



UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

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

TEMA:

Manejo Multidisciplinario En Paciente Con Periodontitis Y Edentulismo

Parcial: Análisis de Caso Clínico De Rehabilitación Oral

AUTORA:

Bayas Chonillo Mónica Anahí

TUTORA:

Od. Sandra Sandoval Pedauga, Esp.

MANTA – MANABÍ - ECUADOR

2026

	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 Bayas Chonillo Mónica Anahí, legalmente matriculado/a en la carrera de Odontología, período académico 2026-1, cumpliendo el total de 384 horas, cuyo tema del proyecto es "Manejo Multidisciplinario En Paciente Con Periodontitis y Edentulismo Parcial: Análisis de Caso Clínico De Rehabilitación Oral".

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, 10 de julio de 2026.

Lo certifico,

Sandra Sandoval

Od. Sandra Sandoval Pedauga, Esp.

Docente Tutor(a)
Área: Odontología


Uleam
 UNIVERSIDAD LAICA
 ELOY ALFARO DE MANABÍ
 Dra. Sandra Sandoval Pedauga
 ESPECIALISTA REHABILITACIÓN ORAL

DECLARATORIA DE AUTORA

Yo, Mónica Anahí Bayas Chonillo con C.I # 1315391019 en calidad de autor del proyecto de investigación titulado “ **Manejo Multidisciplinario En Pacientes Con Periodontitis Y Edentulismo Parcial: Análisis de Caso Clínico de Rehabilitación Oral**” **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 los establecido en los artículos 5, 6, 8, 19 y además de la Ley de Propiedad Intelectual y su reglamento.


Mónica Anahí Bayas Chonillo
C.I 1315391019

DEDICATORIA

Con todo mi amor y gratitud, dedico este logro primeramente a Dios, por ser mi guía, por su infinita bondad y por bendecirme en cada paso de este camino.

A mis padres, quienes por ellos soy lo que soy, por su amor incondicional, sus sacrificios y por creer en mí incluso cuando yo dudaba. A mi hermana por ser mi motor, por su apoyo constante, su alegría y por caminar a mi lado.

Con todo el amor de mi alma, a mis abuelos en el cielo, cuya memoria y bendición me acompañaron en cada paso.

Y a mis amigas Carito, Dayana y Alejandra, por las risas, los desvelos compartidos, su apoyo incondicional y por hacer este camino universitario mucho más feliz.

RESUMEN

La rehabilitación oral en pacientes con compromiso periodontal avanzado representa un desafío clínico que exige un enfoque interdisciplinario para garantizar la estabilidad a largo plazo. Este reporte describe la situación de un paciente masculino de 32 años con periodontitis y edentulismo parcial, cuya condición funcional y estética se encontraba severamente comprometida. El objetivo principal fue devolver la salud bucal mediante una secuencia de tratamiento integrados. **Metodología e intervención.** Se empleo un diseño descriptivo y clínico. La fase inicial se centró en el control de la infección mediante raspado y alisado radicular, junto con educación en higiene oral. Posteriormente, tras lograr la estabilización de los tejidos de soporte, se procedió a la fase reconstructiva. **Resultados.** Tras el tratamiento, se observó una reducción significativa de sangrado gingival. La rehabilitación protésica permitió recuperar la eficacia masticatoria y mejorar la armonía facial del paciente. En **conclusión**, el manejo multidisciplinario es fundamental en casos de complejidad periodontal. La integración de la terapia periodontal activa con una rehabilitación protésica biomecánicamente estable no solo recupera la función, sino que previene la progresión de la pérdida ósea, mejorando sustancialmente la calidad de vida del individuo.

ABSTRACT

Oral rehabilitation in patients with advanced periodontal involvement represents a clinical challenge that demands an interdisciplinary approach to ensure long-term stability. This report describes the situation of a 32-year-old male patient with periodontitis and partial edentulism, whose functional and aesthetic condition was severely compromised. The primary goal was to restore oral health through an integrated treatment sequence. **Methodology and intervention.** A descriptive and clinical design was used. The initial phase focused on infection control through scaling and root planning, along with oral hygiene education. Subsequently, after stabilizing the supporting tissues, the reconstructive phase was carried out. **Results.** After treatment, a significant reduction in gingival bleeding was observed. Prosthetic rehabilitation made it possible to recover chewing efficiency and improve the patient's facial harmony. In **conclusion**, multidisciplinary management is essential in cases of periodontal complexity. The integration of active periodontal therapy with biomechanically stable prosthetic rehabilitation not only recovers function, but also prevents the progression of bone loss, substantially improving the individual's quality of life.

ÍNDICE

CERTIFICADO DEL TUTOR	I
DECLARATORIA DE AUTORA	II
DEDICATORIA.....	III
RESUMEN.....	IV
ABSTRACT	V
INTRODUCCIÓN	8
CAPITULO I. EL PROBLEMA.....	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	10
Objetivo general	10
Objetivos específicos	10
JUSTIFICACIÓN	11
CAPITULO II. MARCO TEÓRICO	12
FUNDAMENTO TEORICO	12
PERIODONCIA	12
CIRUGÍA	15
OPERATORIA DENTAL	19
PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE.....	21
CAPITULO III. MARCO METODOLÓGICO	26
Tipo de estudio	26
Métodos técnicos e instrumentos	26
Protocolo de tratamiento	26
Planificación terapéutica interdisciplinaria.....	27
Intervención clínica.....	27
Criterios éticos	27
CAPITULO IV.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN	28
Presentación del caso	28
Información del paciente.	28
Antecedentes patológicos personales y familiares.	28
Examen clínico extraoral.....	28
Examen clínico intraoral.....	28
Hallazgos radiográficos	29
Exámenes complementarios indicados.....	29
Diagnostico presuntivo	29

Diagnóstico definitivo	30
Plan de tratamiento	30
Resultados	30
Discusión.....	33
CAPITULO V. CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES	35
CONCLUSIONES.....	35
RECOMENDACIONES.....	36
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	37
ANEXOS.....	39

INTRODUCCIÓN

La periodontitis junto al edentulismo parcial son de las condiciones más comunes y complejas a nivel mundial. El problema no es solo que el paciente pierda estética o capacidad de masticar; se genera un impacto negativo considerable en el bienestar cotidiano y la autopercepción del individuo. Por eso, abordar estos casos no puede hacerse de forma aislada, sino que obliga a unificar conocimientos y procedimientos de periodoncia, cirugía oral y prótesis dental para ofrecer una solución real y unificada.

El manejo multidisciplinario se ha posicionado como el enfoque de referencia en lo que respecta a la rehabilitación oral, además de favorecer la preservación de los tejidos de soporte, el restablecimiento de la función oclusal y la obtención de resultados estéticos predecibles. La literatura verifica que la planificación, la estructura y el flujo de comunicación entre los diferentes especialistas son elementos que impactan positivamente en el éxito de tratamientos complejos y en las alternativas convencionales de prótesis parcial removibles.

De este modo, el presente trabajo trata sobre la revisión de un caso clínico de rehabilitación oral en un paciente con periodontitis y pérdida parcial de pizas. Lo que se intenta demostrar para que el resultado estético y funcional no fracase y se mantenga estable a través de los años, es obligatorio a partir de un diagnóstico integral, sumado a la elección de la estrategia terapéutica más adecuada y, sobre todo, de la interacción conjunta entre especialistas de diferentes áreas.

CAPITULO I. EL PROBLEMA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Un paciente masculino de 32 años de edad que llega a consulta con un cuadro clínico complejo, donde la salud bucal se encuentra seriamente comprometida. El paciente presenta una combinación de enfermedad periodontal avanzada, caries, restos radiculares y varias ausencias dentarias, factores que en conjunto han mermado su capacidad para masticar, hablar correctamente y su estética dental.

Resulta fundamental concebir la salud oral más allá de la simple inexistencia de sintomatología dolorosa; se trata de una armonía funcional y social que depende directamente de la relación entre los dientes, los tejidos de soporte y las demás estructuras de la boca. Lograr ese bienestar integral es lo que define el éxito de cualquier intervención en el paciente.

Abordar este caso requiere cruzar conocimientos de varias ramas de la odontología que permitirán realizar las extracciones de las piezas que no son viables, un tratamiento periodontal que controle la inflamación y que, en su caso, favorezca la preservación de los tejidos de soporte, sumando un control de caries mediante acciones de la odontología preventiva y restaurativa, para finalmente llegar a la rehabilitación protésica que, de forma eficiente y efectiva, restablezca la función y la estética.

Llevar a cabo la planificación y posterior rehabilitación no es sencillo, ya que aparecen desafíos clínicos importantes. Por ejemplo, es impensable colocar una prótesis sin haber estabilizado primero la salud; de lo contrario, el fracaso está asegurado. A esto hay que sumarle la precisión necesaria para elegir los dientes pilares adecuados y, por supuesto, un diseño biomecánico que realmente soporte las cargas masticatorias.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general

Lograr la rehabilitación oral e integral de un paciente adulto mediante un abordaje multidisciplinario que combine la terapéutica periodontal, la eliminación de focos infecciosos y la restitución protésica de la función y estética.

Objetivos específicos

- Ejecutar una evaluación clínica y radiográfica detallada para precisar el nivel de afección periodontal y la incidencia de caries, definiendo así el plan protésico.
- Realizar un plan de tratamiento para determinar la permanencia o exodoncia de las piezas con pronóstico reservado, bajo un criterio de rehabilitación protésica
- Consolidar la salud de los tejidos de soporte mediante una terapia periodontal profunda, garantizando un medio oral estable y libre de inflamación antes de la fase de rehabilitación oral.
- Diseñar, planificar y adaptar una prótesis parcial removible que restituya la eficacia masticatoria y la armonía dentofacial del paciente.

JUSTIFICACIÓN

Este análisis clínico contribuye a la formación académica y clínica al ofrecer un marco para el control de la complejidad de los casos, favoreciendo el desarrollo de la ciencia y de la odontología con enfoque en la persona, siendo los beneficiarios indirectos los familiares del paciente.

La rehabilitación oral completa es, posiblemente, el eje central de la odontología restauradora, especialmente cuando el paciente presenta un cuadro clínico complejo. Al proponer una prótesis parcial removible, no solo se busca reponer piezas; se requiere de una planificación que integre criterios periodontales, restaurativos y protésicos, así como los principios biomecánicos de soporte y estabilidad de la prótesis parcial removible. Este caso demuestra que un diagnóstico secuencial y el trabajo entre especialistas son la única vía para resolver lo urgente sin descuidar que el tratamiento sea funcional y duradero con el paso del tiempo.

Este análisis de caso subraya que la práctica odontológica no puede limitarse a la destreza manual o técnica. Al integrarse las expectativas personales y el contexto biopsicosocial del paciente, el tratamiento adquiere una dimensión mucho más humana y ética. En última instancia, entender las limitaciones individuales es lo que permite que el plan de rehabilitación sea realmente efectivo y respetuoso con la realidad de quien lo recibe. Por tratarse de una visión integral y personalizada, este análisis proporciona recursos prácticos y reflexivos que contribuyen a la mejora de la atención clínica y al fortalecimiento de la salud bucal.

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

FUNDAMENTO TEORICO

PERIODONCIA

Esta disciplina se enfoca en el abordaje clínico de las patologías que comprometen las estructuras de sostén del diente, tales como el ligamento periodontal y el hueso alveolar. Su relevancia en rehabilitación oral es fundamental, ya que la estabilidad periodontal condiciona la viabilidad de los dientes remanentes y el éxito de cualquier restauradora o protésica.

Las patologías más frecuentes son la gingivitis y la periodontitis, ambas de origen inflamatorio y asociadas a la acumulación de placa bacteriana. La periodontitis, en particular, puede provocar pérdida de inserción, movilidad dental y eventualmente la pérdida del órgano dentario (1).

