



UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA ODONTOLOGÍA

**ANÁLISIS DE CASO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE ODONTÓLOGO**

TEMA:

**INMERSIÓN RADICULAR CON DOMO EN CANINO COMO
ALTERNATIVA CONSERVADORA PARA LA PRESERVACIÓN ÓSEA
EN UNA REHABILITACIÓN INTEGRAL, PACIENTE ATENDIDO EN LA
CARRERA DE ODONTOLOGÍA, ULEAM 2025-2. ANÁLISIS DE CASO**

AUTORA:

ESTHER NOEMI ARIAS OCHOA

TUTORA:

OD. CARMEN JULIA ESPINOZA ARIAS, ESP.

MANTA- MANABÍ- ECUADOR

2026

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR:

 Uleam UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ	NOMBRE DEL DOCUMENTO: CERTIFICADO DE TUTOR(A).	CÓDIGO: PAT-04-F-004
	PROCEDIMIENTO: TITULACIÓN DE ESTUDIANTES DE GRADO BAJO LA UNIDAD DE INTEGRACIÓN CURRICULAR	REVISIÓN: 1
		Página 1 de 1

CERTIFICACIÓN

En calidad de docente tutor(a) de la Facultad Ciencias de la Salud de la carrera de Odontología de la Universidad Laica "Eloy Alfaro" de Manabí, CERTIFICO:

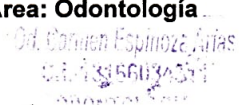
Haber dirigido, revisado y aprobado preliminarmente el Trabajo de Integración Curricular bajo la autoría de la estudiante **Arias Ochoa Esther Noemi**, legalmente matriculada en la carrera de Odontología, período académico 2026-1, cumpliendo el total de 384 horas, cuyo tema del proyecto es **"Inmersión radicular con domo en canino como alternativa conservadora para la preservación ósea en una rehabilitación integral, paciente atendido en la Carrera de Odontología, ULEAM 2025-2. Análisis de caso"**.

La presente investigación ha sido desarrollada en apego al cumplimiento de los requisitos académicos exigidos por el Reglamento de Régimen Académico y en concordancia con los lineamientos internos de la opción de titulación en mención, reuniendo y cumpliendo con los méritos académicos, científicos y formales, y la originalidad del mismo, requisitos suficientes para ser sometida a la evaluación del tribunal de titulación que designe la autoridad competente.

Particular que certifico para los fines consiguientes, salvo disposición de Ley en contrario.

Manta, 16 de Julio de 2026.

Lo certifico,


Od. Carmen Espinoza Arias, Esp
Docente Tutor(a)
Área: Odontología


DECLARACIÓN DE AUTORÍA

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Yo, Esther Noemi Arias Ochoa con C.I # 1317858361 en calidad de autor del proyecto de investigación titulado “Inmersión radicular con domo en canino como alternativa conservadora para la preservación ósea en una rehabilitación integral, paciente atendido en la Carrera de Odontología, ULEAM 2025-2. Análisis de caso” Por la presente autorizo a la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí hacer uso de todos los contenidos que me pertenecen o de parte de los que contienen esta obra, con fines estrictamente académicos o de investigación.

Los derechos que como autor/a me corresponden, con excepción de la presente autorización, seguirán vigentes a mi favor, de conformidad con lo establecido en los artículos 5, 6, 8, 19 y además de la Ley de Propiedad Intelectual y su reglamento.



Esther Noemi Arias Ochoa
C.I. 1317858361

DEDICATORIA

“Para que vean y sepan, consideren y entiendan que la mano del Señor hizo esto.”

➤ ISAIAS 41:20 (RVA)

Dedico este trabajo al que estuvo día y noche conmigo en este largo camino y no me dejó sola en ningún momento, al Dios de lo imposible y al que me sacó adelante e hizo todo esto posible. Ciertamente sin su ayuda incondicional no habría llegado tan lejos, cumpliendo una de mis metas.

A mi familia que me apoyó a construir mi sueño, me ayudaron en los momentos más complicados y me brindaron su amor y comprensión siempre estando pendientes de mí. Y por último dedico este trabajo a mi fiel mascota y mi bebé consentido Chocapic que me acompañó en cada una de mis desveladas para que no me quedara sola y estresada, sabiendo que sus ronquidos estarían acompañándome toda la noche.

AGRADECIMIENTO

Agradezco principalmente a Dios por darme la fuerza para cada día avanzar y poder cumplir una meta más, a pesar de cualquier dificultad siempre fue mi refugio y mi ayuda en momentos difíciles.

Le agradezco a mi familia que siempre confió en mí y me apoyo, su amor incondicional me alentó para llegar hasta aquí. A mi abuelo que desde el cielo me ayudo y me enseñó que con esfuerzo todo es posible.

Gracias a todos mis amigos que con un poco de miedo accedieron a ser mis muy fieles pacientes y confiaron en mí, especialmente a Erly, Jordy, Niurka, Juletxi y Nicole que no importando la hora o sus mismas clases acudían muy felices cuando no tenía pacientes.

Gracias a todos mis compañeros de la facultad que convirtieron el proceso agotador de la carrera en trabajar en familia ayudándonos mutuamente, fueron el mejor curso que Dios me pudo dar, cada uno aportó mucho en mi vida universitaria, especialmente a mi amiga y compañera de clínica Valentina que siempre me apoyo a seguir y no rendirme, juntas atravesamos cada difícil clínica ayudándonos en cada una y con cada paciente, sin ella y los demás no estaría aquí hoy.

Agradezco también a cada uno de mis pacientes que confiaron en mí para aliviar sus molestias, superar sus miedos y mantener un estilo de vida más saludable, siempre estarán en mis oraciones. No olvidándome de mi paciente estrella la Sra. Carmen la protagonista de este caso clínico, que diligentemente acudió a cada una de sus citas hasta el final, estoy profundamente agradecida.

Finalmente agradezco a cada uno de mis docentes que me guiaron y me enseñaron sin recelo cada uno de sus conocimientos, que me brindaron consejos de vida y me educaron para ser una gran odontóloga en la sociedad.

RESUMEN

La rehabilitación integral multidisciplinaria es de gran importancia en el área de la salud, optimiza el diagnóstico y secuenciación del tratamiento odontología por especialidades, priorizando la conservación de estructuras biológicas importantes. El presente estudio presenta el caso de una paciente de 40 años, que acudió por insatisfacción estética en el sector anterior, clínicamente presento enfermedad periodontal, fistula apical por infección pulpar, lesiones cariosas, mal posición dental y edentulismo parcial.

El enfoque metodológico para este estudio fue un análisis clínico-descriptivo longitudinal soportado por exámenes radiográficos, modelos de estudio, fotografías, periodontograma, etc. El tratamiento multidisciplinario se dividió en 5 fases según la especialidad correspondiente, se realizó detartraje y profilaxis como fase periodontal, exodoncia y regularización como fase quirúrgica, fase endodóntica y manejo de corte axial de la pieza #13 para elaborar un domo de protección radicular, operatorias y para culminar con la prótesis parcial removible de cromo-cobalto.

Al retirar la corona del canino y elaborar el domo, se facilitó la inserción armoniosa de la prótesis sin alterar la oclusión y conservar la porción ósea vestibular que proporciona la raíz canina. Los controles postratamiento evidenciaron una evolución favorable, ausencia de sintomatología, disminución de inflamación gingival y estabilidad del aparato protésico.

Concluimos que la inmersión radicular con domo demostró ser una alternativa conservadora eficaz para la preservar la porción ósea vestibular que proporciona la raíz canina, logrando restaurar con éxito la salud bucal, estética y funcionalidad del paciente.

Palabras clave: Diente canino; Maloclusión; Raíz del diente; Reabsorción ósea; Rehabilitación Bucal.

ABSTRACT

Comprehensive multidisciplinary rehabilitation is of Paramount importance in healthcare, optimizing diagnosis and treatment sequencing across dental specialties while prioritizing the preservation of critical biological structures. This study presents the of a 40-year-old female patient who sought treatment due to aesthetic dissatisfaction in the anterior sector. Clinical examination revealed periodontal disease, an apical fistula secondary to pulpal infection, carious lesions, tooth malposition, and partial edentulism.

The methodological approach for this study was a longitudinal clinical-descriptive analysis supported by radiographic examinations, study models, photographs, and a periodontogram, among others. The multidisciplinary treatment was divided into five phases according to the corresponding specialty: scaling and prophylaxis were performed during the periodontal phase; extraction and alveoloplasty during the surgical phase; endodontic therapy and axial reduction of tooth #13 to fabricate a root protection dome; operative dentistry; and finally, a Chrome-cobalt removable partial denture.

Removing the canine Crown and fabricating the dome facilitated the harmonious insertion of the prosthesis without altering the occlusion, thereby conserving the buccal bone plate provided by the canine root. Post-treatment follow-ups showed favorable evolution, absence of symptoms, reduced gingival inflammation, and stability of the prosthetic appliance.

It is concluded that root submergence with a protection dome proved to be an effective conservative alternative for preserving the buccal bone plate provided by the canine root, successfully restoring the patient's oral health, aesthetics, and functionality.

Keywords: Canine tooth; Malocclusion; Tooth root; Bone resorption; Mouth rehabilitation.

ÍNDICE

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR:	II
DECLARACIÓN DE AUTORÍA.....	III
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
RESUMEN.....	VI
ABSTRACT	VII
INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO I- EL PROBLEMA.....	12
Planteamiento del problema	12
Formulación del problema de investigación	12
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	13
Objetivo General	13
Objetivos Específicos:.....	13
JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	14
CAPÍTULO II- MARCO TEÓRICO	15
Antecedentes de la investigación:	15
Bases teóricas:.....	16
Tema 1: Salud Bucodental	16
Tema 2: Inmersión radicular	16
Tema 3: Prótesis parcial removible en la rehabilitación oral	16
Tema 4: Uso de carillas dentales para fortalecer estructura de diente endodonciado	16
CAPÍTULO III- MARCO METODOLÓGICO.....	18
Tipo y diseño de la investigación:.....	18
Métodos, técnicas e instrumentos utilizados para el análisis:	18
Criterios de selección de paciente:	18

Criterios de inclusión:	19
Criterios de exclusión:.....	19
Consideraciones éticas:	19
Actividades.....	19
CAPÍTULO IV- PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DEL CASO.....	20
Presentación de caso clínico:	20
Anamnesis del Paciente:	20
Enfermedad Actual:	20
Examen Clínico:.....	21
Examen Clínico Extraoral:	21
Examen Clínico Intraoral:	21
Exámenes complementarios:.....	22
Diagnostico:	23
Plan de tratamiento:.....	24
Evolución	27
Discusión.....	30
CAPÍTULO V.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	33
Conclusión	33
Recomendaciones.....	34
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	35
ANEXOS:	38

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades bucodentales representan un problema de salud pública con una alta prevalencia a nivel mundial debido a su elevada prevalencia y al impacto que generan sobre la función oral y la calidad de vida de los pacientes. Entre las afecciones más frecuentes se encuentran la caries dental y la enfermedad periodontal, patologías que pueden derivar pérdida dentaria, alteraciones funcionales y comprometer la salud oral cuando no son diagnosticadas y tratadas correctamente. Por eso es importante realizar un correcto diagnóstico, tratamiento integral y multidisciplinario, tomando en cuenta cada estructura como un solo sistema, y no individualizar las afecciones. (1,2)

Otro factor relevante es la maloclusión o mal posición dental que es la mayor causante de otras complicaciones dentales como la periodontitis, caries dental, problemas en el ATM (Articulación Temporomandibular), etc., ya que complican la limpieza óptima de la cavidad bucodental acumulando biofilm en las superficies dentales inaccesibles ya sea por superposicionamientos o piezas en rotación que crean espacios muy diminutos donde muchas veces las cerdas del cepillo dental no llegan.(3)

En los últimos años, han adquirido mayor relevancia los procedimientos conservadores destinados a la preservación ósea del hueso alveolar dentro del área de rehabilitación oral. Una de las técnicas usadas es la inmersión radicular, la cual propone una alternativa para mantener el volumen óseo y tejidos circundantes, favoreciendo la conservación de estructuras anatómicas de importancia, funcionalidad y estética.(4) Cuando hablamos de pérdida parcial de piezas dentales debemos tomar en cuenta la alteración de forma sinérgica el equilibrio del sistema estomatognático. Cuando esta afección en conjunto con la mal posición de las piezas dentales se combina con enfermedad periodontal activa, lesiones cariosas y patologías pulpares, el abordaje clínico se vuelve altamente complejo y requiere un diagnóstico sólido que no individualice las lesiones, sino que evalúe las estructuras como un sistema único e integral.(3,5)

Este caso de estudio reviste de importancia académica y clínica fundamental para el aprendizaje, práctica y evaluación de la efectividad de tratamientos ya mencionados, abarcando diferentes especialidades odontológicas, como endodoncia, periodoncia, cirugía oral, prótesis parcial removible y operatoria dental, las cuales en conjunto contribuyen con nuestro propósito general de conservar las estructuras dentarias reestableciendo la armonía del sistema estomatológico. La conservación ósea es de gran importancia en este estudio, el tratamiento y documentación de un canino en mal posición, con inmersión radicular nos ayuda a mantener

una técnica poco traumática para el hueso alveolar, manteniendo el soporte óseo y la eminencia canina que tiene un nivel elevado para la estética dental.

