



UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABI

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

**ANALISIS DE CASO PREVIO A LA OBTENCION DEL TITULO DE
ODONTOLOGO**

TEMA:

**REHABILITACIÓN ORAL MULTIDISCIPLINARIA CON ENFOQUE EN EL AUMENTO
DE LA D.V.O Y CIERRE DE DIASTEMA INTERINCISAL**

AUTOR:

JENNIFER ALEJANDRA MANTUANO PARRALES

TUTOR:

DR. JUAN SIERRA ZAMBRANO. ESP

MANTA-MANABI-ECUADOR

2026

	NOMBRE DEL DOCUMENTO:	CÓDIGO: PAT-04-F-004
	CERTIFICADO DE TUTOR(A).	
	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 Mantuano Parrales Jennifer Alejandra, legalmente matriculado/a en la carrera de Odontología, período académico 2026-1, cumpliendo el total de 384 horas, cuyo tema del proyecto es "Rehabilitación oral multidisciplinaria con enfoque en el aumento de la D.V.O y cierre de diastema Interincisal".

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, 13 de julio de 2026.

Lo certifico,


 Od. Juan Manuel Sierra Zambrano, Esp.
 Docente Tutor(a)
 Área: Odontología

DECLARACION DE AUTORIA

Yo, Jennifer Alejandra Mantuano Parrales con C.I # 1315649747 en calidad de autor del proyecto de investigación titulado “Rehabilitación oral multidisciplinaria con enfoque en el aumento de la DVO y cierre de diastema interincisal” 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.



Jennifer Alejandra Mantuano Parrales

CI: 1315649747

DEDICATORIA

Cada palabra escrita aquí, no llegaría a describir todo lo que siento.

Mi padre, mi Señor Jesús, mi amigo, quien me sostuvo en los momentos más difíciles, cuando creía que esto era imposible, cuando pensaba que esto no era para mí y que nunca sería capaz de lograrlo, ahí estuvo recordándome que me hizo para cosas grandes. A EL, quien me puso en este lugar, quien me dio la sabiduría y el arte en mis manos para aprender esta hermosa profesión, hoy le dedico a EL y le agradezco por este logro en mi vida, a El quien permitió que hoy yo este escribiendo estas palabras después de cinco años.

A ti mami y papi, por tenerme paciencia y comprenderme cuando llegaba tarde, cansada a estudiar y no podía ayudar en casa, a ustedes también les dedico este logro, porque de ustedes también es esto mucho más que mío, gracias por apoyarme durante estos años y por la confianza que han puesto sobre mí, por creer en mí a pesar de cualquier cosa. Espero algún día lleguen a sentirse orgullosos de mí.

Hermanas, Sofía y Domenica a ustedes también, porque han sido mi razón de perseverancia e inspiración.

Mi sobrino, Zabdiel, la persona que no pensé que estaría para presenciar esta etapa de mi vida, a pesar de tu llegada inesperada puedo decir que tu vida llevo a motivarme más, por eso te dedico este y cada uno de mis logros de aquí en adelante.

A mi mejor amigo y mi amor, Samuel, porque también ha sido parte de este proceso, mi compañero en esta aventura, gracias a ti por todas las veces que estuviste para mí, por recordarme siempre que, si podía, por ayudarme en cada cosa que se complicaba, gracias por tu presencia.

A mis amigas, Dayana, Alejandra y Anahí, que bendición fue encontrarlas y coincidir en esta vida, gracias amigas por estos años, gracias por su amistad que fue más allá que solo compañeras de clases, sin ustedes este camino hubiese sido más difícil, les dedico mi logro, las llevare en mi corazón por siempre.

GRACIAS, a todos quienes me motivaron, a quienes en algún momento me desearon cosas buenas, a mis queridos doctores/as, quienes aportaron para que yo hoy en día tenga tantos conocimientos y habilidades, gracias por haberme formado.

Y por si alguien se me escapa y en algún momento me ayudo y me motivo, GRACIAS A TI.

Esto lo termino con un versículo de la Biblia que me acompaño durante todo este proceso.