Periodonto

De acuerdo con los planteamientos de Newman y Carranza (2), el periodonto se comprende como un complejo funcional diseñado para la protección y el anclaje de las piezas dentarias de en los maxilares, estructurado mediante cuatro tejidos específicos: encía, el cemento radicular, el ligamento periodontal y el hueso alveolar. Su labor fundamental radica en la preservación del sistema estomatognático, permitiendo que las cargas oclusales se distribuyan de forma equilibrada.

Periodonto de protección

Encía

Tal como señala Lindhe (3), la encía constituye el tejido fibroso que reviste los procesos alveolares y delimita el área cervical dentaria, funcionando como un escudo biológico ante injurias externas.

Newman y carranza (2), señalan que la encía libre o marginal envuelve el cuello de los dientes, desde el borde gingival hasta un pequeño surco marginal libre, que la separa de la encía insertada, mientras, la encía fija o adherida parte desde el surco marginal libre hasta el surco mucogingival.

Periodonto de inserción

Ligamento periodontal

Lindhe (3), el ligamento periodontal se define como el conjunto de fibras colágenas que conectan el cemento radicular con el hueso alveolar, su principal función es la de amortiguar las fuerzas masticatorias y permitir la movilidad fisiológica del diente. Kenhub (4), menciona que el ligamento periodontal es una estructura clave del periodonto. Es un tejido conectivo fibroso que rodea la raíz del diente y lo conecta con el hueso alveolar, asegurando su estabilidad y función masticatoria. Clínica Dental Santana (5) plantea que el ligamento periodontal se identifica como un tejido de tipo conectivo con alta densidad celular y vascularización. Su función mecánica es establecer unión entre la superficie del cemento radicular y la pared ósea del alveolo.

Cemento radicular

Carranza (2) describe el cemento como tejido mineralizado que recubre la raíz y permite la inserción de fibras periodontales. Así mismo, Gómez (6) lo determina como el cemento que cubre la superficie de la dentina en la porción radicular y lo conecta con el ligamento periodontal al hueso alveolar. Su principal función es la de proteger la dentina en su porción radicular desde el cuello anatómico hasta el ápice radicular.

Hueso alveolar

Lindhe (3), señala que el hueso alveolar es un tejido altamente dinámico, sujeto a remodelación constantes según estímulos funcionales. Carranza (2), define el hueso alveolar como la porción del hueso que rodea y sostiene las raíces dentarias, fundamental en el aparato de inserción.

Periodontitis

De acuerdo con los criterios del Manual MSD (7), se entiende a la periodontitis como un proceso inflamatorio de carácter crónico que afecta la cavidad oral. Su principal riesgo radica en la degradación paulatina y persistente de los tejidos que conforman el aparato de sostén del diente, lo que compromete la estabilidad de las piezas en el arco. Así también para la Sociedad Española de Periodoncia (8) “la periodontitis es un proceso inflamatorio que se extiende a los tejidos de soporte del diente y se caracteriza por la migración apical de la inserción epitelial y la destrucción progresiva del ligamento periodontal y del hueso alveolar”.

Encía alterada

Para Carranza (2) la encía enferma cambia de color blanquecino a rojo debido a la vasodilatación, aumentan de volumen, la consistencia blanda, se produce sangré producido por el cepillado o al roce que luego es de manera espontánea.

Calculo dental

El cálculo dental también denominado sarro es la placa bacteriana que ha sufrido un proceso de mineralización por la precipitación de sales de calcio y fósforo presentes en la saliva y el fluido crevicular gingival. Se adhiere firmemente las superficies dentarias y constituye un factor etiológico importante en el desarrollo de la enfermedad periodontal (9)

Se clasifica en:

- Calculo supragingival: localizados sobre la encía, de color blanco-amarillento, más frecuente en zonas cercanas a los conductos de las glándulas salivales.
- Calculo subgingival: situado debajo del margen de la encía, de color marrón oscuro verdoso asociado a bolsas periodontales y pérdida de inserción clínica (10)

La superficie áspera del cálculo favorece la acumulación de más placa bacteriana perpetuando la inflamación gingival y la destrucción progresiva de los tejidos de soporte. Su eliminación requiere procedimientos profesionales como el raspado y el alisado radicular ya que el cepillado convencional no logra remover (10).

Bolsa periodontal

Para Carranza (2) la bolsa periodontal es una alteración patológica del surco gingival que se caracteriza por un aumento en la profundidad de sondaje, debido a la migración apical del epitelio de unión y la pérdida de inserción de tejido conectivo. Representa uno de los signos clínicos más importantes de la periodontitis ya que este refleja la pérdida de los tejidos de soporte del diente.

La Sociedad Española de Periodoncia (8) se refiere a las bolsas periodontales como “el grado de inflamación se detecta mediante la exploración visual del margen gingival, la inflamación de tejidos profundos se explora mediante la sonda periodontal para valorar el sangrado al sondaje”.

CIRUGÍA

Exodoncia

La exodoncia es un procedimiento que consiste en la extracción de un diente o restos radiculares atrapados en el alveolo, este proceso se lleva a cabo con anestesia local aplicando las adecuadas técnicas sencillas y precisa que no es peligrosa si es hecha por un profesional (11).

Indicaciones

Según Geeti (12), en un momento dado, las recomendaciones para la extracción dental se realizan mediante las siguientes: alteraciones cariadas que provocan la enfermedad periodontal, dientes retenidos, supernumerarios o con mala posición, vinculada o formando parte de un quiste, así como agente causal de un proceso séptico odontológico, por indicación protésica u ortodoncia o con propósitos estéticos.

Cirugía de restos radiculares por caries

Los restos radiculares son patologías dentales que pueden aparecer como un proceso de caries formado y causar la destrucción de la corona dental. Las fracturas coronarias no tienen opción alguna de rehabilitación oral convencional. Estos restos permanecen sumergidos en las encías hasta cierto punto, se utilizan elevadores o incluso técnicas precisas de odontosección (13).

Procedimiento y pasos para realizar una exodoncia

Estudio preoperatorio

Raspall (14) sostiene que previo a la exodoncia, se deben realizar estudios preoperatorios. En estos se lleva a cabo una anamnesis en la cual se estudia el motivo principal de la consulta, la evolución de la enfermedad actual, el tiempo en que comenzaron los síntomas y signos, así como los antecedentes patológicos familiares y personales. También se realiza un examen físico extra e intra oral.

Estudio radiográfico

Con el fin de examinar detalladamente la zona alvéolo-dentaria, se emplean métodos diagnósticos que permiten una visualización integral desde la porción coronaria hasta el tejido periapical. Estas herramientas son fundamentales para valorar la integridad del

espacio periodontal y la densidad del tejido óseo maxilar que circunda a la pieza dentaria, facilitando así la detección de posibles anomalías estructurales (15).

Anestesia

Anestesia infiltrativa

El empleo de anestesia infiltrativa causa una disminución temporal y significativa de la sensibilidad, aunque el paciente permanece despierto y consciente a lo largo del procedimiento. No es doloroso, pero si es muy eficaz (16).

Anestesia troncular

Esta técnica logra anestesiar el nervio alveolar al bloquear el tronco nervioso, afectando la encía, los dientes, la mitad de la lengua, el mentón, el hueso mandibular y la piel del labio, lo cual provoca una pérdida de la sensibilidad (17).

Sindesmotomía

Según Cosme (18) la sindesmotomía es la división o corte del ligamento periodontal que se encuentra en el diente. Esta intervención debe llevarse a cabo con anterioridad al procedimiento de extracción, utilizando un instrumento denominado sindesmotómo o periostótomo.

Luxación

La luxación, de acuerdo con Raspall (14) implica que el elevador se inserta en el espacio entre la raíz y la pared del alveolo. Esta maniobra, el instrumento actúa como una palanca mecánica que se aplica de forma circunferencial para facilitar la posterior exéresis del diente.

Avulsión

Según se indica la literatura (19) este fenómeno clínico ocurre cuando un traumatismo externo vence la sujeción del ligamento periodontal, resultando en la salida total de un diente de su posición alveolar.

Curetaje alveolar

Morales Trejo (20) define el curetaje alveolar como un procedimiento esencial para el tratamiento de la alveolitis seca. La técnica se centra en la limpieza profunda del fondo del alveolo para eliminar detritos y restos de tejido remanente, estableciendo así las condiciones biológicas necesarias para una adecuada cicatrización

Irrigación con suero fisiológico

Según lo planteado por Palma y Sánchez (21) es fundamental realizar una limpieza exhaustiva de la zona quirúrgica mediante el uso abundante de solución salina. Este paso garantiza que el área de trabajo permanezca libre de residuos, proporcionando la visibilidad y limpieza requeridas para proceder con la sutura de manera efectiva.

Sutura

De acuerdo Hupp (11), la técnica de sutura simple predomina en la práctica clínica debido a su eficacia. Su ejecución requiere insertar la aguja aproximadamente a 2 mm del borde de la herida, asegurando que el hilo atraviese por completo la lesión para lograr un cierre óptimo, manteniendo un margen de seguridad adecuado en la tensión del nudo.

Indicaciones postoperatorias

Posteriormente de haber concluido la extracción dental, Palma y Sánchez (21) mencionan que se deben seguir varias instrucciones: en las cuales predominan no enjuagarse la boca durante las primeras 24 horas, suspender el consumo de tabaco, alcohol y consumir alimentos con consistencia blanda los primeros tres días.

OPERATORIA DENTAL

Definición

Barrancos (22) define la operatoria dental como “la rama de la odontología que enseña a evitar, diagnosticar y tratar enfermedades, además de reparar las lesiones, alteraciones o imperfecciones que un diente puede tener para restituirle su forma, funcionalidad y estética dentro del aparato de masticación y en consonancia con los tejidos vecinos”.

Alcance

El alcance de la odontología operatoria incluye lo siguiente:

- Estar informado sobre la condición del diente afectado y de los demás dientes.
- No solo se debe revisar el diente afectado, sino también la salud bucal y sistémica del paciente.
- Analizar el problema dental y la relación del área afectada con otros tejidos.
- Ofrecer un plan de tratamiento ideal para restaurar el diente, recobrar su salud y función, así como mejorar la calidad de vida del paciente.
- Conocimientos sólidos acerca de los materiales dentales que pueden emplearse para reparar las zonas afectadas.
- Entender la función y la base biológica de los distintos tejidos dentales.
- Para evitar la aparición de enfermedades pulpares y sostener la vitalidad del nervio dental.
- Entender como los procedimientos operatorios impactan en el tratamiento de otras disciplinas.

Caries

De acuerdo con la Federación Dental Internacional (23), la caries es una enfermedad crónica no transmisible que se desarrolla cuando el metabolismo de las bacterias en el biofilm dental produce ácidos que disuelven el esmalte. Este proceso está directamente influenciado por los hábitos alimentarios del individuo y la higiene oral.

Clasificación ICDAS

El ICDAS II establece un sistema estandarizado que permite identificar lesiones cariosas desde estadios iniciales hasta cavidades extensas, facilitando tanto la práctica clínica como la investigación epidemiológica (24).

Código ICDAS	Descripción clínica	Características principales
0	Superficie sana	Sin evidencia de caries, esmalte íntegro
1	Lesión inicial	Mancha blanca o marrón visible solo tras secado prolongado
2	Lesión inicial visible	Mancha blanca/marrón visible en esmalte húmedo
3	Lesión moderada	Microcavidad localizada en esmalte, sin dentina expuesta
4	Lesión moderada avanzada	Sombra oscura en dentina bajo esmalte íntegro
5	Lesión extensa	Cavidad evidente con dentina expuesta, afecta menos de la mitad de la superficie.
6	Lesión extensa avanzada	Cavidad amplia con dentina expuesta, afecta más de la mitad de la superficie

Tabla 1: Clasificación ICDAS

Como se observa en la Tabla 1, el sistema ICDAS clasifica las lesiones en siete códigos.

Materiales y técnicas

Resina

En la práctica moderna de la operatoria dental, las resinas compuestas se han consolidado como el material de elección frente a opciones tradicionales como la amalgama, debido a su superioridad en términos estéticos y de adhesión. Según indica Barrancos (22), estos materiales representan el estándar de oro para restauraciones estéticas, ya que permiten

una integración química con la estructura del esmalte y la dentina a través de sistemas adhesivos que han alcanzado un alto grado de desarrollo tecnológico.