Asimismo, este estudio busca aportar evidencia sobre la eficiencia de un enfoque conservador, que prioriza la preservación de las piezas dentales naturales frente a otras soluciones más invasivas o inmediatas como una sustitución protésica. Nos ayuda a comprender de mejor manera la técnica de inmersión radicular cada vez más usada para la conservación ósea, y aun con más importancia tratándose de un diente tan importante como el canino superior el cual permite gracias al tamaño de su raíz y su protrusión ósea que el rostro se vea más sano y sin un envejecimiento prematuro. Documentar los procesos clínicos a realizar y los resultados obtenidos que generará información útil para la práctica profesional, contribuyendo por tanto al desarrollo de protocolos aplicables a pacientes en una situación clínica similar.

El objetivo de este estudio de caso, fue restaurar la función y armonía del sistema estomatognático mediante la rehabilitación oral integral y conservadora, en un paciente con múltiples afecciones a nivel periodontal, pulpar, funcional y estético, tomando en cuenta un correcto diagnóstico integral del sistema mediante un examen clínico y radiográfico exhaustivo, diseñando un plan de tratamiento multidisciplinario que permita la rehabilitación funcional y armonía estética del paciente.

CAPÍTULO I- EL PROBLEMA

Planteamiento del problema

La rehabilitación oral es un campo de estudio muy amplio y específico, el cual depende de las necesidades de cada paciente a tratar, en cada individuo podemos evaluar situaciones muy diversas y patologías variables, que muchas veces pueden llegar a perjudicar la vida del paciente de manera física o psicológica, por ello cada paciente representa un desafío clínico particular para cada odontólogo. Constantemente se busca reestablecer la función masticatoria, deglutiva, estética y la salud de los tejidos periodontales para alcanzar un tratamiento integral exitoso en cada paciente.

En el caso de este paciente de sexo femenino, de 40 años, que acude a consulta odontológica por presentar periodontitis aguda generalizada estadio 1 grado A, periodontitis apical aguda en la pieza #11, pulpitis irreversible en la pieza #21 y #22, odontoclasia en la pieza #16, múltiples lesiones cariosas tanto en piezas anteriores como posteriores y una malposición de la pieza #13 (ectópico). Dichas alteraciones comprometen la función, estética y salud periodontal del paciente.

Debido a esto, se planteó realizar el siguiente caso clínico para dar una solución al diagnóstico del paciente, el cual permita mantener en boca de las piezas afectadas pulparmente (#11, #21 y #22) mediante tratamiento endodóntico. Asimismo, se consideró la inmersión de la pieza #13 para no afectar funcionalidad y oclusión en su mordida, y la posterior colocación de una prótesis parcial removible superior de cromo-cobalto, con el fin de reestablecer tanto la parte funcional como estética debido a la ausencia de la pieza #12.

Por lo ya mencionado, surge la necesidad de analizar este caso clínico para evaluar la efectividad del tratamiento de rehabilitación integral planificado en un paciente con múltiples afectaciones a nivel bucal, considerando un enfoque multidisciplinario y conservador, tomando en cuenta que la salud bucal mejorará su calidad de vida y autoestima.

Formulación del problema de investigación

¿Cuál es la efectividad de la inmersión radicular con domo en canino como alternativa conservadora para la preservación ósea durante una rehabilitación oral integral en un paciente con múltiples afecciones bucodentales?

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General

- Restaurar la función y armonía del sistema estomatognático mediante la rehabilitación oral integral y conservadora, en un paciente con múltiples afecciones a nivel periodontal, pulpar, funcional y estético.

Objetivos Específicos:

1. Diagnosticar integralmente el sistema estomatognático analizando el estado óseo, pulpar, periodontal y funcional del paciente mediante un examen clínico y radiográfico exhaustivo.
2. Diseñar un plan de tratamiento multidisciplinario que permita la restauración funcional y armonía estética del paciente.
3. Evaluar mediante radiografías e imágenes los resultados funcionales y estéticos posteriores a la rehabilitación.

JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El presente caso clínico reviste importancia académica y clínica fundamental para el aprendizaje, práctica y evaluación de la efectividad de tratamientos ya mencionados, abarcando diferentes especialidades odontológicas, como endodoncia, periodoncia, cirugía oral, prótesis parcial removible y operatoria dental, las cuales en conjunto contribuyen con nuestro propósito general de conservar las estructuras dentarias reestableciendo la armonía del sistema estomatológico.

La conservación ósea es de gran importancia en este estudio, el tratamiento y documentación de un canino en mal posición, con inmersión radicular nos ayuda a mantener una técnica poco traumática para el hueso alveolar, manteniendo el soporte óseo y la eminencia canina que tiene un nivel elevado para la estética dental. En este punto del tratamiento integral radica la importancia del caso, en un tratamiento no muy practicado en la facultad y que debe ser documentado para servir de apoyo y guía para las demás generaciones que busquen tratamientos conservadores y mínimamente invasivos.

Asimismo, este estudio busca aportar evidencia sobre la eficiencia de un enfoque conservador, que prioriza la preservación de las piezas dentales naturales frente a otras soluciones más invasivas o inmediatas como una sustitución protésica. Documentar los procesos clínicos a realizar y los resultados obtenidos que generará información útil para la práctica profesional, contribuyendo por tanto al desarrollo de protocolos aplicables a pacientes en una situación clínica similar. Debemos tomar en cuenta, que la rehabilitación estética y funcional impactara directamente en su calidad de vida y su confianza en sí, mejorando su capacidad masticatoria y bienestar general. Por tanto, la rehabilitación del presente caso clínico no solo tiene relevancia profesional y científica, sino que también un valor ético profesional al promover una atención odontológica centrada en el paciente.

CAPÍTULO II- MARCO TEÓRICO

Antecedentes de la investigación:

La rehabilitación integral constituye un enfoque multidisciplinario muy amplio destinado a restablecer la función, estética, y la salud del sistema estomatognático mediante la planificación de manera secuencial y ordenada de los distintos tratamientos requeridos por cada paciente. Algunos autores destacan este abordaje como la interacción entre diferentes especialidades odontológicas, que permiten resolver de manera coordinada las afecciones periodontales, pulpares, quirúrgicas y protésicas que pueden comprometer el pronóstico funcional y estético de la rehabilitación.(6,7)

El principal beneficio de realizar la inmersión radicular, como lo mencionan los autores Crowder L., Kaán R., et al., (8,9) que en cuyos estudios mencionan diferentes fines de tratamiento, ya sea para la ubicación de un implante, o para evitar la reabsorción de raíces en un tratamiento ortodóntico, el objetivo de ambos es el mismo mantener la mayor porción de estructura ósea, no perder tejido gingival y mantener el festoneado, lo que perdemos cuando existe una extracción de las piezas afectadas. Ambos estudios mencionan que los movimientos ortodónticos suelen provocar resorción de raíz, y daño a las estructuras de soporte, por lo cual realizan la inmersión radicular como un procedimiento menos traumático.

Por otro lado, en 2018, Juan Huamani, et al, (10) realizaron un artículo sobre la rehabilitación oral en un paciente con alteración en la dimensión vertical usando un enfoque multidisciplinario para su tratamiento, tomaron en cuenta como primera fase una educación preventiva y motivación, seguido de detartraje y profilaxis dental. Como segunda fase iniciaron con operatoria dental y endodoncia de las piezas a tratar, para luego colocar prótesis fija que ayudaran al soporte de la prótesis parcial removible tanto superior como inferior.

En 2024, González B. Y Maria de J., (4) realizaron un reporte de caso que destacaba el tratamiento de inmersión radicular como parte de una técnica conservadora para la preservación de hueso alveolar. Ya que como se indica en su reporte se logró preservar el ancho y la altura del hueso, destaca también que mantener la eminencia canina que proporciona la pieza es fundamental para el establecimiento para una expresión vestibular normal y un elevado valor estético que proporciona este relieve que recubre la raíz. Diversos estudios señalan el peligro y rápido avance de la reabsorción ósea en el primer año postextracción lo cual se puede lograr disminuir hasta un 50% con el uso de prótesis dentales.(11)

Bases teóricas:

Tema 1: Salud Bucodental

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), define la salud bucal no solo como la ausencia de enfermedades que afectan la cavidad bucal y dientes, si no como parte de la salud general fundamental para el bienestar de las personas, e implica estar libre de dolor orofacial, de cáncer de boca o faringe, llagas o aftas bucales, defectos congénitos como lesiones o fisuras del labio o paladar, caries dentales, entre otras.(12)

Tema 2: Inmersión radicular

La importancia del mantenimiento de las raíces dentales en boca es fundamental si buscamos evitar la pérdida del festoneado, o la disminución del volumen del reborde alveolar edéntulo. En el caso de exodoncia de los caninos afectaría también a la eminencia canina que es el relieve óseo que recubre la raíz, afectando por tanto la estética de la sonrisa y aumentando la probabilidad del aspecto de envejecimiento prematuro.(13)

La inmersión radicular es un proceso que se basa en mantener la raíz del diente previamente endodonciado por debajo de la encía, cortando la corona dental y realizando un tallado subgingival (4mm por debajo de la encía), posteriormente realizo una incisión de forma circular alrededor de la raíz y coloco un injerto gingival libre para la preservación ósea, conservación de la eminencia canina y permitiendo una cicatrización por primera intención.(4,13)

Tema 3: Prótesis parcial removible en la rehabilitación oral

La prótesis parcial removible continúa siendo una alternativa terapéutica muy eficiente y altamente aplicada para la rehabilitación de pacientes parcialmente edéntulos. Aunque su éxito depende en gran medida el estado de los dientes pilares y remanentes, la calidad de los tejidos de soporte, razón por la cual la preservación ósea obtenida mediante técnicas conservadoras puede contribuir a favor el pronóstico funcional y biomecánico de la rehabilitación.(14)

Tema 4: Uso de carillas dentales para fortalecer estructura de diente endodonciado

Las carillas dentales permiten fortalecer estructuralmente una pieza dental previamente endodonciada, principalmente si este se encuentra con una leve modificación de color, fisura o haya quedado muy debilitado, ya que permite fortalecer y proteger su estructura.(15)

Las carillas como tratamiento post endodoncia es una terapia médica adecuada cuando buscamos mantener una estética armoniosa en el sector anterior, a más de una recuperación estructural, ya que podremos corregir la forma del diente o si existe un cambio de color.(15)

Las carillas como tratamiento post endodoncia es una terapia médica adecuada cuando buscamos mantener una estética armoniosa en el sector anterior, a más de una recuperación estructural, ya que podremos corregir la forma del diente o si existe un cambio de color.(15)

CAPÍTULO III- MARCO METODOLÓGICO

Tipo y diseño de la investigación:

En este caso clínico se utilizó un **análisis descriptivo longitudinal**, de enfoque cualitativo, ya que nos permite detallar signos y síntomas que presenta el paciente al momento del estudio, además del diagnóstico y tratamiento a realizar, pudiendo registrar de manera óptima la evolución del paciente a medida que se realiza el paso a paso de su tratamiento.