Mira que te mando que te esfuerces y seas valiente; no temas ni desmayes, porque Jehová tu Dios estará contigo en dondequiera que vayas. JOSUE 1:9

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente femenino de 39 años de edad que presenta múltiples alteraciones derivadas de las estructuradas que componen el sistema estomatognático, entre las más destacadas, el Diastema Interincisal Complejo de 4mm y disminución de la dimensión vertical oclusal derivada del desgaste dental patológico. **Objetivo:** Planificar y ejecutar la rehabilitación completa de las estructuras afectadas de la cavidad oral de forma integral. Aumentar la Dimensión Vertical Oclusal perdida por el desgaste dental. Disminuir el tamaño del diastema. **Materiales y métodos:** Se seleccionó un paciente del sexo femenino, edéntulo parcial superior clase de Kennedy I modificación 2 e inferior clase de Kennedy II modificación 1, con presencia de múltiples alteraciones de la cavidad oral, quien acude a las clínicas odontológicas de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí. El plan de tratamiento es multidisciplinario, destacando el restablecimiento de la D.V.O perdida, con la técnica de “Index Technique”, y prótesis parciales acrílicas en ambos maxilares, restablecer la estética del sector anterosuperior con carillas directas de resina compuesta para disminuir el diastema interincisal. **Conclusión:** Se logró restablecer la D.V.O optimizando la oclusión ideal, la estética y las funciones optimas del sistema estomatognático mejorando la calidad de vida y la autoestima del paciente.

Palabras Clave: Rehabilitación Oral, Cirugía Oral, Diastema Interincisal, Dimensión Vertical Oclusal.

ABSTRACT

We present the case of a 39-year-old female patient presenting with multiple abnormalities affecting the structures that make up the stomatognathic system, most notably a 4-mm complex interincisal diastema and a reduction in occlusal vertical dimension resulting from pathological tooth wear. Objective: To plan and perform a comprehensive rehabilitation of the affected structures of the oral cavity. To increase the occlusal vertical dimension lost due to dental wear. To reduce the size of the diastema. Materials and methods: A female patient was selected, presenting with partial edentulism in the upper jaw (Kennedy Class I, Modification 2) and lower jaw (Kennedy Class II, Modification 1), along with multiple oral cavity abnormalities, who sought care at the dental clinics of the Laica Eloy Alfaro University in Manabí. The treatment plan is multidisciplinary, focusing on restoring the lost VOD using the “Index Technique” and acrylic partial dentures in both jaws, as well as restoring the aesthetics of the anterior-superior region with direct composite resin veneers to reduce the interincisal diastema. **Conclusion:** The vertical occlusal dimension was successfully restored, optimizing ideal occlusion, aesthetics, and optimal functions of the stomatognathic system, thereby improving the patient’s quality of life and self-esteem.

Keywords: Oral Rehabilitation, Oral Surgery, Interincisal Diastema, Vertical Occlusal Dimension.

INDICE

CERTIFICACION DEL TUTOR	II
DECLARACIÓN DE AUTORÍA.....	III
DEDICATORIA.....	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
INTRODUCCION	9
CAPITULO I.....	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.....	11
OBJETIVO GENERAL:.....	11
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	11
JUSTIFICACION.....	11
CAPITULO II.....	13
FUNDAMENTO TEORICO	13
CARIES DENTAL	13
SISTEMA ICDAS	13
DIASTEMA DE LA LINEA MEDIA.....	14
CARILLAS DE COMPOSITE- MÉTODO DIRECTO	14
INCRUSTACION DE RESINA	15
SISTEMAS ADHESIVOS.....	15
DIMENSION VERTICAL OCLUSAL	15
AUMENTO DE LA D.V.O CON TECNICA DE INDEX TECHNIQUE	15
JIG DE LUCIA.....	16
PERIODONTO.....	16
SALUD PERIODONTAL	16
EDENTULISMO PARCIAL	16
CLASIFICACION DE KENNEDY	17
PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE	17
PULPITIS IRREVERSIBLE SINTOMATICA	17
ENDODONCIA.....	18
TORUS PALATINO	18
FRENECTOMIA	19
TECNICA QUIRURGICA	19
ABSCESO PERIAPICAL AGUDO	19
EXODONCIA.....	19