Sistemas adhesivos

En la actualidad, los sistemas adhesivos constituyen un pilar técnico indispensable. Su correcta aplicación determina la longevidad, sellado marginal y estética de las restauraciones. Como menciona Barrancos (22) “los sistemas adhesivos permiten la unión entre el material restaurador y el tejido dentario, siendo fundamentales para el éxito clínico de las restauraciones estéticas.

Tipos de aislamiento

El aislamiento de campo operatorio puede ser relativo o absoluto.

- **Aislamiento relativo.** Es el conjunto de técnicas que permiten controlar parcialmente la humedad del campo operatorio. Se realiza mediante rollos de algodón y aspiración, constituye un recurso práctico en operatoria (22).
- **Aislamiento absoluto.** Es la técnica que permite separar completamente el campo operatorio de la saliva, sangre y demás fluidos que mediante dique de goma constituye el método más eficaz para controlar la humedad y asegurar la longevidad de las restauraciones adhesivas (22).

PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Las prótesis removibles representan una modalidad de tratamiento odontológico diseñada para la sustitución de los dientes ausentes. Su estructura permite que el paciente realice la inserción y remoción del aparato de manera autónoma, una característica técnica que favorece significativamente el mantenimiento de la oral (25).

Clasificación de Kennedy

De acuerdo con la metodología establecida originalmente por Kennedy y difundida por McCracken (26), el sistema de categorización de arcos parcialmente en la ubicación de los espacios libres parcialmente desdentados se fundamenta en la ubicación de los espacios libres en relación con los dientes remanentes. El propósito de esta organización es facilitar el diseño de la estructura protésica y estandarizar la comunicación clínica entre profesionales.

Bajo esta perspectiva, se definen las siguientes categorías:

- **Clase I.** Describe una situación con áreas desdentadas bilaterales que se sitúan por detrás de los dientes naturales que aún permanecen (extremo libre bilateral).
- **Clase II.** Se refiere a una zona edéntula unilateral ubicada en posición posterior respecto a los dientes remanentes (extremo libre unilateral).
- **Clase III.** Indica una región sin dientes que presenta pilares naturales tanto por delante como por detrás de la brecha, siendo de naturaleza unilateral.
- **Clase IV.** Un área desdentada única pero bilateral a través de la línea media, ubicada en posición anterior con respecto a los dientes naturales remanentes.

Reglas de Applegate

Las reglas de Applegate, son una serie de disposiciones que el odontólogo debe seguir en la aplicación de prótesis, tomando en cuenta cada realidad del paciente. Consta de 8 normas, estas reglas son aplicadas a la clasificación para hacer un buen diseño de prótesis parcial removible (27). Por ello, teniendo en cuenta que muchos modelos de dientes ausentes están muy alejados de las áreas de clasificaciones básicas, definió áreas de modificación añadiendo ocho reglas para aplicarlas a la clasificación de Kennedy:

- Regla 1. La clasificación debe determinarse únicamente después de haber realizado todas las exodoncias necesarias, ya que las extracciones modifican la configuración final del arco.
- Regla 2. Si no se cuenta con el tercer molar y este no será sustituido en la rehabilitación protésica, su ausencia no se considera para establecer la clase de Kennedy.
- Regla 3. En caso de que el tercer molar este presente y se planifique su uso como apoyo o pilar de la prótesis, este si debe integrarse en la clasificación del caso.
- Regla 4. Si el segundo molar no esta presente y no se contempla su reposición mediante la prótesis parcial removible, este espacio edéntulo no debe influir en la determinación de la clase de Kennedy.
- Regla 5. La zona desdentada que se ubica en la posición más posterior de la arcada es siempre la que define la clase principal de la clasificación.
- Regla 6. Cualquier espacio edéntulo adicional a la zona que determina la clasificación se denomina modificación y se identifica simplemente por su número.
- Regla 7. El número de espacios desdentados adicionales es lo que define la magnitud de la modificación, independientemente de cuantas piezas falten en casa una de esas brechas.
- Regla 8. Es fundamental recordar que en la clase IV no se admiten modificaciones; si existe otra área desdentada posterior, esta última pasaría a regir la clasificación

Componentes principales

Conectores mayores

El conector mayor es el elemento de la prótesis parcial removible que une las partes de las prótesis de un lado del arco con las de lado opuesto, proporcionando estabilidad y solidez (28).

Tipos de conectores mayores

1. **Barra palatina.** Se caracteriza por ser una estructura delgada y plana que atraviesa el paladar, indicada principalmente en prótesis dentosoportadas de extensiones cortas (Clase I y clase III de la clasificación de Kennedy) (29).
2. **Barra anterior o posterior.** Este diseño ofrece una alta rigidez y soporte al formar un cuadro estructural; se emplea cuando se requiere evitar la cobertura total del paladar, pero manteniendo una gran estabilidad. Esta indicado para clase III y IV de Kennedy y en presencia de torus palatino (29).
3. **Barra lingual.** Es el conector de elección por su sencillez y comodidad, siempre que exista un espacio suficiente (al menos 8mm) entre el suelo de la boca y el margen gingival(29).
4. **Barra cingular.** Este componente se indica primordialmente en situaciones clínicas donde se requiere una estabilidad indirecta adicional o la ferulización de piezas pilares con soporte comprometido. Su diseño integra una barra lingual convencional con una banda metálica delgada posicionada específicamente sobre los cúngulos de incisivos y caninos, está indicado para todas las clases de Kennedy, pero con poco uso. No se usa en dientes que están mal posicionado y se encuentran lingualizados (29).

Conectores menores

Según Barrancos (22), los conectores menores son los elementos que vinculan los retenedores, apoyos y otros componentes con el conector mayor, asegurando la unidad funcional de la prótesis parcial removible.

Retenedores directos

Los retenedores directos son los elementos encargados de impedir el desplazamiento de la prótesis fuera de su asiento, transmitiendo las fuerzas de desinserción hacia los dientes pilares (22). Existen diferentes tipos de retenedores tipo Barra, los cuales se diferencian porque rodean al diente de forma continua o discontinua. Otra forma de clasificar los retenedores directos en supraecuatoriales o infraecuatoriales, esta clasificación surge desde el origen del retenedor y su forma de buscar la retención en el diente, desde gingival o desde oclusal.

Retenedores indirectos

“Los retenedores indirectos cumplen la función de impedir los movimientos de rotación de la prótesis alrededor de los retenedores directos, asegurando en la prótesis con extensión distal” (22).

Apoyos oclusales

“Los apoyos oclusales constituyen el elemento de soporte vertical de la prótesis parcial removible, transmitiendo las fuerzas masticatorias hacia los dientes pilares y evitando el hundimiento de la base protésica” (22).

Se puede realizar apoyos oclusales posteriores, apoyos incisales, apoyos cingulares. Se deben tallar unos lechos en la superficie de los dientes para que el apoyo pueda reposar sin desplazarse y cumplir correctamente con sus funciones, a esto se conoce como descansos.

CAPITULO III. MARCO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

Se realizó un estudio de caso clínico con un enfoque descriptivo y retrospectivo, sustentado en la documentación detallada de cada fase terapéutica y el análisis de la evidencia científica actual. La investigación se fundamenta en el soporte bibliográfico especializado que valida las decisiones clínicas tomadas

El abordaje se desarrolló mediante un protocolo interdisciplinario medido por fases que asegure la validez científica del proceso. Además de garantizar la planificación estratégica que permitió la transición desde el control de la infección periodontal hasta la rehabilitación integral del sistema estomatognático.

Métodos técnicos e instrumentos

La rehabilitación oral se realizó a un paciente adulto de 32 años en las clínicas de la carrera de Odontología de la Universidad Laica Eloy Alfaro De Manabí, a través de un diagnóstico previo de acuerdo al formulario 033 del ministerio de Salud Pública (MSP).

Se le explicó al paciente acerca de los distintos tratamientos que se le iban a llevar a cabo antes de la rehabilitación integral de su cavidad bucal, accediendo y aceptando los tratamientos mencionados para los cuales firmó el consentimiento informado.

Protocolo de tratamiento

- Diagnóstico
- Historia clínica completa
- En el examen clínico intraoral se evaluó las caries, movilidad dentaria, estado periodontal, piezas ausentes y funcionalidad masticatoria.

- Estudios complementarios: radiografías periapicales y panorámicas para valorar estructuras óseas, lesiones cariosas profundas y piezas. Modelos de estudio para el diseño y planificación de la prótesis parcial removible.

Planificación terapéutica interdisciplinaria

- **Tratamiento periodontal:** Incluye raspado y alisado radicular, control de placa y educación en higiene oral.
- **Control de caries:** Mediante técnicas restaurativas directas mínimamente invasivas en las piezas remanente, priorizando la conservación de estructuras dentales, mediante materiales de vanguardia.
- **Extracciones dentarias:** Indicadas para piezas con destrucción extensa (restos radiculares).
- **Diseño protésico:** Selección de dientes pilares, tomas de impresiones, relación craneomandibular, montaje en articulador, diseño y planificación de prótesis parcial removible con criterios y principios biomecánicos.

Intervención clínica

- Ejecución de cada fase terapéutica según la planificación
- Registro fotográfico y clínico de cada etapa
- Adaptación e instalación de la prótesis parcial removible
- Instrucciones de uso, higiene, control y mantenimiento oral

Criterios éticos

El estudio se llevó a cabo con el consentimiento informado del paciente, teniendo en cuenta los principios de confiabilidad, autonomía y beneficio.

CAPITULO IV.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Presentación del caso

Información del paciente.

Paciente de sexo masculino de 32 años de edad, asintomático acude a consulta odontológica manifestando insatisfacción con su estética dental por problemas gingivales, calculo dental supragingival y subgingival, caries, restos radiculares, torus mandibular y edéntulo parcial posterior.

Antecedentes patológicos personales y familiares.

En el análisis de la anamnesis sistémica, el paciente se describe como aparentemente sana, sin antecedentes personales de relevancia.

Examen clínico extraoral



Fig 1. Examen Extraoral

- Paciente normocefálico, perfil cóncavo.
- Mucosa bucal inflamada rojo brillante por enfermedad periodontal.
- Labios gruesos sin patología aparente, ojos simétricos, musculatura facial simétrica. (fig.1)

Examen clínico intraoral

Inspección: CPO De (Caries:

2, Perdidas: 3, Obturadas: 1)

- Caries: ICDAS Pieza #23 Código 3. (Fig 2.)



Fig 2. Examen Intraoral

- Indicadas para extraer: Restos radiculares: Piezas #37, # 46, Piezas #18.

(Fig. 2)

- Presencia de placa bacteriana: Piezas #17 y # 27 (Fig. 2)
- Presencia de cálculo: Sextante V. (Fig. 2)
- Bolsa periodontal: En todos los dientes remanentes. (fig. 2)

Palpación: No se encuentra ninguna alteración

Hallazgos radiográficos

En el análisis radiográfico, se observa una pérdida ósea horizontal generalizada. Se evidencia la ausencia de múltiples piezas 1.6, 2.6, 3.6, 4.6. las brechas edéntulas han generalizado



Figura 3. Radiografía panorámica

la migración patológica e inclinación mesial de los molares remanentes. Se identifican imágenes radiopacas correspondientes a restos radiculares. Además de la presencia de terceros molares en diversas posiciones. (Fig.3).

Exámenes complementarios indicados

- Radiografía panorámica
- Radiografías periapicales
- Modelos de estudios

Diagnostico presuntivo

- Periodontitis
- Caries dental
- Torus mandibular

- Resto radicular piezas #37 y # 46

Diagnóstico definitivo

- Periodontitis Generalizada Estadio III Grado B
- Caries en esmalte piezas #23
- Torus lingual mandibular lateral monolobulado

Plan de tratamiento

- **Periodoncia:**

Control de placa bacteriana, detartraje, raspado y alisado, educación para la salud.