Métodos, técnicas e instrumentos utilizados para el análisis:

Fotografías: Las fotografías intraorales y extraorales nos ayudan a visualizar diferentes tipos de anomalías tanto en los dientes, mucosa bucal, como demás estructuras anatómicas de la cara y la cavidad bucal, que nos permite documentar y evaluar el progreso del tratamiento.

Radiografías: Se utilizo tanto radiografías periapicales y radiografía panorámica para evaluar las estructuras odontológicas no visibles a nivel clínico y que nos ayudan a obtener un óptimo diagnóstico y tratamiento del paciente.

Modelos de estudio: el modelo de estudio nos permite tener una visión tridimensional de la cavidad bucal ayudándonos a analizar la posición de las piezas dentales, la forma de cada una de ellas y también nos sirven como material didáctico para la explicación al paciente para su condición actual y el posible resultado.

Historia Clínica Odontológica, formato 033 MSP: En base a la recolección de los datos del paciente se pudo evaluar motivo de consulta, enfermedad actual describiendo signos y síntomas del paciente, antecedentes de paciente y familiares, patologías que presento al momento de la consulta, signos vitales, y examen clínico extraoral.

Consentimiento Informado: Utilizado como documento legal e informativo para el entendimiento y aceptación del paciente al tratamiento que se piensa realizar.

Criterios de selección de paciente:

Se selecciono al paciente para el presente análisis de caso debido a la complejidad de su cuadro clínico, el cual exigía una intervención integral multidisciplinaria para devolver la función masticatoria, correcta oclusión y armonía del sistema estomatognático perdida. Además, el paciente presento un alto grado de motivación y cooperación, disponibilidad de tiempo y compromiso con cada cita, factores importantes para asegurar el éxito de la rehabilitación integral.

Criterios de inclusión:

Se incluyeron pacientes con una amplia necesidad odontológica, es decir, que requieran un manejo multidisciplinario, y que en su tratamiento se incluya como mínimo el manejo de cuatro especialidades odontológicas. Dentro de las necesidades requeridas el caso clínico debía permitir una evaluación de exploración completa, realización de exámenes auxiliares correspondientes, la formulación de diagnósticos integral y diferencial, así como el diseño, organización y ejecución de un plan de tratamiento planificado por etapas, para su seguimiento clínico y control.

Criterios de exclusión:

Se excluyeron aquellos casos que no precisaban un abordaje multidisciplinario, en los cuales no se permitiera una evaluación clínica completa y realización de exámenes complementarios correspondientes. También se excluyeron los casos de pacientes no cooperadores, no dispuestos a firmar el consentimiento informado pertinente, los cuales no permitieron la debida documentación y evaluación del tratamiento.

Consideraciones éticas:

El plan del tratamiento planteado fue firmado y autorizado por el paciente mediante el consentimiento informado para la debida atención clínica y uso académico del caso, garantizando la confidencialidad de los datos y anonimato del paciente.

El estudio de caso fue aprobado por el CEISH-ULEAM el día **12 enero de 2026** con numero **CEISH-Uleam_0603**, garantizando la confidencialidad y consentimiento informado, conforme a los principios éticos de la Declaración de Helsinki.(16).

Actividades

Tiempo y lugar: Semestre 2025- 2 en las clínicas odontológicas de la Carrera de Odontología, Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí.

Responsables: Investigador principal: Esther Noemi Arias Ochoa. Docente supervisor: Od. Maurizio Sebastian Rodriguez. Docente tutor: Od. Carmen Espinoza Arias.

Muestra: Paciente atendida en las Clínicas Odontológicas de la Carrera de Odontología, de la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí, seleccionada a base de criterios de especialistas de cada rama odontológica que presenta múltiples alteraciones a nivel bucodental, que requieren una rehabilitación integral.

Periodo de desarrollo de la actividad: Semestre 2025-2

Tiempo de duración de la actividad: 4 meses (Octubre- Enero), 6 horas a la semana.

CAPÍTULO IV- PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DEL CASO

Presentación de caso clínico:

Anamnesis del Paciente:

- Nombres y Apellidos: C.V. M. D.
- **Edad:** 40 años
- **Sexo:** Femenino
- **Ocupación:** Ama de Casa

Motivo de Consulta:

“Me quiero arreglar mis dientes porque no me gustan”

Enfermedad Actual:

Paciente de sexo femenino de 40 años de edad acude a consulta odontológica por presentar periodontitis aguda generalizada estadio 1 grado A, periodontitis apical aguda en la pieza #11, pulpitis irreversible en la pieza #21 y #22, odontoclasia en la pieza #16, múltiples lesiones cariosas tanto en piezas anteriores como posteriores y una malposición de la pieza #13 (ectópico).

- Antecedentes Familiares y Personales:

Familiares: Sin antecedentes médicos familiares

Personales: Sin antecedentes médicos

Personales odontológicos:

Maxilar:

- Extracción de piezas #27, #26, #24, #12
- Restauración de la pieza #25, #22, #21, #11

Mandíbula:

- Extracción de pieza #37, #46
- Restauración de piezas #37, #31, #47

Examen Clínico:

Examen Clínico Extraoral:



Como se observa (figura 1) el paciente presenta tercios faciales simétricos, a pesar de la leve caída facial del lado izquierdo, cierre labial normal, y sin patología bucal visible extraoralmente.

Figura 1. Foto extraoral frontal, vista de tercios faciales y asimetría.

Fuente: Arias, 2025

Examen Clínico Intraoral:

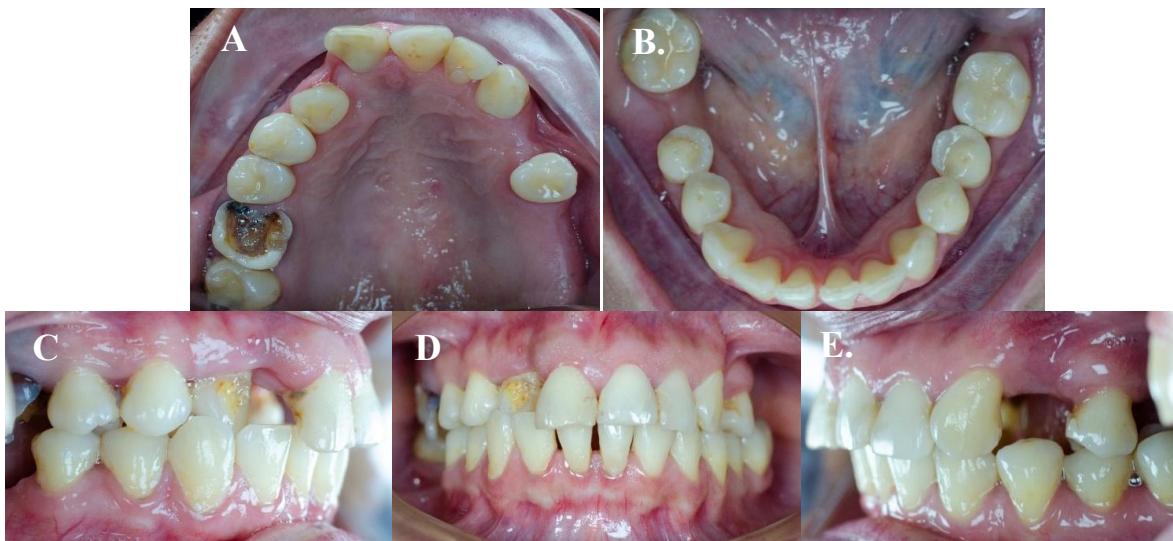


Figura 2. Collage de fotos intraorales, donde observamos múltiples lesiones cariosas, espacios edéntulos y mal posición de piezas. **A.** Vista oclusal superior. **B.** Vista oclusal inferior. **C.** Vista lateral derecha. **D.** Vista frontal en máxima intercuspidad. **E.** Vista lateral izquierda.

Fuente: Arias, 2025

En el examen intraoral (figura 2) podemos observar la afección de varias piezas dentales, las cuales han tenido un deterioro progresivo. Ausencia de las piezas #12, #24, #26, #27, correspondientes al maxilar superior en el cual también observamos, destrucción coronaria de la pieza #16, mal posición de la pieza #13 y obturaciones de las piezas #11, #21, #22, #25, en el maxilar inferior observamos la ausencia de las piezas #37, #46, obturaciones de las piezas #37, #31, #47.

Exámenes complementarios:

Radiografía Panorámica Inicial:



Figura 3. Radiografía panorámica
Fuente: Arias, 2025

Serie de Radiografías Periapicales Iniciales:

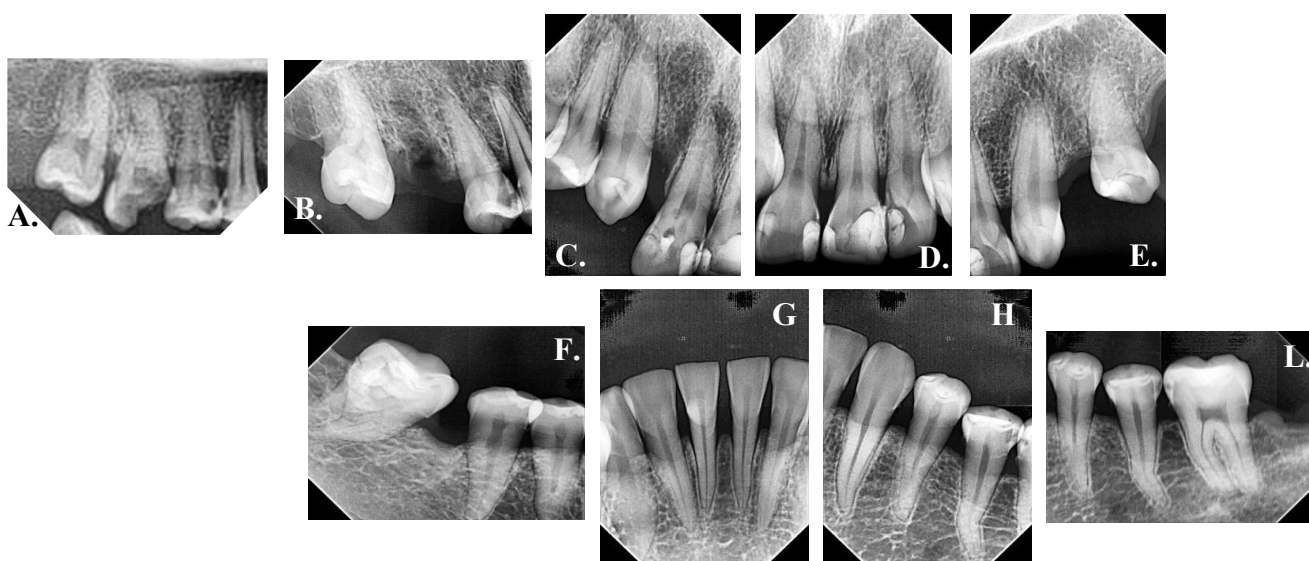


Figura 3. Serie de radiografías periapicales. A. vista de sextante 1, caries con comunicación pulpar en pieza #16, y caries proximal en #15 y #14. B. Vista de sextante 1 postextracción de pieza #16. C. Vista de premolar #14, canino con caries, ausencia de lateral y pieza 11 con zona radiolúcida en periapical y presencia de caries. D. Vista de sextante 2, restauraciones con infiltración en incisivos. E. Vista de sextante 3, ausencia de la pieza #24, restauración en mesial de la pieza #25. F. Vista de sextante 6, restauración con infiltración en pieza #47, ausencia de #46. G. Vista de sextante 5 pérdida ósea >4mm, restauración en pieza #41. H. Vista media del sextante 4, pérdida ósea >4mm, caries interproximal en #34 y #35. I. Vista media del sextante 4, caries interproximal en #36.

