lesión cariosa en oclusal de la pieza 48.

A)



B)



C)



- A) Vista frontal: Clase I de Angle, palatinización de los incisivos superiores.
- B) Vista lateral derecha: Relación molar derecha no registrable. Extrusión de la pieza 16.
- C) Vista lateral izquierda: Relación molar izquierda no registrable.



## ANEXO N°6: RADIOGRAFIA PANORÁMICA

A)



B)



Radiografía periapical maxilar superior: en el cuadrante I se evidencia reabsorción ósea vertical, extrusión de la pieza 16 y tratamientos de conducto (Figura A)  
En el cuadrante II una prótesis parcial fija en aparente buen estado (Figura B)



**Paciente:** [REDACTED]

**Edad:** [REDACTED]

**Sexo:** Femenino

**Fecha:** 06/02/2024

**Referencia:** Kristy Torres Vílchez

**Código:** 2002115 p.

**INFORME PANORÁMICO.**

- Senos maxilares neumatizados.
- Moderada reabsorción ósea alveolar del maxilar superior e inferior.
- Edéntula parcial bimaxilar.
- Restauraciones coronarias en piezas 15,11,45 y 48.
  - Pieza 15, obturación de conducto radicular.
  - Pieza 48, en posición mesioangular.
- Restauraciones coronarias protésica metálicas, pilares de puente protésico en piezas 24 y 26.
- Pieza 38, en posición mesioangular.
- Atrición dentaria en piezas dentales antero superiores e inferiores.
- Resto de estructuras óseas conservadas.



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

## ANEXO N°7: PLANIFICACION CON MODELOS DE ESTUDIO

A)



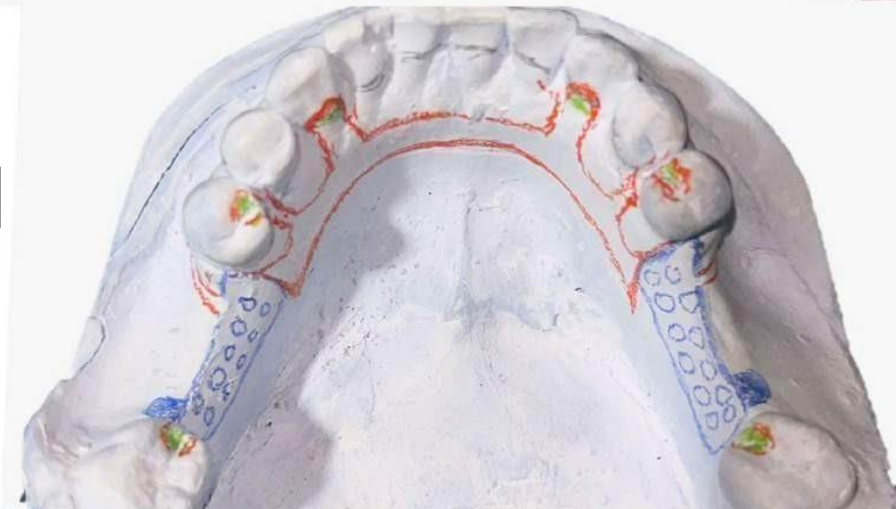
A) Se llevó a cabo un proceso integral que incluyó el encerado y enfilado de la planificación, garantizando una base sólida sobre la cual se desarrollará el trabajo de rehabilitación.

A)



B)

C-D)



A) Retenedor en "T" (tipo barra): fue nuestro retenedor de elección porque poseía una brecha extensa, entonces lo consideramos un extremo libre.

D) Retenedor en "T" (tipo barra): nos brinda buena estética evitando que el pilar se traumatice y es más versátil.

B) Descansos oclusales y cingulares.

C) Barra Lingual: porque presentaba una distancia entre el frenillo lingual y el piso de boca de 8mm. Con este tipo de conector mayor también priorizamos que la higiene de la paciente sea más eficiente y haya menos retención de alimentos.

## ANEXO N°9



A) Tallado finalizado para ser rehabilitado con una corona fija de tipo Veneer de la pieza 16.

## ANEXO N°10

A)



A) Tallado de las piezas 13 y 15 para rehabilitar con una prótesis parcial fija de tipo Veneer.

B)



B) Fotografía intraoral del maxilar inferior: prueba de estructura metálica (cromo cobalto). Se observa que la prótesis parcial removible adapta correctamente.



**ANEXO N°10: PRUEBA DE COFIA Y BIZCOCHO DE LA PPF 1,3,1,4,1.5**

A)



B)



A) Fotografía intraoral del maxilar superior: prueba de cofia, se evidencia un buen sellado de la estructura.

B) Fotografía intraoral del maxilar superior: prueba de bizcocho, colocación de la porcelana.

ANEXO N°11: CEMENTACION DEFINITIVA DE PPF 1.3, 1.4, 1.5 Y CORONA

1.6

A)



B)



C)



Figura A: cementación de la prótesis definitiva de metal-porcelana en el maxilar superior.

Figura B-C: fotografía final.