- **Cirugía:**

Remoción de torus lingual

Extracciones de restos radiculares #37, #47. Pieza #18

- **Operatoria:**

Restauración en pieza #23.

- **Prótesis:**

Placa parcial removible de cromo cobalto bimaxilar.

Resultados

El tratamiento de rehabilitación oral inicio con una profilaxis y detartraje, realizada mediante el uso de instrumentos manuales y ultrasónicos, además de pulido con pasta profiláctica. Se logro la eliminación de placa bacteriana, calculo supragingival y tinciones extrínsecas. Posteriormente, se observó una mejora en la condición gingival, con disminución del sangrado al sondaje y mejor visibilidad del campo operatorio. (Fig.4.)



Figura 4. Vista intraoral inicial que muestra eritema gingival, presencia de depósitos calcificados. Vista intraoral final sin depósitos calcificados

Se procedió a la extracción de los restos radiculares que se encuentran en la arcada inferior, de las piezas 36 y 47, y de la pieza 18. Esta intervención se realizó bajo anestesia local, con técnica infiltrativa, con el uso de fórceps y elevadores adecuados, y se logró la remoción de todos los fragmentos radiculares, sin complicaciones en el intraoperatorias. En el control postoperatorio se indicó medicación analgésica y el cumplimiento de las indicaciones, a la semana se realizó el control con evolución favorable. (Fig. 5.)

Se ejecutó la intervención de torus lingual que se localiza en la región anterior inferior. Esta intervención fue realizada bajo anestesia troncular e infiltrativa, mediante una incisión lineal en la mucosa lingual y un despegamiento controlado del colgajo. En esta intervención se trabajó con instrumental rotatorio de baja y fresas quirúrgicas para disminuir la exóstosis ósea, logrando una superficie adecuada para la futura adaptación protésica. El cierre se realizó con sutura reabsorbible y se logró una hemostasia satisfactoria. En el



Figura 5. Abordaje quirúrgico para exostosis de torus lingual. Se observa regulación del relieve óseo para permitir asentamiento de la prótesis parcial

observó cicatrización favorable, sin signos de infección ni complicaciones. (Fig. 5)

En las piezas #23 se realizó la restauración por presentar caries de dentina en la superficie distal clase III se empleó sistemas adhesivos universal de grabado selectivo y resinas compuestas fotopolimerizables, siguiendo protocolos de aislamiento absoluto. (Fig.6)

Las cavidades fueron preparadas respetando la anatomía dentaria. Se logro una adecuada adaptación marginal, estética y funcionalidad oclusal. En la evaluación inmediata, las restauraciones mostraron buena integración cromática con los dientes adyacentes,

ausencia de sensibilidad postoperatoria y correcta oclusión. En el control a las dos semanas, se observó estabilidad de las restauraciones, sin filtraciones ni cambios de color. (Fig. 6)



Figura 6. Restauraciones definitivas con resina compuesta en la pieza #23 tras eliminación de caries ICDAS 3, logrando la recuperación de la morfología.

Se procedió a la planificación y diseño de la prótesis parcial removible bimaxilar, análisis del caso y esquema oclusal. Se realizaron las preparaciones bioestáticas (planos de guías y descansos), impresión definitiva, relación craneomandibular, prueba de estructura metálica, registro intermaxilar, selección del color de los dientes y prueba de dientes artificiales montados en cera. Por último, instalación de la prótesis parcial removible bimaxilar por presentar ausencias de piezas dentarias, diseñada bajo los principios de soporte, estabilidad y retención. Tanto en la arcada superior como inferior se confecciono una prótesis de cromo cobalto.

El diseño incluyó conectores mayores adecuados, retenedores directos en los dientes pilares y retenedores indirectos, con apoyos oclusales estratégicamente ubicados para distribuir las fuerzas.



Figura 7. Vista oclusal de los modelos superior e inferior conectores mayores, retenedores directos en dientes pilares, retenedores indirectos y apoyos o cruciales posicionados estratégicamente para la distribución de fuerza.



Figura 8. Vista oclusal de las estructuras metálicas adaptadas sobre los modelos de trabajo superior e inferior y correlación con la condición clínica intra oral de ambas arcadas previo a la instalación



Figura 9. Instalación clínica de metal de la prótesis parcial removible en bimaxilar y verificación de la oclusión.



Figura 10. Rehabilitación final mediante prótesis removible bimaxilar. Antes y después.

Discusión

La habilitación oral en pacientes con periodontitis y edentulismo parcial es un reto clínico que requiere una estrategia integral y la colaboración entre distintas disciplinas odontológicas. El éxito terapéutico no depende únicamente de la restitución dental protésica, sino de la capacidad de preservar los tejidos de soporte, recuperar la función masticatoria y alcanzar resultados estéticos aceptables. Desde este punto de vista, el enfoque multidisciplinario se vuelve un pilar esencial para asegurar que el tratamiento sea predecible y sostenible.

Varios autores han indicado que la planificación debe comenzar con un diagnóstico completo y una representación del resultado final. Esto hace posible organizar etapas terapéuticas coordinadas y coherentes. Según Mendoza (30), en un caso clínico la combinación de cirugía, implantología, periodoncia, endodoncia y prótesis fija CAD/CAM permitió recuperar la función masticatoria y el periodonto. Este suceso resalta cuán importante es la comunicación interdisciplinaria para alcanzar una estabilidad periimplantaria y satisfacción estética. Esta perspectiva demuestra que la incorporación de protocolos colaborativos y tecnológicas avanzadas pueden proporcionar resultados altamente predecibles en paciente con pérdida dentaria y compromiso periodontal.

Fernández (31), por otra parte, demostraron que las prótesis parciales removibles metálicas siguen siendo una opción vigente y necesaria para la rehabilitación de los maxilares clase I y II de Kennedy, a pesar del progreso tecnológico. En sus casos, la combinación de complejos y facetas retentivas friccionales posibilitó obtener una estética y una retención apropiadas incluso en situaciones que había complejidad diagnóstica. Este aporte enfatiza que para la elección de un tratamiento se debe tomar en cuenta no solamente las condiciones clínicas, sino también los obstáculos económicos y lo que el paciente espera, sin dejar de lado las soluciones convencionales.

Es preciso tener en cuenta las condiciones anatómicas tales como protuberancias óseas, rebordes alveolares atróficos e irregulares que pueden afectar la rehabilitación oral, además de los retos inherentes a la periodontitis y el edentulismo parcial. El caso reportado de Ascorti (32) acerca del torus mandibular en una paciente adulta mayor demuestra que, pese a ser normalmente asintomáticas, estas protuberancias óseas benignas pueden afectar la adaptación de las prótesis y necesitan un diagnóstico diferencial detallado con respecto a otras lesiones óseas. En este caso se optó por un manejo conservador, destacando la importancia de individualizar la conducta terapéutica. Integrado a los hallazgos de Mendoza y Fernández (30,31) se observa que el éxito de la rehabilitación oral no solamente se basa en escoger entre técnicas convencionales o avanzadas, sino además detectar correctamente los elementos anatómicos y funcionales que determinan el diseño multidisciplinario.

Como bien indica Espinoza (33), no se puede entender la rehabilitación integral sin la operatoria dental. Su función va más allá de poner resinas o cerámicas modernas; se trata de recuperar la anatomía y la estética perdida. En este caso clínico, queda claro que la operatoria deja de ser una materia aislada para mezclarse con la periodoncia, endodoncia, prótesis e implantología. Al final, la estética no es solo el color del diente, sino como este armoniza con la encía (armonía dentogingival). Es por lo cual, la operatoria se convierte en

un puente entre los tratamientos conservadores y las rehabilitaciones complejas. El caso de Ascorti (32) sobre torus mandibular, refuerza la necesidad de un diagnóstico integral y de la planificación interdisciplinaria para garantizar resultados funcionales y estéticos sostenible

CAPITULO V. CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

El manejo multidisciplinario en pacientes con periodontitis y edentulismo parcial forma una estrategia indispensable para alcanzar rehabilitaciones orales exitosas, sostenibles y adaptadas a las necesidades del paciente.

La revisión de la literatura analizada evidencia que tanto los tratamientos modernos con implantes y sistemas CAD/CAM, así como las alternativas convencionales mediante prótesis parciales removibles metálicas siguen siendo opciones válidas. Además, las condiciones anatómicas como el torus mandibular refuerzan la necesidad de un diagnóstico diferencial preciso y de una planificación individualizada. Finalmente, la operatoria dental se consolida como un eje restaurador indispensable dentro de la rehabilitación integral.

La evaluación clínica y radiográfica permitió establecer un diagnóstico identificando el estado periodontal, el índice de caries y la necesidad protésica. Con este panorama, se identificaron las piezas dentarias que, por sus condiciones, resultan inviables siendo su extracción indispensable para garantizar la estabilidad funcional. Una vez resuelto esto, el tratamiento se centró en la salud de las encías para garantizar un soporte firme. Solo tras estabilizar los tejidos, se procedió al diseño y ajuste de la prótesis parcial removible, devolviendo así la estética y la función masticatoria.

Lo que este caso clínico pone en relieve es que, al tratar pacientes con pérdida dental y periodontitis, no solo permite restaurar la función y la estética, sino que también asegura

la estabilidad periodontal a largo plazo. Tener en cuenta el entorno social y económico del paciente es tan crucial como la elección de la técnica misma. Si buscamos resultados que realmente se mantengan en el tiempo, la odontología debe integrar este análisis financiero con el criterio de diversas especialidades, logrando así un plan de tratamiento realista y satisfactorio.

RECOMENDACIONES

- Fortalecer el diagnóstico integral y temprano en pacientes con periodontitis y edentulismo parcial.
- Establecer fase de tratamiento claras y secuenciales (control periodontal, restauraciones conservadoras, rehabilitación protésica, seguimiento).
- Reforzar hábitos de higiene oral y controles periódicos para mantener la salud periodontal del paciente.
- Incentivar la investigación clínica y la publicación de casos para enriquecer la evidencia clínica

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Morales Morales NE JBJMAD. Interacción entre periodoncia y rehabilitación oral: importancia del soporte periodontal. 2025 Apr 21.
2. Carranza FA,&NMG. Periodontología clínica de Carranza. Elsevier. 2015.
3. Lindhe J,LNP,&KT. Periodontología clínica e implantología odontológica. Médica Panamericana. 2009.
4. Kenhub. Ligamento periodontal: Anatomía, estructura y función. 2014.
5. Santana CD. El Ligamento Periodontal: Definición y Función Esencial en la Salud Dental. 2025.
6. Gomez C. Histología e ingeniería tisular bucodental. Mexico: Panamericana. 2014.
7. Ubertalli JT. Periodontitis. En Manual MSD de Trastornos Odontológicos. 2024.
8. Periodoncia SEd. Manual SEPA de periodoncia. Buenos Aires: Panamericana Editorial. 2014.
9. Lab A. Cálculo (dental). [Online].; 2026 [cited 2025 Noviembre 12. Available from: <https://academia-lab.com/enciclopedia/calculo-dental/>.
10. Díaz Caballero J, Fonseca Ricaurte , Parra Conrado. Cálculo dental una revisión de literatura y presentación de una condición inusual. Acta Odontológica Venezolana. 2011; 49(3).
11. Hupp ET. Cirugía Oral y Maxilofacial Contemporánea. Barcelona : Elseiver; 2014.
12. Geeti. M. Manual Ilustrado de Cirugía Oral y Maxilofacial. Panamá: : JaypeeHighlights Medical Publishers.; 2014.
13. Giménez. FS. Manual básico de cirugía oral para el odontólogo. México: Ciencias Editorial.; 2016.
14. Guillermo. R. CIRUGIA MAXILOFACIAL. Madrid: Panamericana; 2006.
15. Jaime. SS. Radiografías en cirugía.: Intramed Revista; 2017.
16. Tania CR. Técnicas de anestesia. Revistas Bolivianas. 2016;; p. 5-7.
17. Moreira Torres M. Tratado de Anestesia odontológica. España: ARAN Ediciones.; 2015.
18. Cosme GE. Tratado de Cirugía Bucal. Madrid: ERGON; 2015.
19. Cleardent.. Diccionario Odontológico. [Online]. Available from: <https://www.cleardent.es/diccionario-odontologico/avulsion-dental/>.
20. Morales Trejo B. Alternativas de tratamiento para la osteítis alveolar (alveolo seco) y revisión de la literatura. Revista ADM. 2011;; p. 278–282.
21. Palma Cardenas Ascensión SAF. Técnicas de ayuda odontológica y estomatología. 2nd ed. Madrid: España: Paraninfo Ediciones.; 2014.
22. Barrancos Mooney J. BPJ. Operatoria dental Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2015.
23. Internacional FD. Dental Caries. [Online].; 2023 [cited 2025 12 13. Available from: https://www.fdiworldental.org/sites/default/files/2025-09/FDI%20Understanding%20Dental%20Caries%20Fact%20Sheet_ESP.pdf.