Fuente: Arias, 2025

Los exámenes radiográficos (figura 2, 3) nos confirman lo que visualizamos clínicamente, y podemos observar el nivel de compromiso de la estructura dental y la lesión

cariosa, el estado del hueso en las zonas edéntulas y el estado pulpar y periodontal general, que nos ayudará en el diagnóstico.

Diagnostico:

Periodoncia:

Gracias a las radiografías panorámica y periapicales pudimos observar el estado óseo del paciente ya que presentaba una disminución de patrón horizontal y en relación a las zonas edéntulas, y con una afección menor del 30% de las piezas, una profundidad de 4 a 5mm en el sondeo realizado en el periodontograma, acompañado de recesión gingival en múltiples piezas, presencia de depósitos de biofilm por mala higiene bucal, con bajo nivel de destrucción ósea lo que nos ayudó a diagnosticar como:

- Periodontitis, Estadio 1, Grado A, Generalizada. (CIE-10 K052)

Cirugía bucodental:

La pieza #16 demostró una gran destrucción dental según la clasificación IDCAS la consideramos como código 6 ya que la cavidad abarcaba más de 50% de la superficie dentaria, teniendo como diagnóstico odontoclasia.

- Odontoclasia de la pieza #16, IDCAS código 6. (CIE-10 K024)

Endodoncia:

Las radiografías periapicales fueron de gran apoyo para revisar el estado pulpar de las piezas #11, #21, #22, ya que se pudo observar la extensión de restauraciones dentales realizadas anteriormente que se encontraban en mal estado, en estas piezas no obstante también se le realizaron pruebas de vitalidad pulpar para determinar su nivel de afección. La pieza #11 radiográficamente muestra una zona radiolúcida alrededor del ápice, clínicamente se observó una pequeña fistula en la mucosa apical a la corona del diente, las pruebas térmicas de vitalidad pulpar dieron negativas por lo que se diagnosticó periodontitis apical aguda. En las piezas #21 y #22 radiográficamente se observó la extensión de la caries las cuales eran profundas y llegaban a afectar la pulpa dental, clínicamente las restauraciones con resina se encontraban en mal estado, a las pruebas térmicas dieron positivo en ambas la paciente presentó dolor agudo persistente por más de 15 segundos hasta después de retirado el estímulo, lo que nos ayudó a determinar su diagnóstico de pulpitis irreversible.

- Periodontitis apical aguda: Pieza #11. (CIE-10 K044)

- Pulpitis irreversible: Piezas #21, #22. (CIE-10 K0402)

Para el diagnóstico de la pieza #13 utilizamos las fotos intraorales y el modelo de estudio como apoyo para la valoración de su estado debido a su malposición, nos fue imposible utilizar métodos ortodónticos para su corrección de ubicación debido al tiempo ya programado del tratamiento general, así que se buscaron otras alternativas que ayudaran a conservar el hueso, el cual se perdería en una extracción, para esto como tratamiento se realizó una inmersión radicular con domo, para que se pudiera colocar una prótesis parcial y devolver la función tanto masticatoria como estética.

- Malposición pieza #13 (Inmersión radicular con domo)

Operatoria:

MAXILAR SUPERIOR:

Pieza #14	IDCAS código 4
Pieza #15	IDCAS código 4
Pieza #17	IDCAS código 3
Pieza #25	IDCAS código 4

MAXILAR INFERIOR:

Pieza #31	IDCAS código 3
Pieza #35	IDCAS código 4
Pieza #36	IDCAS código 4
Pieza #46	IDCAS código 5

Prótesis parcial:

Edentulismo parcial

- Maxilar superior: Clasificación de Kennedy, clase II, modificación 3.
- Maxilar inferior: Clasificación de Kennedy, clase III.

Plan de tratamiento:

Valoración inicial:

Se realizó en primera estancia una valoración previa para un diagnóstico de cada afección para organizar el diseño del tratamiento multifactorial, basándonos en los exámenes complementarios como radiografías, pruebas de vitalidad pulpar, periodontograma, modelos de estudio, etc., que nos ayudaron a obtener una visión más amplia de cada patología; destrucción ósea, sangrado al sondeo, alteración de vitalidad pulpar, focos infecciosos activos, nivel de extensión de lesión cariosa, útiles para fundamentar el caso.

Rehabilitación en Periodoncia:

Como tratamiento inicial en la primera semana del tratamiento se realizó *profilaxis dental y detartraje*, con técnica manual y curetas, tanto supragingival como subgingival, por sextantes, comenzando desde las piezas anteriores y luego a las posteriores. Utilizando curetas de Gracey $\frac{3}{4}$ para las caras vestibulares y linguales del sector anterior, y Gracey 11/12 y 13/14 para caras proximales del sector posterior.

Rehabilitación en Cirugía:

En la siguiente sesión del tratamiento, se realizó la *extracción simple de la pieza #16*, la cual estaba afectada estructuralmente (odontoclasia CIE-10 K024). Se irrigó el alveolo expuesto y se realizó raspado alveolar para eliminar cualquier posible infección presente. Finalizamos la extracción con un punto de sutura simple.

Rehabilitación en Endodoncia:

Por consiguiente, se realizaron las *endodoncias de las piezas #11 y #22*. La endodoncia de la pieza #11 se realizó en dos sesiones una para medicación intrapulpar y otra para obturación, utilizado para su tratamiento la técnica escalonada debido a que presentaba necrosis pulpar, siendo la medida total del diente de 21mm, la longitud de trabajo de 20.5mm (conductometría), lima maestra 60. Por otro lado, en la pieza #22 se realizó la técnica tradicional para el tratamiento, siendo la medida total del diente de 22mm, la longitud de trabajo de 21.5mm (conductometría), lima maestra 70.

En la semana siguiente. Se realizaron las *endodoncias de las piezas #21 y #13*, la endodoncia de la pieza #21 se realizó la técnica tradicional, siendo la medida total del diente de 21mm, la longitud de trabajo de 20.5mm (conductometría), lima maestra 60. En cuanto a la pieza #13 se realizó la técnica tradicional para el tratamiento, siendo la medida total del diente de 25mm, la longitud de trabajo de 24.5mm (conductometría), lima maestra 80.

Inmersión Radicular

Luego de culminar la endodoncia se procedió a la *inmersión de la pieza #13*, en esta pieza se realizó un *corte axial a 2mm por encima del nivel de la encía* y para sellar el tratamiento de conducto se restauró con ionómero de base y resina para recubrir el diente, como paso final se pulió el domo realizado.

Rehabilitación en Operatoria:

Las *operatorias* se realizaron en dos citas, primero se realizó las de la arcada superior en las piezas *#14, #15, #17 y #25* y luego las de la arcada inferior en las piezas *#36, #35, #31 y #46*

Rehabilitación en Prótesis Fija:

Como siguiente fase se realizó la *toma de impresión primaria*, el diseño de la prótesis según el caso con descansos y apoyos en las piezas *#17, #15, #14, #23 y #25*, se realizó los apoyos. teniendo en cuenta la línea del fulcrum y la distribución de las fuerzas masticatorias.

Se realizó la *toma de la impresión definitiva*, y la creación de la placa articular, para la relación craneomandibular la cual nos permite que la prótesis sea paralela y este alineada con los tercios faciales, por consiguiente, se mandó al laboratorio para la *elaboración de la prótesis removible superior de cromo cobalto*. Y por último se realizó la *adaptación de la prótesis y los debidos controles de ajuste y adaptación*.

Rehabilitación Estética:

Toma de matriz para la realización de carillas, continuando se tallaron las piezas *#11, #21 y #22*, y se realizaron las carillas con técnica directa con resina compuesta.

Blanqueamiento dental, una sesión realizada en la última semana del tratamiento integral.

Evolución

Para evaluar los resultados del paciente se procedió principalmente a realizar el análisis comparativo radiográfico, de los modelos de estudio y conjuntamente un exhaustivo examen intraoral en cada pieza rehabilitada para observar los resultados óptimos de un plan de tratamiento acorde a las necesidades del paciente.

A nivel periodontal los resultados mostraron una mejoría en la salud de las encías y soporte óseo del paciente, ya que según el control del periodontograma realizado el sangrado al sondaje paso de presentarse en el 71,4% de las piezas evaluadas al 14,3% lo que supone una reducción de casi el 80%, logrando reducir las bolsas periodontales que tenían una profundidad promedio de 4mm a 3,02mm, representando una reducción del 13,4%. Como se pudo apreciar el paciente presento una gran mejoría periodontal y avance del tratamiento, pero este tuvo una limitación dado a la deficiencia de la higiene bucal, la cual pudimos observar por la recurrencia y manejo continuo en los controles como nos indica en el índice de placa bacteriana que inicialmente fue de un 85,7% y al final del tratamiento se redujo a 9,5%. (Tabla 1)

TABLA 1. COMPARATIVA DE PARÁMETROS DE LA FASE PERIODONTAL

<i>Indicador</i>	<i>Evaluación Inicial</i>	<i>Evaluación Final</i>
<i>Sangrado al sondaje</i>	71,4%	14,13%
<i>Profundidad promedio de sondaje</i>	4,45 mm	3,02 mm
<i>Presencia de biofilm</i>	85,7%	9,5%
<i>Calculo dental</i>	1	0
<i>Higiene oral</i>	Deficiente	Bueno

La intervención quirúrgica de la pieza #16, no presento mayor complicación postoperatoria, presenta una buena cicatrización total luego de 1 mes de la cirugía, un reborde alveolar sin irregularidades ni espícula y un selle alveolar adecuado, favoreciendo la condición de los tejidos al disminuir el nivel de bacterias dañinas en el medio bucal, debido a la odontoclasia (CIE-10 K024) que presentaba esta pieza. (Figura 4)

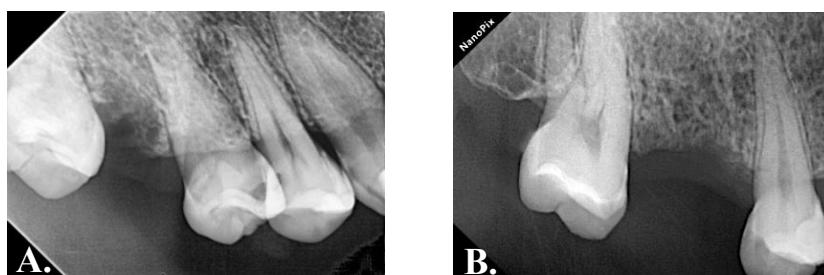


Figura 4. Radiografías periapicales post extracción de pieza #16. **A.** Primer control de formación de hueso una semana post extracción. **B.** Control después de dos meses de la extracción.
Elaboración propia.



Figura 5. Vista radiográfica de piezas endodonciadas #11, #21 y #22.
Fuente: Arias, 2025

Los resultados obtenidos luego del tratamiento endodóntico poseen un buen pronóstico, no hubo mayor inconveniente en ninguno de los tres casos, radiográficamente aún se encuentra en disminución la lesión radiolúcida apical de la pieza #11, en las demás piezas (#21 y #22) no se haya ninguna lesión apical ni anomalía. Al examen intraoral no presentan pigmentación oscura ninguna de las piezas, sin signos clínicos de dolor posterior y a las pruebas de sensibilidad presentan resultados negativos dado por la ausencia de la pulpa dental. (Figura 5)

La inmersión con domo del canino (#13) resulto exitosa y logro su objetivo de mantener la estructura ósea y permitir la colocación de la prótesis parcial de cromo- cobalto. (Figura 6)



Figura 6. Inmersión radicular de la pieza #13. **A.** Vista radiográfica de inmersión radicular, con endodoncia finalizada. **B.** Vista fotográfica intraoral de domo con resina de la pieza #13.
Fuente: Arias, 2025

Por otro lado, en cuanto a las operatorias realizadas no hubo mayor pérdida dentaria, pero la pieza #22 si presentó inconvenientes al realizar la operatoria posterior a la endodoncia ya que la caries provoco una destrucción dentinaria mayor a la prevista pasando de ser clasificada en IDCAS código 4 a ser IDCAS código 5 cavitando la dentina $>0,5\text{mm}$ por lo cual esta pieza tiene un pronóstico reservado, pudiendo ser necesario en un par de años la colocación de una corona fija.

TABLA 2. COMPARACION DEL INDICE DE CPO (ANTES Y DESPUES DEL TRATAMIENTO REHABILITADOR)

<i>Indicador</i>	<i>Evaluación Inicial</i>	<i>Evaluación Final</i>
C	8	0
P	11	11
O	0	8

La prótesis parcial superior de cromo-cobalto, nos ayudó en mejorar la calidad de vida del paciente, dando así además de una correcta función fonética y masticatoria, brindo una buena estética y armonía facial. Al tratarse de la primera experiencia de la paciente con una prótesis dental, existieron algunos problemas postadaptación como desajuste oclusal o la sensación de mucha presión en algunas piezas que servían de apoyo y anclaje, las cuales fueron resueltas en ajustes progresivos, control oclusal y desgaste selectivo de la prótesis para que el paciente sintiera más cómodo su uso. Se logro una correcta integración entre la prótesis y los tejidos y estructuras bucodentales, recuperando en totalidad la capacidad masticatoria. (Fig. 7)

Las carillas cumplen con su función de protección del diente y un tallado mínimo y poco invasivo. En el examen clínico no se observó ninguna irritación, enrojecimiento o inflamación a nivel de la encía libre, lo que nos indica que tuvieron un ajuste correcto al cuello del diente, además se revisaron que todos los puntos de contacto no se encuentren obstruidos por exceso de resina o adhesivo para evitar depósitos de biofilm y el fracaso del tratamiento.

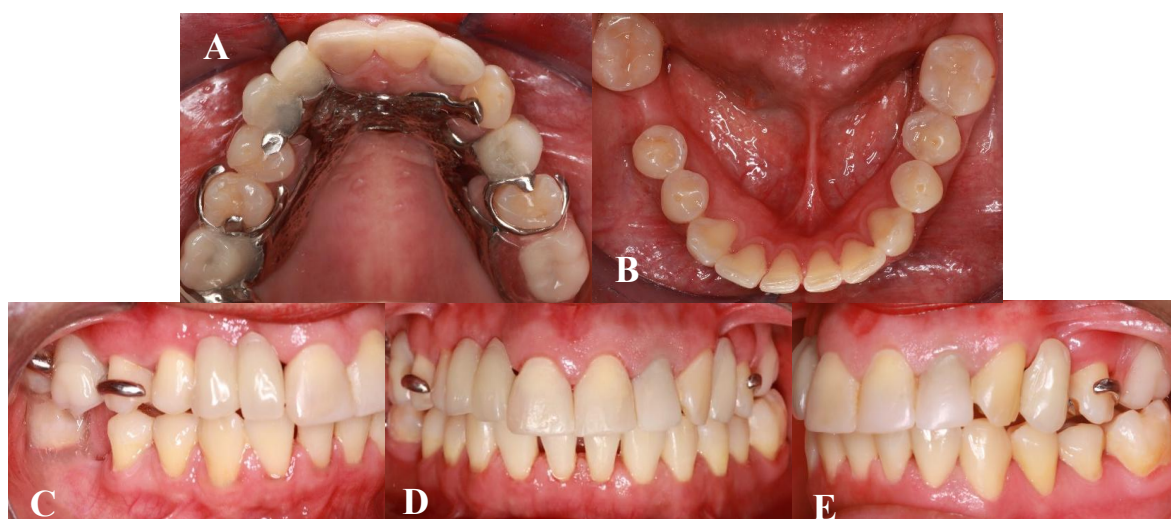


Figura 7. Collage de fotos intraorales postratamiento, observamos la prótesis parcial cromo-cobalto superior, y la restauración de piezas afectadas por caries dental. **A.** Vista oclusal superior. **B.** Vista oclusal inferior. **C.** Vista lateral derecha. **D.** Vista frontal en máxima intercuspidación. **E.** Vista lateral izquierda.

Elaboración propia

Discusión

Uno de los tratamientos realizados más discutido fue la endodoncia de la pieza #13 debido a la inmersión radicular con domo, ya que existen más opciones de tratamiento que se pudieron aplicar en este caso. Como manifiesta Haldenman (17), las endodoncias son realizadas en piezas afectadas pulparmente de manera irreversible o por alguna razón protésica, como también lo indica la OMS.(18) En el presente caso podemos mencionar que la endodoncia en la pieza #13 no estuvo motivada por una lesión o alteración pulpar, sino debido a que se tenía previsto realizar la inmersión radicular como parte del tratamiento protésico conservador.

Entre una de las opciones de tratamiento para la malposición de la pieza #13 estuvo la extracción ya que la pieza en su posición inicial ya no cumplía su función masticatoria, y era un impedimento para la colocación de la prótesis parcial la cual era la encargada de devolver esta función masticatoria, según Gómez Delgado A. y Montero M. (19), existen muchas razones que conllevan como finalidad la extracción de una pieza dental, entre las dos razones más comunes están, la caries dental y la enfermedad periodontal, ya que estas enfermedades de la cavidad oral afectan de manera pulpar u ósea, siguiendo con esta misma opinión en el presente caso no podríamos justificar la extracción de esta pieza dental que poseía un buen soporte óseo y con una lesión cariosa mínima, al contrario que el caso de la pieza #16 la cual presentaba una gran destrucción causada por una lesión cariosa avanzada.

Otra de las opciones de tratamiento más discutida para la pieza #13 fue la ortodoncia, la opción más conservadora y mínimamente invasiva, Hirschhaut, et al., (20) considera que el tratamiento ortodóntico es el más adecuado para tratar dientes ectópicos o con una posición inusual, pero que si se quiere tratar óptimamente el hallazgo temprano es el mejor escenario, ante esta mención aun no podríamos descartar que la ortodoncia deje de ser la mejor opción ya que mantener un diente vivo es más recomendable y la edad del paciente aun lo permite, sin embargo, Rodríguez R. et al., (21) advierte que el movimiento ortodóntico que se realiza para reubicar a un canino que se encuentra en malposición dentro del arco dentario son fuerzas intensas que colateralmente afectan a sus piezas vecinas y sobre todo a los incisivos, pudiendo provocar reabsorción ósea si no se tiene un buen soporte, y haciendo el tratamiento más extenso, de acuerdo a esta información y teniendo en cuenta la edad y que la paciente no presenta un periodonto saludable podemos afirmar que los movimientos ortodónticos pueden afectar de manera negativa a los incisivos, tomando también en consideración que la pieza #12 se encuentra ausente esto repartiría las fuerzas ortodónticas en los tres incisivos restantes,

necesitando un tiempo de tratamiento más extenso, lento y controlado para prevenir los efectos adversos de este, lo cual era una de las limitaciones del tratamiento y de igual manera se le indico a la paciente respetando también su decisión.

Por ello, en la pieza #13 se realizó la inmersión radicular y se dejó como protección un domo con resina, según mencionan Santana S., et al.,(21,22) de la universidad de México en el 2024, la inmersión radicular se lleva al cabo como un tratamiento conservador, el cual evita la reabsorción alveolar la cual es la principal consecuencia de la extracción dental. Por otro lado, García S. y Rosas Y. (13), opinan que la reabsorción ósea luego de una extracción puede ser muy variable dependiendo de cada individuo, pero es una condición que va progresando a medida que pasa el tiempo afectando a cualquier tratamiento protésico que se realice posteriormente. Tomando en cuenta estas ideas y la de diferentes autores se procedió a la inmersión radicular del canino para evitar la pérdida de estructura ósea o su reabsorción, teniendo presente que entre las complicaciones de este procedimiento encontramos la exposición radicular, reabsorción interna o externa y procesos infecciosos relacionados al fracaso endodóntico. En el presente caso no se observaron estas complicaciones durante los controles postratamiento, por lo cual se sugiere que la técnica fue apropiada, respaldándonos también del examen radiográfico postratamiento.

Debido a la inmersión radicular se pudo realizar un diseño más estético y funcional de la prótesis parcial removible de cromo cobalto, Vera A. y Sandoval S. (23) en el 2025, consideran que son un tratamiento efectivo para rehabilitar las funciones principales de la cavidad oral, solucionando en edentulismo parcial. A diferencia de los demás materiales de confección de la prótesis tales como el acrílico, PEEK, resinas acrílicas, entre otros materiales, se considera que las prótesis flexibles y las de cromo cobalto son las más resistentes, con mayor nivel de satisfacción y aceptación de los pacientes. Tomando en cuenta esta idea se prefirió elegir el cromo cobalto para la confección de la prótesis parcial superior, por su durabilidad, resistencia y por su efectividad para solucionar el edentulismo parcial de la paciente.

Otro tema discutido fue la no colocación de una prótesis parcial en la arcada inferior por la inclinación y mesialización de la pieza #47, habiendo una zona edéntula correspondiente a la pieza #46, Huang Chan-Te, et al. (24), advierte que si el espacio protésico se ve afectado por alguna inclinación o mesialización se complica el proceso de rehabilitación, ya que se crean problemas de interferencia biomecánicas, o troneras muy amplias que favorecen la acumulación de biofilm, este antecedente debe corregirse con ortodoncia para no producir

cambios en el eje de inserción. Sin embargo, otro tipo de alternativa para lograr la colocación de una prótesis parcial en caso de inclinación, Nica Diana, et al. (25), en 2026, menciona que cuando existe una inclinación de un molar es posible realizar una paralelización de la cara mesial del diente pilar mesializado, para eliminar el factor de interferencias biomecánicas y troneras amplias, más en el mismo artículo se menciona los contras que posee esta técnica, como un tallado excesivo, una exposición pulpar o irritación de la pulpa, y no se recomienda en casos de una mesialización mayor que interfiera con la colocación de un pónico del tamaño adecuado, es decir, en este caso realizar el tallado no es la mejor opción ya que al realizarlo el espacio edéntulo no sería suficiente para colocar el pónico de un primer molar, más bien el espacio solo sería adecuado para un premolar, dejando posiblemente troneras amplias. En uno de los controles postratamiento de periodoncia pudimos observar la recidiva de biofilm en la cara mesial del molar, lo que respalda nuestra decisión de no colocar una prótesis para mejorar el estado periodontal de la pieza y su conservación a largo plazo.

El principal aporte del caso radica en demostrar que la inmersión radicular puede constituir una alternativa conservadora viable frente a la exodoncia de un canino en malposición aun cuando existían limitaciones en el caso, tales como un corto periodo de control y seguimiento clínico y radiográfico, lo que impide determinar el progreso de la inmersión radicular a largo plazo. Sin embargo, los resultados obtenidos sugieren que esta técnica puede contribuir a preservar el reborde alveolar y facilitar una rehabilitación funcional y estética

CAPÍTULO V.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusión

La inmersión radicular con domo de la pieza #13 permitió no solo la conservación ósea, sino también el asentamiento correcto de la prótesis dental, que brindó un diseño estético y funcional para el paciente, sin presentar complicaciones clínicas o radiográficas durante el periodo de seguimiento.

El abordaje multidisciplinario que permitió mejorar la salud periodontal, evidenciada en la disminución de la profundidad del sondaje, sangrado al sondaje y presencia de biofilm. Asimismo, permitió la conservación de piezas afectadas a nivel pulpar contribuyendo a un mejor pronóstico para la rehabilitación oral.

El diagnóstico clínico y radiográfico integral permitió identificar alteraciones periodontales, pulpares, funcionales y estructurales que comprometían la función del sistema estomatognático, proporcionando la información adecuada y necesaria para una adecuada planificación. La evaluación postratamiento evidenció resultados favorables, ausencia de complicaciones asociadas a la inmersión radicular y una adecuada adaptación de la prótesis.

Podemos concluir, que la rehabilitación integral y conservadora permitió restablecer la función masticatoria y la armonía del sistema estomatognático mediante la preservación de estructuras dentarias y la aplicación secuencial de diferentes especialidades odontológicas, obteniendo resultados clínicos y radiográficos satisfactorios durante el periodo de control y seguimiento.

Recomendaciones

Rehabilitar a un paciente de manera integral puede parecer complicado, ya que se tiene que observar el problema no solo individualmente si no que, como un conjunto de un mismo sistema, para poder realizarse de la manera correcta se debe realizar un examen tanto clínico como radiográfico para poder observar cada estructura de la cavidad oral.