24. Committee. ICDaASC. ICDAS II: International Caries Detection and Assessment System. 2009.
25. BORTOLOTTI.. Protesis removibles classicas e innovaciones. Milano: AMOLCA; 2013.
26. Carr AB BDM. Prótesis parcial removible. 13th ed. Barcelona: Elsevier; 2016.
27. Yudice R. Protesis parcial removible Argentina: Panamericana; 2006.
28. Murcia Ud. Conectores mayores en prótesis parcial removible. [Online]. Available from: <https://www.um.es/innova/OCW/protesis-parcial-removible1/material/Leccion11/text4.html>.
29. Silva-Barrera TE, Fierro-Ortiz KE, Solis-Balladares YV. Componentes de la Prótesis Parcial Removible. Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. 2022.
30. Mendoza Rivera S, Rios Szalay E, Treviño Santos A, Olivares Tapia S. Rehabilitación protésica multidisciplinaria: Reporte de un caso clínico. Revista Odontológica Mexicana. 2012;; p. 112-122.
31. Fernández , Acosta H, Madrid , Verdugo L. Rehabilitación de maxilares clases I y II de Kennedy mediante prótesis removibles. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral. 2017;; p. 96-100.
32. Ascorti P. Torus mandibular: estudio de caso y revisión de la literatura. Universidad Católica de Córdoba. 2025.
33. Espinoza F ZSLN. La Operatoria Dental y su Rol en la Rehabilitación Integral. Caso Clínico. Revista Facultad Odontologica. 2021; 36(82): p. 67-73.

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA
ASENTIMIENTO INFORMADO PROYECTO DE ANÁLISIS DE CASO

PARTE I: INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE/REPRESENTANTE LEGAL

A. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN Análisis de Caso					
B. NOMBRE DE INVESTIGADOR PRINCIPAL Y DATOS DE CONTACTO					
Nombres completos: Mónica Anahí Bayas Chomilo		Cédula: 1315391019			
Teléfono: 0985918515		Correo electrónico: monica.bayas@uleam.edu.ec			
Nombre de la institución a la cual se entrega soporte el investigador (SI APLICA): Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí					
C. NOMBRE DEL PATROADORADOR Y DATOS DEL CONTACTO (SI APLICA)					
Nombres completos:		Cédula:			
Teléfono:		Correo electrónico:			
D. NOMBRE DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS QUE EVALUÓ Y APROBÓ EL ESTUDIO Y DATOS DEL CONTACTO					
Nombres completos: Cid Juan Manuel Sierra Zambrano, Esp.		Cédula: 1310374119			
Teléfono: 098663757		Correo electrónico: comiteetica@uleam.edu.ec			
Nombre del comité: Comité de Ética e Investigación en seres humanos de la universidad laica Eloy Alfaro de Manabí (CEISH-ULEAM)					
E. NOMBRE DEL CENTRO O ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE REALIZARÁ LA INVESTIGACIÓN Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí					
F. INTRODUCCIÓN La presente investigación tiene como propósito la rehabilitación oral de un paciente, estableciendo diagnóstico y plan de tratamiento					
G. PROPÓSITO DEL ESTUDIO 1. Evaluar el estado periodontal, índice de caries y necesidad protésica del paciente 2. Determinar piezas dentarias inválidas 3. Establecer un tratamiento periodontal que permita estabilizar los tejidos de soporte antes de la rehabilitación					
H. PROCEDIMIENTOS POR REALIZAR					
No.	Actividad	Justificación del motivo	Lugar de ejecución	Responsable	Tiempo duración
1	Remoción de Tonus lingual Extracción restos pieza #37, 46 Extracción de pieza #18	Rehabilitar oral e integralmente a un paciente adulto con múltiples necesidades odontológicas	Permite restaurar la función masticatoria, la estética facial y salud en general	ULEAM	Estudiante Diciembre
2	Detartraje supragingival Detartraje subgingival Raspado y alisado Restauración pieza #23, 27	Rehabilitar oral e integralmente a un paciente adulto con múltiples necesidades odontológicas	Permite mejorar la higiene oral del paciente	ULEAM	Estudiante Enero
3	Protesis parcial removible	Rehabilitar oral e integralmente a un paciente adulto con múltiples necesidades odontológicas	Permite restaurar la función masticatoria y fonética, prevenir migraciones dentarias y extrusiones	ULEAM	Estudiante Enero
I. BENEFICIOS DE LA PARTICIPACIÓN Y FORMA DE SOCIALIZAR LOS RESULTADOS 1. Diagnóstico del estado de salud oral del participante del estudio. 2. Asesoría odontológica para explicar resultados y posibles conductas a seguir, en caso de ser requerido por el participante. 3. Se contribuirá a la prevención y promoción de la salud oral, mediante la educación y orientación brindada durante el estudio.					
J. RIESGOS FÍSICOS Y PSICOLÓGICOS A CORTO Y LARGO PLAZO DE LA PARTICIPACIÓN Y FORMAS DE MITIGARLOS					
Riesgos		Forma de mitigarlos			
1. Contagio por COVID-19		Uso de mascarilla			
2. Lesión de tejidos blandos intra y extraorales durante el uso del explorador		Uso cuidadoso del instrumental			
3. Reacción alérgica al látex		Se consultará verbalmente y registrará en la historia clínica si presenta alergia al látex			
K. COSTOS Y COMPENSACIÓN 1. El participante/representante legal NO pagará por ninguno de los análisis que se realicen en la investigación. 2. El participante/representante legal NO recibirá ninguna compensación por su participación. 3. En caso de llegar a producirse un evento fortuito, que requiera atención médica, como resultado de cualquier procedimiento de la investigación incluyendo la toma de muestra biológica, el participante será remitido al departamento de emergencias del hospital Rodrigo Zambrano del ministerio de salud pública y se dará seguimiento del caso hasta la resolución del evento. 4. En el caso de presentarse algún evento adverso durante la ejecución de las actividades, el investigador principal asumirá los rubros económicos y dará seguimiento del participante hasta su recuperación y alta médica correspondiente.					
L. MECANISMOS PARA RESGUARDAR LA CONFIDENCIALIDAD DE DATOS 1. Durante el desarrollo de la investigación la información obtenida será entregada a la/el investigador/a principal previamente ANONIMIZADOS. 2. Al finalizar la investigación la información obtenida, será entregada de forma ANONIMIZADA a la/el director/a de carrera con el propósito de contribuir al desarrollo de futuras investigaciones.					

PARTE II: CONSENTIMIENTO INFORMADO

A. DECLARATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Yo, en calidad de participante/representante legal del participante declaro que:		SI	NO
1. He leído el consentimiento informado.		X	
2. Han respondido a todas mis preguntas.		X	
3. Entiendo los riesgos y beneficios de participar.		X	
4. Entiendo que firmar este documento, NO implica renunciar a ninguno de los derechos que por ley me corresponden.		X	
5. He sido informado de todos y cada uno de los procedimientos que se realizarán para la ejecución de la investigación		X	

HISTORIA CLINICA

Uleam UNIVERSIDAD LAICA "ELOY ALFARO" DE MANABÍ CARRERA DE ODONTOLOGÍA	
1. NOMBRE COMPLETO PACIENTE: Jefferson Alejandro Velásquez Parra	
2. FECHA NACIMIENTO: 06/01/1993	
3. SEXO: M	
4. CARGO U OCUPACIÓN LABORAL: Estudiante	
5. DISEÑO DE DENTURA: Sin dentadura	
6. PAIS DE ORIGEN: Ecuador	
7. CIUDAD: Jaramijo	
8. PARROQUIA: Jaramijo	
9. BARRIO: Jaramijo	
10. N° ART. O CASA:	
11. APLICA NOMBRE COMPLETO REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR, ACOMPAÑANTE O CONTACTO DE EMERGENCIA: Mónica Anahí Bayas Chomilo	
12. UNIDAD DE ATENCIÓN: Clínica Uleam	
13. MOTIVO PRINCIPAL DE LA CONSULTA: Porque quise arreglar mis dientes	
14. ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL: Paciente masculino de 32 años acude a consulta por presentar inflamación y sangrado en sus encías, presencia de restos radiculares, de tons mandibulares, y caries en los piezas #23 y #17	
15. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: 6 madre	
16. SIGNOS VITALES: Presión arterial: 125/85 mmHg, Frecuencia cardíaca: 87 golpes/min, Frecuencia respiratoria: 17, Temp. axil: 36.0, Peso: 55 kg, Altura: 1.60 m	
17. EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATODONTOLÓGICO: 1. LAMAR: 2. MUELAS: 3. MAX. SUPERIOR: 4. MAX. INFERIOR: 5. LINGUAL: 6. PALADAR: 7. PISO DE LA BOCA: 8. GINGIVAS: 9. OROFARINGE: 10. A.T.M.: 11. CANALICO: 12. OTRO: 13. OTRO:	
18. PLANES DE DIAGNÓSTICO Y EDUCACIONAL: 1. Diagnóstico: 2. Educación: 3. Seguimiento: 4. Seguimiento: 5. Seguimiento: 6. Seguimiento: 7. Seguimiento: 8. Seguimiento: 9. Seguimiento: 10. Seguimiento: 11. Seguimiento: 12. Seguimiento: 13. Seguimiento: 14. Seguimiento: 15. Seguimiento: 16. Seguimiento: 17. Seguimiento: 18. Seguimiento: 19. Seguimiento: 20. Seguimiento: 21. Seguimiento: 22. Seguimiento: 23. Seguimiento: 24. Seguimiento: 25. Seguimiento: 26. Seguimiento: 27. Seguimiento: 28. Seguimiento: 29. Seguimiento: 30. Seguimiento: 31. Seguimiento: 32. Seguimiento: 33. Seguimiento: 34. Seguimiento: 35. Seguimiento: 36. Seguimiento: 37. Seguimiento: 38. Seguimiento: 39. Seguimiento: 40. Seguimiento: 41. Seguimiento: 42. Seguimiento: 43. Seguimiento: 44. Seguimiento: 45. Seguimiento: 46. Seguimiento: 47. Seguimiento: 48. Seguimiento: 49. Seguimiento: 50. Seguimiento: 51. Seguimiento: 52. Seguimiento: 53. Seguimiento: 54. Seguimiento: 55. Seguimiento: 56. Seguimiento: 57. Seguimiento: 58. Seguimiento: 59. Seguimiento: 60. Seguimiento: 61. Seguimiento: 62. Seguimiento: 63. Seguimiento: 64. Seguimiento: 65. Seguimiento: 66. Seguimiento: 67. Seguimiento: 68. Seguimiento: 69. Seguimiento: 70. Seguimiento: 71. Seguimiento: 72. Seguimiento: 73. Seguimiento: 74. Seguimiento: 75. Seguimiento: 76. Seguimiento: 77. Seguimiento: 78. Seguimiento: 79. Seguimiento: 80. Seguimiento: 81. Seguimiento: 82. Seguimiento: 83. Seguimiento: 84. Seguimiento: 85. Seguimiento: 86. Seguimiento: 87. Seguimiento: 88. Seguimiento: 89. Seguimiento: 90. Seguimiento: 91. Seguimiento: 92. Seguimiento: 93. Seguimiento: 94. Seguimiento: 95. Seguimiento: 96. Seguimiento: 97. Seguimiento: 98. Seguimiento: 99. Seguimiento: 100. Seguimiento: 101. Seguimiento: 102. Seguimiento: 103. Seguimiento: 104. Seguimiento: 105. Seguimiento: 106. Seguimiento: 107. Seguimiento: 108. Seguimiento: 109. Seguimiento: 110. Seguimiento: 111. Seguimiento: 112. Seguimiento: 113. Seguimiento: 114. Seguimiento: 115. Seguimiento: 116. Seguimiento: 117. Seguimiento: 118. Seguimiento: 119. Seguimiento: 120. Seguimiento: 121. Seguimiento: 122. Seguimiento: 123. Seguimiento: 124. Seguimiento: 125. Seguimiento: 126. Seguimiento: 127. Seguimiento: 128. Seguimiento: 129. Seguimiento: 130. Seguimiento: 131. Seguimiento: 132. Seguimiento: 133. Seguimiento: 134. Seguimiento: 135. Seguimiento: 136. Seguimiento: 137. Seguimiento: 138. Seguimiento: 139. Seguimiento: 140. Seguimiento: 141. Seguimiento: 142. Seguimiento: 143. Seguimiento: 144. Seguimiento: 145. Seguimiento: 146. Seguimiento: 147. Seguimiento: 148. Seguimiento: 149. Seguimiento: 150. Seguimiento: 151. Seguimiento: 152. Seguimiento: 153. Seguimiento: 154. Seguimiento: 155. Seguimiento: 156. Seguimiento: 157. Seguimiento: 158. Seguimiento: 159. Seguimiento: 160. Seguimiento: 161. Seguimiento: 162. Seguimiento: 163. Seguimiento: 164. Seguimiento: 165. Seguimiento: 166. Seguimiento: 167. Seguimiento: 168. Seguimiento: 169. Seguimiento: 170. Seguimiento: 171. Seguimiento: 172. Seguimiento: 173. Seguimiento: 174. Seguimiento: 175. Seguimiento: 176. Seguimiento: 177. Seguimiento: 178. Seguimiento: 179. Seguimiento: 180. Seguimiento: 181. Seguimiento: 182. Seguimiento: 183. Seguimiento: 184. Seguimiento: 185. Seguimiento: 186. Seguimiento: 187. Seguimiento: 188. Seguimiento: 189. Seguimiento: 190. Seguimiento: 191. Seguimiento: 192. Seguimiento: 193. Seguimiento: 194. Seguimiento: 195. Seguimiento: 196. Seguimiento: 197. Seguimiento: 198. Seguimiento: 199. Seguimiento: 200. Seguimiento: 201. Seguimiento: 202. Seguimiento: 203. Seguimiento: 204. Seguimiento: 205. Seguimiento: 206. Seguimiento: 207. Seguimiento: 208. Seguimiento: 209. Seguimiento: 210. Seguimiento: 211. Seguimiento: 212. Seguimiento: 213. Seguimiento: 214. Seguimiento: 215. Seguimiento: 216. Seguimiento: 217. Seguimiento: 218. Seguimiento: 219. Seguimiento: 220. Seguimiento: 221. Seguimiento: 222. Seguimiento: 223. Seguimiento: 224. Seguimiento: 225. Seguimiento: 226. Seguimiento: 227. Seguimiento: 228. Seguimiento: 229. Seguimiento: 230. Seguimiento: 231. Seguimiento: 232. Seguimiento: 233. Seguimiento: 234. Seguimiento: 235. Seguimiento: 236. Seguimiento: 237. Seguimiento: 238. Seguimiento: 239. Seguimiento: 240. Seguimiento: 241. Seguimiento: 242. Seguimiento: 243. Seguimiento: 244. Seguimiento: 245. Seguimiento: 246. Seguimiento: 247. Seguimiento: 248. Seguimiento: 249. Seguimiento: 250. Seguimiento: 251. Seguimiento: 252. Seguimiento: 253. Seguimiento: 254. Seguimiento: 255. Seguimiento: 256. Seguimiento: 257. Seguimiento: 258. Seguimiento: 259. Seguimiento: 260. Seguimiento: 261. Seguimiento: 262. Seguimiento: 263. Seguimiento: 264. Seguimiento: 265. Seguimiento: 266. Seguimiento: 267. Seguimiento: 268. Seguimiento: 269. Seguimiento: 270. Seguimiento: 271. Seguimiento: 272. Seguimiento: 273. Seguimiento: 274. Seguimiento: 275. Seguimiento: 276. Seguimiento: 277. Seguimiento: 278. Seguimiento: 279. Seguimiento: 280. Seguimiento: 281. Seguimiento: 282. Seguimiento: 283. Seguimiento: 284. Seguimiento: 285. Seguimiento: 286. Seguimiento: 287. Seguimiento: 288. Seguimiento: 289. Seguimiento: 290. Seguimiento: 291. Seguimiento: 292. Seguimiento: 293. Seguimiento: 294. Seguimiento: 295. Seguimiento: 296. Seguimiento: 297. Seguimiento: 298. Seguimiento: 299. Seguimiento: 300. Seguimiento: 301. Seguimiento: 302. Seguimiento: 303. Seguimiento: 304. Seguimiento: 305. Seguimiento: 306. Seguimiento: 307. Seguimiento: 308. Seguimiento: 309. Seguimiento: 310. Seguimiento: 311. Seguimiento: 312. Seguimiento: 313. Seguimiento: 314. Seguimiento: 315. Seguimiento: 316. Seguimiento: 317. Seguimiento: 318. Seguimiento: 319. Seguimiento: 320. Seguimiento: 321. Seguimiento: 322. Seguimiento: 323. Seguimiento: 324. Seguimiento: 325. Seguimiento: 326. Seguimiento: 327. Seguimiento: 328. Seguimiento: 329. Seguimiento: 330. Seguimiento: 331. Seguimiento: 332. Seguimiento: 333. Seguimiento: 334. Seguimiento: 335. Seguimiento: 336. Seguimiento: 337. Seguimiento: 338. Seguimiento: 339. Seguimiento: 340. Seguimiento: 341. Seguimiento: 342. Seguimiento: 343. Seguimiento: 344. Seguimiento: 345. Seguimiento: 346. Seguimiento: 347. Seguimiento: 348. Seguimiento: 349. Seguimiento: 350. Seguimiento: 351. Seguimiento: 352. Seguimiento: 353. Seguimiento: 354. Seguimiento: 355. Seguimiento: 356. Seguimiento: 357. Seguimiento: 358. Seguimiento: 359. Seguimiento: 360. Seguimiento: 361. Seguimiento: 362. Seguimiento: 363. Seguimiento: 364. Seguimiento: 365. Seguimiento: 366. Seguimiento: 367. Seguimiento: 368. Seguimiento: 369. Seguimiento: 370. Seguimiento: 371. Seguimiento: 372. Seguimiento: 373. Seguimiento: 374. Seguimiento: 375. Seguimiento: 376. Seguimiento: 377. Seguimiento: 378. Seguimiento: 379. Seguimiento: 380. Seguimiento: 381. Seguimiento: 382. Seguimiento: 383. Seguimiento: 384. Seguimiento: 385. Seguimiento: 386. Seguimiento: 387. Seguimiento: 388. Seguimiento: 389. Seguimiento: 390. Seguimiento: 391. Seguimiento: 392. Seguimiento: 393. Seguimiento: 394. Seguimiento: 395. Seguimiento: 396. Seguimiento: 397. Seguimiento: 398. Seguimiento: 399. Seguimiento: 400. Seguimiento: 401. Seguimiento: 402. Seguimiento: 403. Seguimiento: 404. Seguimiento: 405. Seguimiento: 406. Seguimiento: 407. Seguimiento: 408. Seguimiento: 409. Seguimiento: 410. Seguimiento: 411. Seguimiento: 412. Seguimiento: 413. Seguimiento: 414. Seguimiento: 415. Seguimiento: 416. Seguimiento: 417. Seguimiento: 418. Seguimiento: 419. Seguimiento: 420. Seguimiento: 421. Seguimiento: 422. Seguimiento: 423. Seguimiento: 424. Seguimiento: 425. Seguimiento: 426. Seguimiento: 427. Seguimiento: 428. Seguimiento: 429. Seguimiento: 430. Seguimiento: 431. Seguimiento: 432. Seguimiento: 433. Seguimiento: 434. Seguimiento: 435. Seguimiento: 436. Seguimiento: 437. Seguimiento: 438. Seguimiento: 439. Seguimiento: 440. Seguimiento: 441. Seguimiento: 442. Seguimiento: 443. Seguimiento: 444. Seguimiento: 445. Seguimiento: 446. Seguimiento: 447. Seguimiento: 448. Seguimiento: 449. Seguimiento: 450. Seguimiento: 451. Seguimiento: 452. Seguimiento: 453. Seguimiento: 454. Seguimiento: 455. Seguimiento: 456. Seguimiento: 457. Seguimiento: 458. Seguimiento: 459. Seguimiento: 460. Seguimiento: 461. Seguimiento: 462. Seguimiento: 463. Seguimiento: 464. Seguimiento: 465. Seguimiento: 466. Seguimiento: 467. Seguimiento: 468. Seguimiento: 469. Seguimiento: 470. Seguimiento: 471. Seguimiento: 472. Seguimiento: 473. Seguimiento: 474. Seguimiento: 475. Seguimiento: 476. Seguimiento: 477. Seguimiento: 478. Seguimiento: 479. Seguimiento: 480. Seguimiento: 481. Seguimiento: 482. Seguimiento: 483. Seguimiento: 484. Seguimiento: 485. Seguimiento: 486. Seguimiento: 487. Seguimiento: 488. Seguimiento: 489. Seguimiento: 490. Seguimiento: 491. Seguimiento: 492. Seguimiento: 493. Seguimiento: 494. Seguimiento: 495. Seguimiento: 496. Seguimiento: 497. Seguimiento: 498. Seguimiento: 499. Seguimiento: 500. Seguimiento: 501. Seguimiento: 502. Seguimiento: 503. Seguimiento: 504. Seguimiento: 505. Seguimiento: 506. Seguimiento: 507. Seguimiento: 508. Seguimiento: 509. Seguimiento: 510. Seguimiento: 511. Seguimiento: 512. Seguimiento: 513. Seguimiento: 514. Seguimiento: 515. Seguimiento: 516. Seguimiento: 517. Seguimiento: 518. Seguimiento: 519. Seguimiento: 520. Seguimiento: 521. Seguimiento: 522. Seguimiento: 523. Seguimiento: 524. Seguimiento: 525. Seguimiento: 526. Seguimiento: 527. Seguimiento: 528. Seguimiento: 529. Seguimiento: 530. Seguimiento: 531. Seguimiento: 532. Seguimiento: 533. Seguimiento: 534. Seguimiento: 535. Seguimiento: 536. Seguimiento: 537. Seguimiento: 538. Seguimiento: 539. Seguimiento: 540. Seguimiento: 541. Seguimiento: 542. Seguimiento: 543. Seguimiento: 544. Seguimiento: 545. Seguimiento: 