Es recomendable diseñar varias opciones de tratamiento que traten de atender cada uno de los problemas encontrados en el sistema estomatognático, para que entre el paciente y el odontólogo puedan escoger el más favorecedor.

La planificación también es muy importante ya que debemos analizar que tratamiento debe ir primero y con cual vamos a finalizar, ya que cada uno debe llevar un orden y seguimiento específico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Salud oral [Internet]. 2026 [citado el 8 de junio de 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-oral>
2. OMS. ¿Cómo define la OMS el concepto de salud? En: Organización Mundial de la Salud.
3. López L, Miranda I. Biofilm dental y terapéutica periodontal: una revisión de la evidencia científica. Rev Med Panama. el 14 de octubre de 2025;45(2):65–78. doi:10.48204/medica.v45n2.8424
4. González Burgos M de J. Inmersión Radicular para la Preservación del Hueso Alveolar: Reporte de un Caso. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco. 2024. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0719-01072019000300154>
5. Rosero Mendoza JI, Valarezo Torres JJ, Segovia Palma P, Cedeño Delgado MJ. Intervención interdisciplinaria en odontología integral: un enfoque centrado en el paciente. Una revisión sistemática. RECIMUNDO. el 10 de abril de 2025;9(2):278–98. doi:10.26820/recimundo/9.(2).abril.2025.278-298
6. Lamas Lara C, Paz Fernández JJ, Paredes Coz G, Angulo de la Vega G, Cardoso Hernández S. Rehabilitación Integral en Odontología. Odontología Sanmarquina. el 14 de mayo de 2024;15(1):31. doi:10.15381/os.v15i1.2856
7. Verónica H, Jessenia G. Rehabilitación odontológica integral. Dialnet- DOMINIO DE LAS CIENCIAS. el 5 de enero de 2019;5:4–7. doi:<http://dx.doi.org/10.23857/dom.cien.pocaip.2019.5.1.enero.713-721>
8. Kaán R, Meschi N, Van Gorp G, Wyatt J, Sellami R, Lahoud P, et al. A Retrospective Case Series of Decoronation and Root Submergence With Long-Term Follow-Up: Trend Analysis of Provisional Restoration Survival and Marginal Bone Development. Dental Traumatology. el 7 de agosto de 2025;41(4):457–75. doi:10.1111/edt.13037
9. Crowder L, Colloc T, Surendran S, McGregor S, Kilgariff J. Endodontic management of submerged roots following complicated traumatic dental injury (<scp>TDI</scp>) in children and adolescents: A systematic review. Int J Paediatr Dent. el 28 de septiembre de 2024;34(5):608–20. doi:10.1111/ipd.13161

10. Juan H, José H, Sergio A. Rehabilitación oral en paciente con alteración de la dimensión vertical oclusal aplicando un enfoque multidisciplinario. *Estomatol Herediana- Scielo* [Internet]. el 28 de enero de 2018 [citado el 23 de mayo de 2026];44–55. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/REH/article/view/3282>
doi:<https://doi.org/10.20453/reh.v28i1.3282>
11. Rodríguez JC. SOCKET SHIELD: NUEVA TÉCNICA EN LA PRESERVACIÓN DEL REBORDE ALVEOLAR Y CONTORNO GINGIVAL EN ZONAS ESTÉTICAS. UNIVERSIDAD DE SEVILLA. 2020;2. doi:2017-10-06T14:15:08Z
12. OMS. Salud Bucodental. En: Organización Mundial de la Salud. 2025.
13. Sixto G, Yamilett R. INMERSIÓN DE RAÍZ Y SELLADO ALVEOLAR CON INJERTO GINGIVAL LIBRE PARA LA PRESERVACIÓN DE REBORDE. *DeCS BIREME*. el 2 de diciembre de 2018;70–4. doi:KIRU.2015;12(2):70-74.
14. Andrea S. CAD-CAM. Uso en el diseño y fabricación de prótesis parcial removible . Repositorio de la Universidad Nacional Autónoma de México . abril de 2023. doi:<https://doi.org/10.62574/1s0vna24>
15. Mendoza Castro AM, Muñoz Macías MD, Molina Pinargote MP. Restauración del Diente Endodonciado. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud Salud y Vida*. el 1 de julio de 2019;3(6):416. doi:10.35381/s.v.v3i6.325
16. Manzini JL. DECLARACIÓN DE HELSINKI: PRINCIPIOS ÉTICOS PARA LA INVESTIGACIÓN MÉDICA SOBRE SUJETOS HUMANOS. *Acta Bioeth*. diciembre de 2000;6(2). doi:10.4067/S1726-569X2000000200010
17. Moises HR, Sandra VC, Carlo Eduardo MS, María de Lourdes MC. Razones para realizar tratamiento de conductos en las clínicas odontológicas de una Universidad de México. *Medigraphic*. 2021;745–7. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1747-4477.1995.tb00517.x>
18. OMS. Endodoncias en Salud Bucodental. Organización Mundial de la Salud. 2025.
19. Gómez-Delgado A, Montero-Aguilar M. Razones para la extracción de piezas dentales en la Facultad de Odontología, Universidad de Costa Rica. *Odovtos - International Journal of Dental Sciences*. 2018;13:36–41. doi:<https://doi.org/10.5377/revminerva.v5i3.15811>

20. Hirschhaut M, Weinstein C, Flores-Mir C, Naoumova J. Orthodontic management of ectopic and impacted teeth. *Semin Orthod.* abril de 2025. doi:10.1053/j.sodo.2025.04.001
21. Rodríguez Romero FJ, Rodríguez Sánchez M, Rodríguez Rodríguez B. Avances en odontoestomatología. *Av Odontoestomatol.* 2016;24(2):147–56. doi:https://doi.org/10.1093/ejo/19.1.79
22. Santana-Delgado SA, Herrera-Tinajero LP, Bermúdez-Cortés M, Villegas-Mercado CE, Espinoza-de la O C, Chairez-Sánchez N, et al. Sumersión radicular para la preservación de reborde alveolar en paciente con discapacidad auditiva: caso clínico. *REVMEDUAS.* el 3 de julio de 2024;14(2):164–70. doi:10.28960/revmeduas.2007-8013.v14.n2.007
23. Vera Zambrano AV, Sandoval Pedauga S. Estudio de satisfacción entre las diferentes prótesis parcial removible. *Odontologia (Lima).* el 2 de octubre de 2025;27(Especial (2)):75–81. doi:10.29166/odontologia.vol27.n2.esp.2025-e8252
24. Huang CT, Liu FC, Luk KC. Interference factors regarding the path of insertion of rotational-path removable partial dentures. *Biomed J.* febrero de 2017;40(1):69–75. doi:10.1016/j.bj.2016.07.003
25. Nica DF, Dinu S, Chioran D, Nicoara A, Rivis M, Duma VF, et al. Biomechanical Evaluation of the Second Molar Uprighting with Retromolar Mini-Implants in the Presence and Absence of the Third Molar. *Oral.* el 17 de abril de 2026;6(2):47. doi:10.3390/oral6020047

Historia Clínica y Consentimiento Informado:

Uleam
UNIVERSITY OF LEAMING

INIVERSIDAD LAICA "ELOY ALFARO" DE MANABÍ CARRERA DE ODONTOLOGIA

1. NOMBRE COMPLETO PACIENTE: Comen Virginia Montoya Delgado				2. LUGAR PACIENTE (DIF. DE CLINICA): Quito				3. RELACION PACIENTE: paciente			
4. PERSONA ACREDITADO: SEÑOR LAMAR OROZUELA EMPLEADO ENTRADA				GRUPO DE VENTAJAS Y DISCAPACIDADES DEL EMBAJADOR DEL CATASTROFISMO ACTA COMPLEJIDAD DEL PROBLEMA PREVISTA DE LA LESION Y/O DEL PACIENTE (ENI):							
5. SEXO: M		6. EDAD: 31 Años de Casa		7. DIF. DE CLINICA: N/A		8. DIF. DE CLINICA: N/A		9. DIF. DE CLINICA: N/A		10. DIF. DE CLINICA: N/A	
11. PAIS DE ORIGEN: COLOMBIA		12. CIUDAD: BOGOTÁ		13. PROFESION: Odontólogo		14. RAZA: Caucas		15. N° APP. O. CASA:		16. N° APP. O. CASA:	
17. NOMBRE COMPLETO REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR, ACREDITADO O CONTACTO DE PRESENCIA: ROSAIR				18. PARENTESCO CON PACIENTE: LIBRE				19. TELÉFONO:			
20. FORMAS DE ATENCION: CLINICA: ☒ UNIDAD: ☐ ESPESIO: ☐ OTRO: ☐				21. DESCRIPCION NUMERO DEL LUGAR DE ATENCION, NUMERO DE LA ASIGNATURA, BARRIO, UNIDAD EDUCATIVA, ENTRE OTROS:							
22. OBJETIVO PRINCIPAL DE LA CONSULTA: * Mis quiero arreglar mis dientes porque no me gustan *				23. ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSION DEL INFORMANTE:							
24. ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL: Altoresse paronismo de 40 años desde la consulta odontologica por presentar dolor persistente y pulsátil en el sector anterior, desde superior como inferior, leve inflamación a nivel de los incisivos más notables en el segmento 2 y 5, resaca gingival y varios piezas afectadas con lesión cariosa por lo que también presenta dolor a la oclusión y sensibilidad dental.				25. HISTORIA CLINICA, ANAMNESIS, EXAMEN DE CARAS, APARATOS:							
26. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO				27. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO							
28. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO				29. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO							
30. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO				31. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO							
32. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO				33. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO							
34. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO				35. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO							
36. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO				37. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO							
38. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO				39. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO							
39. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO				40. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO							
40. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO				41. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO							
41. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO				42. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO							
42. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO				43. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO							
43. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO				44. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO							
44. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO				45. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO							
45. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO				46. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO							
46. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO				47. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO							
47. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO				48. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO							
48. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO				49. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO							
49. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO				50. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO							
50. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO				51. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO							
51. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO				52. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO							
52. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO				53. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO							
53. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO				54. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO							
54. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO				55. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO							
55. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO				56. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO							
56. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO				57. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO							
57. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO				58. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO							
58. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO				59. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO							
59. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO				60. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO							
60. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO				61. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO							
61. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO				62. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO							
62. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO				63. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO							
63. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO				64. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO							
64. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO				65. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO							
65. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO				66. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO							
66. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO				67. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO							
67. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO				68. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO							
68. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO				69. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO							
69. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO				70. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO							
70. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO				71. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO							
71. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO				72. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO							
72. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: NUNCA CUESTIONARIO				73. ANTECEDENTES PERSONALES							

EJECUTORIA		PRIMA DIA TIO REALIZADO, SIGO PATRULLA ACTUAL, RECEBION MARCA CON "X" Y PRODUCA RESULTADO CON "1" SI ES POSIBLE																SEÑALES		DESCRIPCION	
RECEPCION	PROCESADO																	SEÑAL	DESCRIPCION		
																		SEÑAL	DESCRIPCION		
																		SEÑAL	DESCRIPCION		
																		SEÑAL	DESCRIPCION		
																		SEÑAL	DESCRIPCION		
																		SEÑAL	DESCRIPCION		
																		SEÑAL	DESCRIPCION		
																		SEÑAL	DESCRIPCION		
																		SEÑAL	DESCRIPCION		
																		SEÑAL	DESCRIPCION		
																		SEÑAL	DESCRIPCION		
																		SEÑAL	DESCRIPCION		
																		SEÑAL	DESCRIPCION		
																		SEÑAL	DESCRIPCION		
																		SEÑAL	DESCRIPCION		
																		SEÑAL	DESCRIPCION		
																		SEÑAL	DESCRIPCION		
																		SEÑAL	DESCRIPCION		
																		SEÑAL	DESCRIPCION		
																		SEÑAL	DESCRIPCION		
																		SEÑAL	DESCRIPCION		
																		SEÑAL	DESCRIPCION		
																		SEÑAL	DESCRIPCION		
																		SEÑAL	DESCRIPCION		
																		SEÑAL	DESCRIPCION		
																		SEÑAL	DESCRIPCION		
																		SEÑAL	DESCRIPCION		
																		SEÑAL	DESCRIPCION		
																		SEÑAL	DESCRIPCION		
																		SEÑAL	DESCRIPCION		
																		SEÑAL	DESCRIPCION		
																		SEÑAL	DESCRIPCION		
																		SEÑAL	DESCRIPCION		
																		SEÑAL	DESCRIPCION		
																		SEÑAL	DESCRIPCION		
																		SEÑAL	DESCRIPCION		
																		SEÑAL	DESCRIPCION		
																		SEÑAL	DESCRIPCION		
																		SEÑAL	DESCRIPCION		
																		SEÑAL	DESCRIPCION		
																		SEÑAL	DESCRIPCION		
																		SEÑAL	DESCRIPCION		
																		SEÑAL	DESCRIPCION		
																		SEÑAL	DESCRIPCION		

[illegible]



Uleam

UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABI
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGIA

ASENTAMIENTO INFORMADO PROYECTO DE INVESTIGACION

1. Identificación del estudio de estas actividades

1.1. Objetivo y Justificación:

1. Participación voluntaria legal NO paga por ninguno de los análisis que se realicen en la investigación.

1.2. Participación voluntaria legal NO implica consentimiento por escrito del participante.

En caso de pagar a producir un evento futuro, que requiera asistencia médica, como resultado de cualquier procedimiento de la investigación informado en la suma de materiales biológicos, el participante podrá solicitar al Departamento de Investigación del Hospital Jorge Ibarra Zenteno del momento de salir del país y se dará seguimiento del participante hasta resolución del evento.