546. Seguimiento: 547. Seguimiento: 548. Seguimiento: 549. Seguimiento: 550. Seguimiento: 551. Seguimiento: 552. Seguimiento: 553. Seguimiento: 554. Seguimiento: 555. Seguimiento: 556. Seguimiento: 557. Seguimiento: 558. Seguimiento: 559. Seguimiento: 560. Seguimiento: 561. Seguimiento: 562. Seguimiento: 563. Seguimiento: 564. Seguimiento: 565. Seguimiento: 566. Seguimiento: 567. Seguimiento: 568. Seguimiento: 569. Seguimiento: 570. Seguimiento: 571. Seguimiento: 572. Seguimiento: 573. Seguimiento: 574. Seguimiento: 575. Seguimiento: 576. Seguimiento: 577. Seguimiento: 578. Seguimiento: 579. Seguimiento: 580. Seguimiento: 581. Seguimiento: 582. Seguimiento: 583. Seguimiento: 584. Seguimiento: 585. Seguimiento: 586. Seguimiento: 587. Seguimiento: 588. Seguimiento: 589. Seguimiento: 590. Seguimiento: 591. Seguimiento: 592. Seguimiento: 593. Seguimiento: 594. Seguimiento: 595. Seguimiento: 596. Seguimiento: 597. Seguimiento: 598. Seguimiento: 599. Seguimiento: 600. Seguimiento: 601. Seguimiento: 602. Seguimiento: 603. Seguimiento: 604. Seguimiento: 605. Seguimiento: 606. Seguimiento: 607. Seguimiento: 608. Seguimiento: 609. Seguimiento: 610. Seguimiento: 611. Seguimiento: 612. Seguimiento: 613. Seguimiento: 614. Seguimiento: 615. Seguimiento: 616. Seguimiento: 617. Seguimiento: 618. Seguimiento: 619. Seguimiento: 620. Seguimiento: 621. Seguimiento: 622. Seguimiento: 623. Seguimiento: 624. Seguimiento: 625. Seguimiento: 626. Seguimiento: 627. Seguimiento: 628. Seguimiento: 629. Seguimiento: 630. Seguimiento: 631. Seguimiento: 632. Seguimiento: 633. Seguimiento: 634. Seguimiento: 635. Seguimiento: 636. Seguimiento: 637. Seguimiento: 638. Seguimiento: 639. Seguimiento: 640. Seguimiento: 641. Seguimiento: 642. Seguimiento: 643. Seguimiento: 644. Seguimiento: 645. Seguimiento: 646. Seguimiento: 647. Seguimiento: 648. Seguimiento: 649. Seguimiento: 650. Seguimiento: 651. Seguimiento: 652. Seguimiento: 653. Seguimiento: 654. Seguimiento: 655. Seguimiento: 656. Seguimiento: 657. Seguimiento: 658. Seguimiento: 659. Seguimiento: 660. Seguimiento: 661. Seguimiento: 662. Seguimiento: 663. Seguimiento: 664. Seguimiento: 665. Seguimiento: 666. Seguimiento: 667. Seguimiento: 668. Seguimiento: 669. Seguimiento: 670. Seguimiento: 671. Seguimiento: 672. Seguimiento: 673. Seguimiento: 674. Seguimiento: 675. Seguimiento: 676. Seguimiento: 677. Seguimiento: 678. Seguimiento: 679. Seguimiento: 680. Seguimiento: 681. Seguimiento: 682. Seguimiento: 683. Seguimiento: 684. Seguimiento: 685. Seguimiento: 686. Seguimiento: 687. Seguimiento: 688. Seguimiento: 689. Seguimiento: 690. Seguimiento: 691. Seguimiento: 692. Seguimiento: 693. Seguimiento: 694. Seguimiento: 695. Seguimiento: 696. Seguimiento: 697. Seguimiento: 698. Seguimiento: 699. Seguimiento: 700. Seguimiento: 701. Seguimiento: 702. Seguimiento: 703. Seguimiento: 704. Seguimiento: 705. Seguimiento: 706. Seguimiento: 707. Seguimiento: 708. Seguimiento: 709. Seguimiento: 710. Seguimiento: 711. Seguimiento: 712. Seguimiento: 713. Seguimiento: 714. Seguimiento: 715. Seguimiento: 716. Seguimiento: 717. Seguimiento: 718. Seguimiento: 719. Seguimiento: 720. Seguimiento: 721. Seguimiento: 722. Seguimiento: 723. Seguimiento: 724. Seguimiento: 725. Seguimiento: 726. Seguimiento: 727. Seguimiento: 728. Seguimiento: 729. Seguimiento: 730. Seguimiento: 731. Seguimiento: 732. Seguimiento: 733. Seguimiento: 734. Seguimiento: 735. Seguimiento: 736. Seguimiento: 737. Seguimiento: 738. Seguimiento: 739. Seguimiento: 740. Seguimiento: 741. Seguimiento: 742. Seguimiento: 743. Seguimiento: 744. Seguimiento: 745. Seguimiento: 746. Seguimiento: 747. Seguimiento: 748. Seguimiento: 749. Seguimiento: 750. Seguimiento: 751. Seguimiento: 752. Seguimiento: 753. Seguimiento: 754. Seguimiento: 755. Seguimiento: 756. Seguimiento: 757. Seguimiento: 758. Seguimiento: 759. Seguimiento: 760. Seguimiento: 761. Seguimiento: 762. Seguimiento: 763. Seguimiento: 764. Seguimiento: 765. Seguimiento: 766. Seguimiento: 767. Seguimiento: 768. Seguimiento: 769. Seguimiento: 770. Seguimiento: 771. Seguimiento: 772. Seguimiento: 773. Seguimiento: 774. Seguimiento: 775. Seguimiento: 776. Seguimiento: 777. Seguimiento: 778. Seguimiento: 779. Seguimiento: 780. Seguimiento: 781. Seguimiento: 782. Seguimiento: 783. Seguimiento: 784. Seguimiento: 785. Seguimiento: 786. Seguimiento: 787. Seguimiento: 788. Seguimiento: 789. Seguimiento: 790. Seguimiento: 791. Seguimiento: 792. Seguimiento: 793. Seguimiento: 794. Seguimiento: 795. Seguimiento: 796. Seguimiento: 797. Seguimiento: 798. Seguimiento: 799. Seguimiento: 800. Seguimiento: 801. Seguimiento: 802. Seguimiento: 803. Seguimiento: 804. Seguimiento: 805. Seguimiento: 806. Seguimiento: 807. Seguimiento: 808. Seguimiento: 809. Seguimiento: 810. Seguimiento: 811. Seguimiento: 812. Seguimiento: 813. Seguimiento: 814. Seguimiento: 815. Seguimiento: 816. Seguimiento: 817. Seguimiento: 818. Seguimiento: 819. Seguimiento: 820. Seguimiento: 821. Seguimiento: 822. Seguimiento: 823. Seguimiento: 824. Seguimiento: 825. Seguimiento: 826. Seguimiento: 827. Seguimiento: 828. Seguimiento: 829. Seguimiento: 830. Seguimiento: 831. Seguimiento: 832. Seguimiento: 833. Seguimiento: 834. Seguimiento: 835. Seguimiento: 836. Seguimiento: 837. Seguimiento: 838. Seguimiento: 839. Seguimiento: 840. Seguimiento: 841. Seguimiento: 842. Seguimiento: 843. Seguimiento: 844. Seguimiento: 845. Seguimiento: 846. Seguimiento: 847. Seguimiento: 848. Seguimiento: 849. Seguimiento: 850. Seguimiento: 851. Seguimiento: 852. Seguimiento: 853. Seguimiento: 854. Seguimiento: 855. Seguimiento: 856. Seguimiento: 857. Seguimiento: 858. Seguimiento: 859. Seguimiento: 860. Seguimiento: 861. Seguimiento: 862. Seguimiento: 863. Seguimiento: 864. Seguimiento: 865. Seguimiento: 866. Seguimiento: 867. Seguimiento: 868. Seguimiento: 869. Seguimiento: 870. Seguimiento: 871. Seguimiento: 872. Seguimiento: 873. Seguimiento: 874. Seguimiento: 875. Seguimiento: 876. Seguimiento: 877. Seguimiento: 878. Seguimiento: 879. Seguimiento: 880. Seguimiento: 881. Seguimiento: 882. Seguimiento: 883. Seguimiento: 884. Seguimiento: 885. Seguimiento: 886. Seguimiento: 887. Seguimiento: 888. Seguimiento: 889. Seguimiento: 890. Seguimiento: 891. Seguimiento: 892. Seguimiento: 893. Seguimiento: 894. Seguimiento: 895. Seguimiento: 896. Seguimiento: 897. Seguimiento: 898. Seguimiento: 899. Seguimiento: 900. Seguimiento: 901. Seguimiento: 902. Seguimiento: 903. Seguimiento: 904. Seguimiento: 905. Seguimiento: 906. Seguimiento: 907. Seguimiento: 908. Seguimiento: 909. Seguimiento: 910. Seguimiento: 911. Seguimiento: 912. Seguimiento: 913. Seguimiento: 914. Seguimiento: 915. Seguimiento: 916. Seguimiento: 917. Seguimiento: 918. Seguimiento: 919. Seguimiento: 920. Seguimiento: 921. Seguimiento: 922. Seguimiento: 923. Seguimiento: 924. Seguimiento: 925. Seguimiento: 926. Seguimiento: 927. Seguimiento: 928. Seguimiento: 929. Seguimiento: 930. Seguimiento: 931. Seguimiento: 932. Seguimiento: 933. Seguimiento: 934. Seguimiento: 935. Seguimiento: 936. Seguimiento: 937. Seguimiento: 938. Seguimiento: 939. Seguimiento: 940. Seguimiento: 941. Seguimiento: 942. Seguimiento: 943. Seguimiento: 944. Seguimiento: 945. Seguimiento: 946. Seguimiento: 947. Seguimiento: 948. Seguimiento: 949. Seguimiento: 950. Seguimiento: 951. Seguimiento: 952. Seguimiento: 953. Seguimiento: 954. Seguimiento: 955. Seguimiento: 956. Seguimiento: 957. Seguimiento: 958. Seguimiento: 959. Seguimiento: 960. Seguimiento: 961. Seguimiento: 962. Seguimiento: 963. Seguimiento: 964. Seguimiento: 965. Seguimiento: 966. Seguimiento: 967. Seguimiento: 968. Seguimiento: 969. Seguimiento: 970. Seguimiento: 971. Seguimiento: 972. Seguimiento: 973. Seguimiento: 974. Seguimiento: 975. Seguimiento: 976. Seguimiento: 977. Seguimiento: 978. Seguimiento: 979. Seguimiento: 980. Seguimiento: 981. Seguimiento: 982. Seguimiento: 983. Seguimiento: 984. Seguimiento: 985. Seguimiento: 986. Seguimiento: 987. Seguimiento: 988. Seguimiento: 989. Seguimiento: 990. Seguimiento: 991. Seguimiento: 992. Seguimiento: 993. Seguimiento: 994. Seguimiento: 995. Seguimiento: 996. Seguimiento: 997. Seguimiento: 998. Seguimiento: 999. Seguimiento: 1000. Seguimiento: 1001. Seguimiento: 1002. Seguimiento: 1003. Seguimiento: 1004. Seguimiento: 1005. Seguimiento: 1006. Seguimiento: 1007. Seguimiento: 1008. Seguimiento: 1009. Seguimiento: 1010. Seguimiento: 1011. Seguimiento: 1012. Seguimiento: 1013. Seguimiento: 1014. Seguimiento: 1015. Seguimiento: 1016. Seguimiento: 1017. Seguimiento: 1018. Seguimiento: 1019. Seguimiento: 1020. Seguimiento: 1021. Seguimiento: 1022. Seguimiento: 1023. Seguimiento: 1024. Seguimiento: 1025. Seguimiento: 1026. Seguimiento: 1027. Seguimiento: 1028. Seguimiento: 1029. Seguimiento: 1030. Seguimiento: 1031. Seguimiento: 1032. Seguimiento: 1033. Seguimiento: 1034. Seguimiento: 1035. Seguimiento: 1036. Seguimiento: 1037. Seguimiento: 1038. Seguimiento: 1039. Seguimiento: 1040. Seguimiento: 1041. Seguimiento: 1042. Seguimiento: 1043. Seguimiento: 1044. Seguimiento: 1045. Seguimiento: 1046. Seguimiento: 1047. Seguimiento: 1048. Seguimiento: 1049. Seguimiento: 1050. Seguimiento: 1051. Seguimiento: 1052. Seguimiento: 1053. Seguimiento: 1054. Seguimiento: 1055. Seguimiento: 1056. Seguimiento: 1057. Seguimiento: 1058. Seguimiento: 1059. Seguimiento: 1060. Seguimiento: 1061. Seguimiento: 1062. Seguimiento: 1063. Seguimiento: 1064. Seguimiento: 1065. Seguimiento: 1066. Seguimiento: 1067. Seguimiento: 1068. Seguimiento: 1069. Seguimiento: 1070. Seguimiento: 1071. Seguimiento: 1072. Seguimiento: 1073. Seguimiento: 1074. Seguimiento: 1075. Seguimiento: 1076. Seguimiento: 1077. Seguimiento: 1078. Seguimiento: 1079. Seguimiento: 1080. Seguimiento: 1081. Seguimiento: 1082. Seguimiento: 1083. Seguimiento: 1084. Seguimiento: 1085. Seguimiento: 1086. Seguimiento: 1087. Seguimiento: 1088. Seguimiento: 1089. Seguimiento: 1090. Seguimiento: 1091. Seguimiento: 1092. Seguimiento: 1093. Seguimiento: 1094. Seguimiento: 1095. Seguimiento: 1096. Seguimiento: 1097. Seguimiento: 1098. Seguimiento: 1099. Seguimiento: 1100. Seguimiento: 1101. Seguimiento: 1102. Seguimiento: 1103. Seguimiento: 1104. Seguimiento: 1105. Seguimiento: 1106. Seguimiento: 1107. Seguimiento: 1108. Seguimiento: 1109. Seguimiento: 1110. Seguimiento: 1111. Seguimiento: 1112. Seguimiento: 1113. Seguimiento: 1114. Seguimiento: 1115. Seguimiento: 1116. Seguimiento: 1117. Seguimiento: 1118. Seguimiento: 1119. Seguimiento: 1120. Seguimiento: 1121. Seguimiento: 1122. Seguimiento: 1123. Seguimiento: 1124. Seguimiento: 1125. Seguimiento: 1126. Seguimiento: 1127. Seguimiento: 1128. Seguimiento: 1129. Seguimiento: 1130. Seguimiento: 1131. Seguimiento: 1132. Seguimiento: 1133. Seguimiento: 1134. Seguimiento: 1135. Seguimiento: 1136. Seguimiento: 1137. Seguimiento: 1138. Seguimiento: 1139. Seguimiento: 1140. Seguimiento: 1141. Seguimiento: 1142. Seguimiento: 1143. Seguimiento: 1144. Seguimiento: 1145. Seguimiento: 1146. Seguimiento: 1147. Seguimiento: 1148. Seguimiento: 1149. Seguimiento: 1150. Seguimiento: 1151. Seguimiento: 1152. Seguimiento: 1153. Seguimiento: 1154. Segu	

APROBACION 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. 0492-CEISH-JMSZ-2025

Manta, 10 de noviembre de 2025

Señor/a,

Mónica Anahí Bayas Chonillo

Investigadora 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: “Manejo Multidisciplinario en paciente con Periodontitis y Edentulismo parcial: Análisis de Caso Clínico de Rehabilitación Oral”. Codificado como “**CEISH-Uleam_0536**” 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: Observacional
- Duración del estudio:

Instituciones participantes: Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí

Investigador del estudio: Mónica Anahí Bayas Chonillo

Documentación de la investigación:

Nombre de Documentos	Número de páginas	Fecha
Declaración de responsabilidad	2	5/11/2025
Carta de interés de el/los máximas autoridades de el/los establecimientos	No aplica	No aplica
Solicitud de exención con justificación para considerarlo exento	No aplica	No aplica
Formulario para la presentación de protocolos de investigaciones	No aplica	No aplica
Instrumentos que se emplearán para la ejecución del estudio	No aplica	No aplica

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
Odo. Juan Sierra
Presidente CEISH
Institución Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí
Teléfono: 0989693757
Correo electrónico: juan.sierra@uleam.edu.ec

PERIODONTOGRAMA

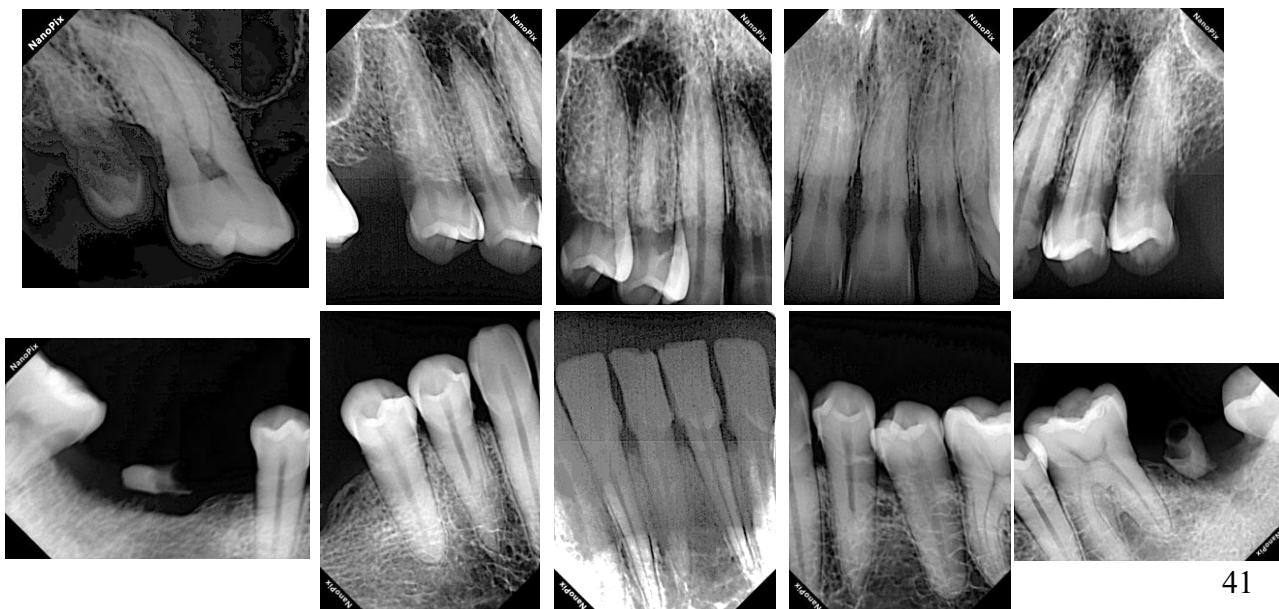
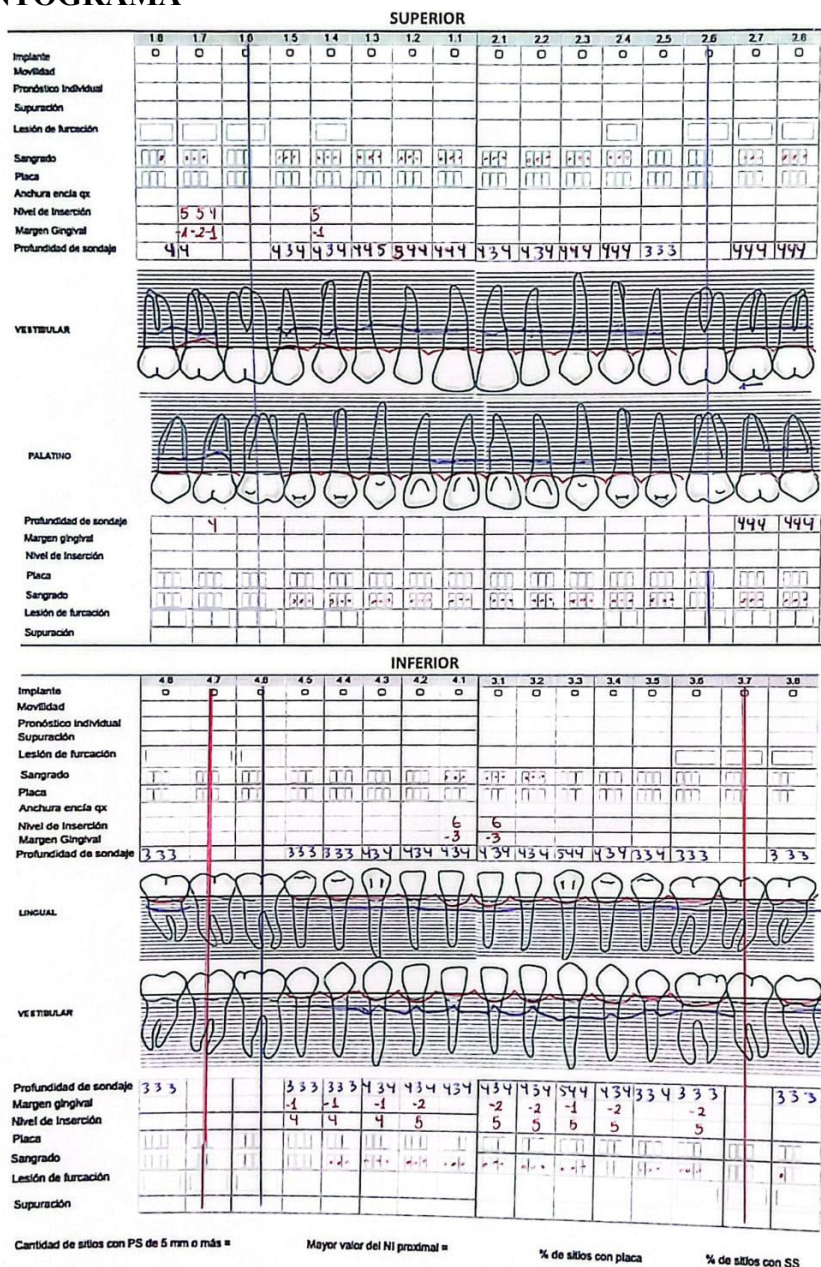


Figura 10. Serie completa de radiografías periapicales



Figura 11. Modelos primarios del paciente



Figura 12. Impresiones definitivas y modelos de trabajo. En la parte superior se observan las impresiones funcionales de los maxilares superior e inferior tomadas con cubetas individuales y material hidrocoloide irreversible de alta precisión. En la parte inferior, los modelos definitivos vaciados en yeso extra duro (tipo IV) previstos por el montaje o diseño de la prótesis.



Figura 13. Fases operatorias del tratamiento de remoción de torus: anestesia local, incisión, abordaje del lecho quirúrgico y síntesis/revisión de los tejidos

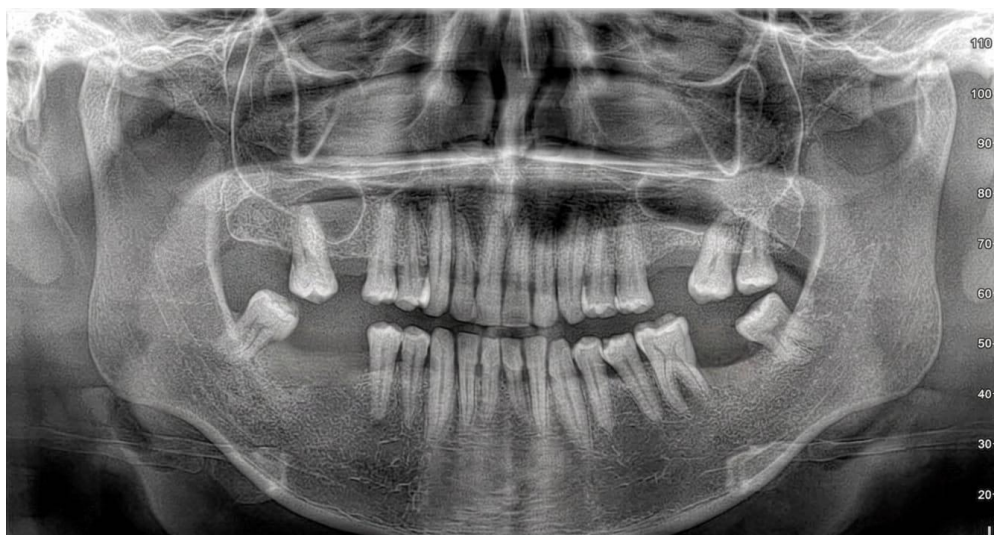


Figura 14. Radiografía panorámica final