En el caso de no pagar asistencia futura durante la duración de las actividades, el investigador principal asumirá los costos económicos y dará seguimiento del participante hasta su recuperación y/o salida definitiva.

1.3. Mecanismos PARA INTERVENIR LA COMERCIALIZACIÓN DE DATOS

1. Durante el desarrollo de la investigación la información obtenida, será entregada a la(s) institución(es) principal(es) para su procesamiento **ANONIMIZADA**.
 Al finalizar la investigación la información obtenida, será entregada a la(s) institución(es) principal(es) para su procesamiento **ANONIMIZADA**, la(s) institución(es) de acuerdo con el protocolo de confidencialidad al desarrollo de futuras investigaciones.

2. Consentimiento informado

2.1. CONCEPTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

X	SI	NO
En calidad de participante/representante legal del participante declare que:		
1. He leído y comprendido el contenido del consentimiento informado.	☒	☐
2. He leído y comprendido todos mis derechos.	☒	☐
3. He leído y comprendido los riesgos de la investigación.	☒	☐
4. Entiendo que firmo este documento. NO implica renuncia a ninguno de los derechos que por ley me corresponden.	☒	☐
5. Entiendo que la información de los procedimientos que se realizarán para el desarrollo de la investigación se guardará en forma confidencial.	☒	☐
6. He sido informado sobre las características y el potencial beneficio que conllevará mi futura participación en esta investigación.	☒	☐
7. He sido informado que los datos de cualquier naturaleza que se recolecten en el desarrollo de la investigación serán utilizados para fines de investigación y no serán compartidos con terceros.	☒	☐
8. He sido informado que los datos de cualquier naturaleza que se recolecten en el desarrollo de la investigación serán utilizados para fines de investigación y no serán compartidos con terceros.	☒	☐
9. He sido informado que los datos de cualquier naturaleza que se recolecten en el desarrollo de la investigación serán utilizados para fines de investigación y no serán compartidos con terceros.	☒	☐
10. He sido informado que los datos de cualquier naturaleza que se recolecten en el desarrollo de la investigación serán utilizados para fines de investigación y no serán compartidos con terceros.	☒	☐
11. He sido informado que los datos de cualquier naturaleza que se recolecten en el desarrollo de la investigación serán utilizados para fines de investigación y no serán compartidos con terceros.	☒	☐
12. He sido informado que los datos de cualquier naturaleza que se recolecten en el desarrollo de la investigación serán utilizados para fines de investigación y no serán compartidos con terceros.	☒	☐
13. He sido informado que los datos de cualquier naturaleza que se recolecten en el desarrollo de la investigación serán utilizados para fines de investigación y no serán compartidos con terceros.	☒	☐
14. He sido informado que los datos de cualquier naturaleza que se recolecten en el desarrollo de la investigación serán utilizados para fines de investigación y no serán compartidos con terceros.	☒	☐
15. He sido informado que los datos de cualquier naturaleza que se recolecten en el desarrollo de la investigación serán utilizados para fines de investigación y no serán compartidos con terceros.	☒	☐
16. He sido informado que los datos de cualquier naturaleza que se recolecten en el desarrollo de la investigación serán utilizados para fines de investigación y no serán compartidos con terceros.	☒	☐
17. He sido informado que los datos de cualquier naturaleza que se recolecten en el desarrollo de la investigación serán utilizados para fines de investigación y no serán compartidos con terceros.	☒	☐
18. He sido informado que los datos de cualquier naturaleza que se recolecten en el desarrollo de la investigación serán utilizados para fines de investigación y no serán compartidos con terceros.	☒	☐
19. He sido informado que los datos de cualquier naturaleza que se recolecten en el desarrollo de la investigación serán utilizados para fines de investigación y no serán compartidos con terceros.	☒	☐
20. He sido informado que los datos de cualquier naturaleza que se recolecten en el desarrollo de la investigación serán utilizados para fines de investigación y no serán compartidos con terceros.	☒	☐
21. He sido informado que los datos de cualquier naturaleza que se recolecten en el desarrollo de la investigación serán utilizados para fines de investigación y no serán compartidos con terceros.	☒	☐
22. He sido informado que los datos de cualquier naturaleza que se recolecten en el desarrollo de la investigación serán utilizados para fines de investigación y no serán compartidos con terceros.	☒	☐
23. He sido informado que los datos de cualquier naturaleza que se recolecten en el desarrollo de la investigación serán utilizados para fines de investigación y no serán compartidos con terceros.	☒	☐
24. He sido informado que los datos de cualquier naturaleza que se recolecten en el desarrollo de la investigación serán utilizados para fines de investigación y no serán compartidos con terceros.	☒	☐
25. He sido informado que los datos de cualquier naturaleza que se recolecten en el desarrollo de la investigación serán utilizados para fines de investigación y no serán compartidos con terceros.	☒	☐
26. He sido informado que los datos de cualquier naturaleza que se recolecten en el desarrollo de la investigación serán utilizados para fines de investigación y no serán compartidos con terceros.	☒	☐
27. He sido informado que los datos de cualquier naturaleza que se recolecten en el desarrollo de la investigación serán utilizados para fines de investigación y no serán compartidos con terceros.	☒	☐
28. He sido informado que los datos de cualquier naturaleza que se recolecten en el desarrollo de la investigación serán utilizados para fines de investigación y no serán compartidos con terceros.	☒	☐
29. He sido informado que los datos de cualquier naturaleza que se recolecten en el desarrollo de la investigación serán utilizados para fines de investigación y no serán compartidos con terceros.	☒	☐
30. He sido informado que los datos de cualquier naturaleza que se recolecten en el desarrollo de la investigación serán utilizados para fines de investigación y no serán compartidos con terceros.	☒	☐
31. He sido informado que los datos de cualquier naturaleza que se recolecten en el desarrollo de la investigación serán utilizados para fines de investigación y no serán compartidos con terceros.	☒	☐
32. He sido informado que los datos de cualquier naturaleza que se recolecten en el desarrollo de la investigación serán utilizados para fines de investigación y no serán compartidos con terceros.	☒	☐
33. He sido informado que los datos de cualquier naturaleza que se recolecten en el desarrollo de la investigación serán utilizados para fines de investigación y no serán compartidos con terceros.	☒	☐
34. He sido informado que los datos de cualquier naturaleza que se recolecten en el desarrollo de la investigación serán utilizados para fines de investigación y no serán compartidos con terceros.	☒	☐
35. He sido informado que los datos de cualquier naturaleza que se recolecten en el desarrollo de la investigación serán utilizados para fines de investigación y no serán compartidos con terceros.	☒	☐
36. He sido informado que los datos de cualquier naturaleza que se recolecten en el desarrollo de la investigación serán utilizados para fines de investigación y no serán compartidos con terceros.	☒	☐
37. He sido informado que los datos de cualquier naturaleza que se recolecten en el desarrollo de la investigación serán utilizados para fines de investigación y no serán compartidos con terceros.	☒	☐
38. He sido informado que los datos de cualquier naturaleza que se recolecten en el desarrollo de la investigación serán utilizados para fines de investigación y no serán compartidos con terceros.	☒	☐
39. He sido informado que los datos de cualquier naturaleza que se recolecten en el desarrollo de la investigación serán utilizados para fines de investigación y no serán compartidos con terceros.	☒	☐
40. He sido informado que los datos de cualquier naturaleza que se recolecten en el desarrollo de la investigación serán utilizados para fines de investigación y no serán compartidos con terceros.	☒	☐
41. He sido informado que los datos de cualquier naturaleza que se recolecten en el desarrollo de la investigación serán utilizados para fines de investigación y no serán compartidos con terceros.	☒	☐
42. He sido informado que los datos de cualquier naturaleza que se recolecten en el desarrollo de la investigación serán utilizados para fines de investigación y no serán compartidos con terceros.	☒	☐
43. He sido informado que los datos de cualquier naturaleza que se recolecten en el desarrollo de la investigación serán utilizados para fines de investigación y no serán compartidos con terceros.	☒	☐
44. He sido informado que los datos de cualquier naturaleza que se recolecten en el desarrollo de la investigación serán utilizados para fines de investigación y no serán compartidos con terceros.	☒	☐
45. He sido informado que los datos de cualquier naturaleza que se recolecten en el desarrollo de la investigación serán utilizados para fines de investigación y no serán compartidos con terceros.	☒	☐
46. He sido informado que los datos de cualquier naturaleza que se recolecten en el desarrollo de la investigación serán utilizados para fines de investigación y no serán compartidos con terceros.	☒	☐
47. He sido informado que los datos de cualquier naturaleza que se recolecten en el desarrollo de la investigación serán utilizados para fines de investigación y no serán compartidos con terceros.	☒	☐
48. He sido informado que los datos de cualquier naturaleza que se recolecten en el desarrollo de la investigación serán utilizados para fines de investigación y no serán compartidos con terceros.	☒	☐
49. He sido informado que los datos de cualquier naturaleza que se recolecten en el desarrollo de la investigación serán utilizados para fines de investigación y no serán compartidos con terceros.		

Aceptación del CEISH:



Ministerio de Salud Pública
Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud
Dirección Nacional de Investigación en Salud

ANEXO 11. Formato de Carta de exención

Oficio circular No. 0154-CEISH-JMSZ-2026

Manta, 15 de abril de 2025

Señor/a:

Esther Noemi Arias Ochoa

Investigador Principal

Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí

Presente

De mi consideración,

El Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí (CEISH-Uleam), una vez que revisó el protocolo de investigación titulado "Inmersión Radicular Con Domo En Canino Como Alternativa Conservadora Para La Preservación Ósea En Una Rehabilitación Integral. Reporte De Caso" Codificado "CEISH-Uleam_0603" como notifica a Usted que este proyecto es una investigación exenta de evaluación por parte del CEISH-Uleam, de acuerdo con lo establecido en la normativa legal vigente.

Descripción de la Investigación:

- Tipo de estudio: De intervención
- Duración del estudio (meses) 4
- Instituciones participantes 1
- Investigadores del estudio 2

Documentación de la investigación:

Nombre de Documentos	Número de páginas	Fecha
Declaración de responsabilidad	1	12/01/2026
Carta de interés de el/los máximas autoridades de el/los establecimientos	No aplica	No aplica
Solicitud de exención con justificación para considerarlo exento	1	12/01/2026
Formulario para la presentación de protocolos de investigaciones	1	12/01/2026
Instrumentos que se emplearán para la ejecución del estudio	1	12/01/2026

Esta carta de exención tiene una vigencia de un año, contado desde la fecha de recepción de esta documentación. La investigación deberá ejecutarse de conformidad a lo descrito en el protocolo de investigación presentado al CEISH-Uleam. Cualquier modificación a la documentación antes descrita, deberá ser presentada a este Comité para su revisión y aprobación.

Atentamente,



Juan Manuel Sierra
Zambrano
Firma digitalizada
15/04/2025 14:45

Od. Juan Sierra Zambrano

Presidente CEISH-Uleam

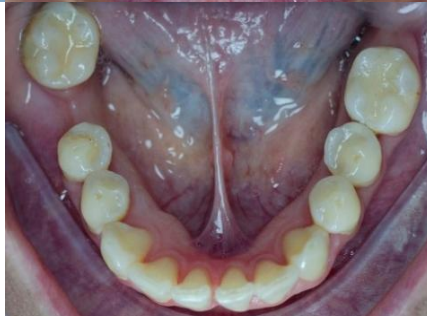
Institución Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí

Correo electrónico: juan.sierra@uleam.edu.ec

Fotografías Extraorales Iniciales



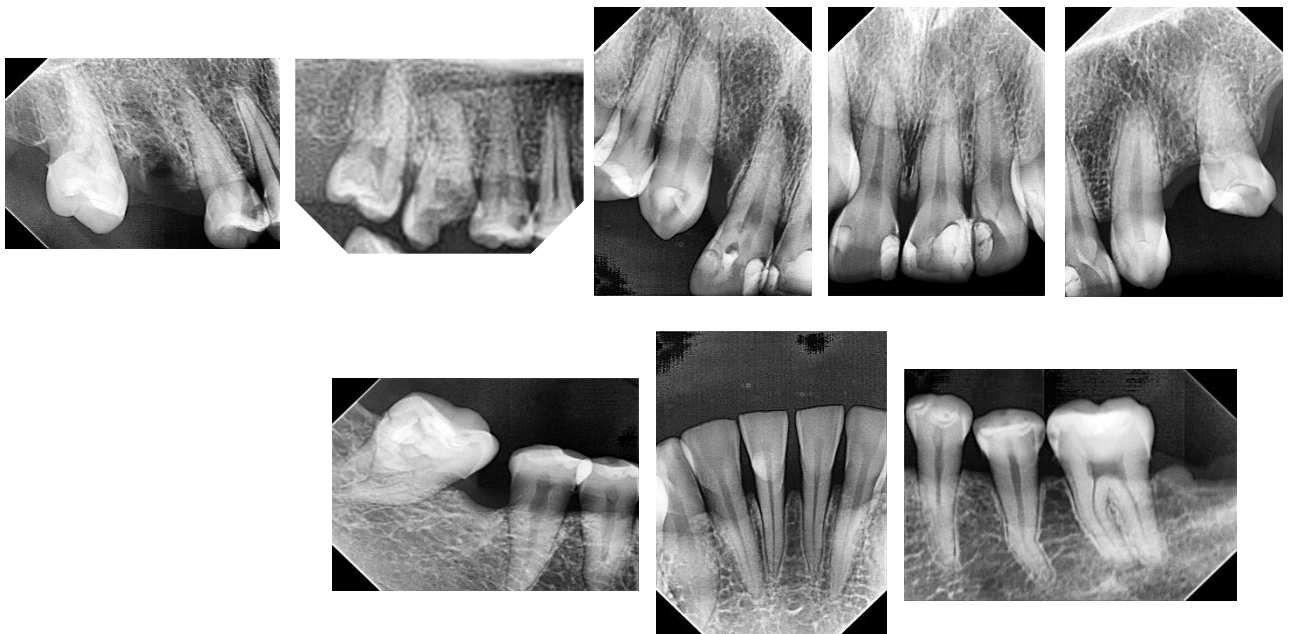
Fotografías Intraorales Iniciales



Radiografía Panorámica Inicial:



Serie de Radiografías Periapicales Iniciales:

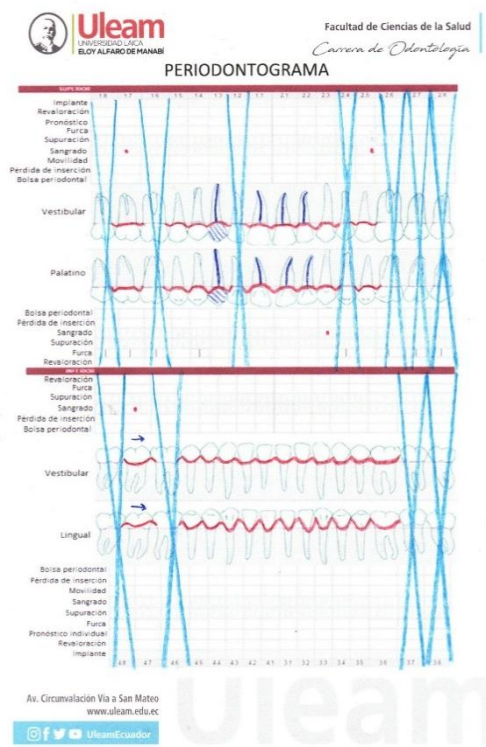


Periodontograma:

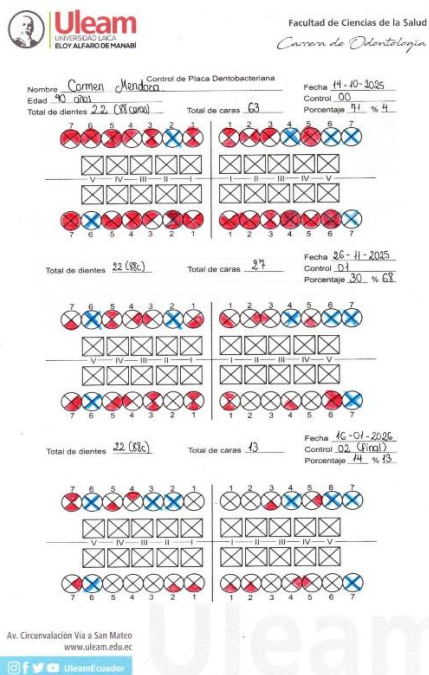
Inicial:



Final:



Control de Placa Bacteriana:



Fotografías Extraorales Finales:



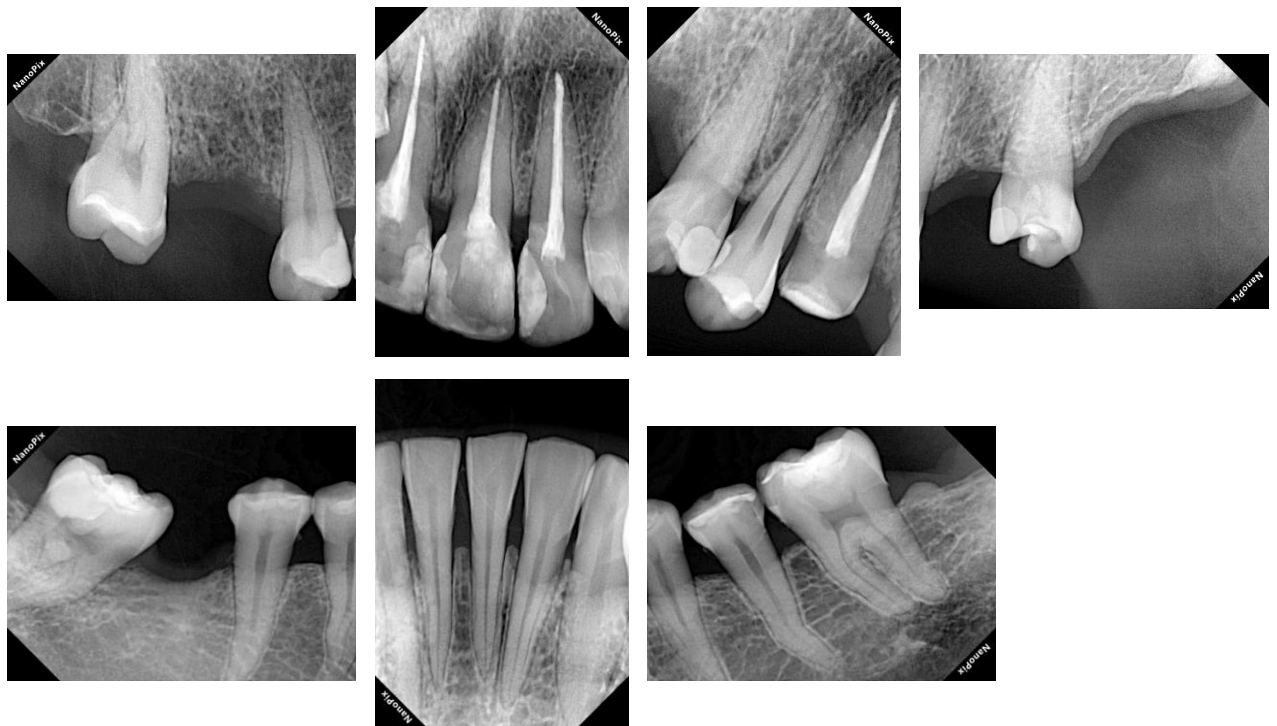
Fotografías Intraorales Finales:



Radiografía Panorámica Final:



Radiografías Periapicales Finales:



Cronograma de actividades realizadas

FECHAS (Oct.-Ene.)	ACTIVIDAD REALIZADA
<i>Octubre del 1 al 10</i>	Aceptación del paciente, llenado de Historia Clínica y Consentimiento Informado del paciente. Rx y fotografías iniciales.
<i>Octubre 14</i>	Primera sesión de detartraje supragingival, llenado de periodontograma y sondaje.
<i>Octubre 16</i>	Extracción de la pieza #16.
<i>Octubre 22</i> <i>Octubre 24</i>	Endodoncia de la pieza 11 (primera sesión) Endodoncia de la pieza 11 (segunda sesión)
<i>Octubre 29</i> <i>Octubre 31</i>	Endodoncia de la pieza 21 (primera sesión) Endodoncia de la pieza 21 (segunda sesión)
<i>Noviembre 26</i>	Segunda sesión de detartraje supragingival. Operatorias de las piezas superiores afectadas (#14, #15, #17, #25)
<i>Noviembre 28</i>	Operatorias de las piezas inferiores afectadas (#31, #35, #36, #46)
<i>Diciembre 3</i> <i>Diciembre 10</i>	Endodoncia de pieza 22 (primera sesión) Endodoncia de pieza 22 (segunda sesión)
<i>Diciembre 17</i>	Toma de impresión primaria para PPR.
<i>Enero 13</i>	Endodoncia de pieza #13 (Una sola sesión) Corte axial de la corona y creación de domo.
<i>Enero 14</i>	Realización de apoyos oclusales y toma de impresión definitiva Toma de matriz para encerado de carillas.
<i>Enero 16</i>	Tercera sesión de detartraje supragingival (control) Realización de carillas en piezas #11, #21, #22
<i>Enero 20</i>	Prueba de metal de la PPR.
<i>Enero 23</i>	Adaptación de prótesis, control oclusal.
<i>Enero 26</i>	Primer control de PPR, control oclusal. Blanqueamiento dental. Toma de Rx y fotografías finales.
<i>Enero 30</i>	Segundo control de PPR.

OCTUBRE						
L	M	M	J	V	S	
			1	2	3	4
6	7	8	9	10	11	
13	14	15	16	17	18	
20	21	22	23	24	25	
27	28	29	30	31		

NOVIEMBRE						
L	M	M	J	V	S	
					1	
3	4	5	6	7	8	
10	11	12	13	14	15	
17	18	19	20	21	22	
24	25	26	27	28	29	

DICIEMBRE						
L	M	M	J	V	S	
1	2	3	4	5	6	
8	9	10	11	12	13	
15	16	17	18	19	20	
22	23	24	25	26	27	
29	30	31				

ENERO						
L	M	M	J	V	S	
			1	2	3	
5	6	7	8	9	10	
12	13	14	15	16	17	
19	20	21	22	23	24	
26	27	28	29	30	31	