CAPITULO III	20
MARCO METODOLOGICO	20
Tipo de estudio:	20
Métodos, técnica e instrumentos:	20
Criterios de selección.....	20
Criterios de inclusión	20
Criterios éticos	20
CAPITULO IV	21
PRESENTACION Y ANALISIS DEL CASO.....	21
PRESENTACION DEL CASO Y ANAMNESIS.....	21
MOTIVO DE CONSULTA:	21
ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES	21
EXAMEN CLINICO	21
DIAGNOSTICO	23
PLAN DE INTERVENCION TERAPEUTICA	25
REHABILITACION QUIRURGICA	25
REHABILITACION PERIODONTAL	26
REHABILITACION OPERATORIA: Intervención clínica	26
REHABILITACION ESTETICA Y ORTODONTICA: Intervención clínica.....	28
REHABILITACION ENDODONTICA: Intervención clínica.....	30
REHABILITACION CON PROTESIS: Intervención clínica	31
DISCUSION	31
CAPITULO V.....	33
RESULTADOS	33
FOTOGRAFIAS FINALES.....	34
CONCLUSIONES	35
RECOMENDACIONES.....	36
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	41

INTRODUCCION

En la era de la odontología moderna, el aspecto estético es un elemento esencial a todo tratamiento restaurador y protésico. En los casos más severos, donde hay presencia de desgaste dental generalizado o bien, irregularidades oclusales mayores que involucren tanto los dientes anteriores como los dientes posteriores, Podrían complicar la inducción de mejorías estéticas en las piezas dentales se la D.V.O no se modifica. (1)

La rehabilitación oral busca restaurar de forma completa la integridad de ambas arcadas dentales, además, de los componentes fisiológicos del sistema estomatognático y sus funciones. Entre estos, la dimensión vertical del tercio inferior del rostro es un factor absolutamente esencial, que favorece la estética facial del paciente cuando esta tiene las dimensiones adecuadas, la Oclusión Vertical de Descanso junto con la Dimensión Vertical en Reposo, desempeñan un papel importante en la práctica de la odontología, sobre todo durante la realización de restauraciones con prótesis. Por otro lado, el edentulismo parcial y las anomalías dentofaciales causan alteraciones significativas en la relación de ambos maxilares. Entre estas alteraciones, la reducción de la dimensión vertical oclusal es una de las más notorias y más difíciles de resolver en la consulta. (2)

Para realizar un tratamiento integral, debe realizarse una planificación adecuada y optima, la cual debe ser individualizada y acorde a cada paciente. Para ello, es necesario realizar una exhaustiva y adecuada anamnesis, examen físico junto con exámenes complementarios, como radiografías, modelos de estudio y fotografías, que una vez analizada e interpretada toda la información se puede orientar el plan de tratamiento más favorable. Para conseguir una rehabilitación completa y multidisciplinaria es necesario implementar un total análisis de la cavidad oral.

Este trabajo académico, abarca la descripción detallada de la rehabilitación efectuada en un paciente que requería un tratamiento oral multidisciplinario con enfoque en el aumento de la D.V.O y cierre de diastema interincisal, empezando desde la recopilación de sus síntomas, signos, antecedentes referidos en la primera cita, el diagnóstico establecido y los métodos que se involucraron en dicho diagnóstico, el plan de tratamiento real de acuerdo a cada patología o afección encontrada en la cavidad oral. La descripción literaria de cada tratamiento y diagnóstico de acuerdo a varios autores, los métodos y tratamientos terapéuticos idóneos que se efectuaron para abarcar de forma integral y ética al paciente, y por último los resultados reales obtenidos después de la rehabilitación multidisciplinaria

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante la inspección clínica intraoral y radiográfica se evidenciaron múltiples alteraciones de origen periodontal, dental y anatómico que afectan tanto la función, el equilibrio y la estética del sistema estomatognático. El cuadro clínico presente sugiere alteraciones tanto funcionales como estéticas, asociadas a varias patologías latentes, entre ellas, la pérdida de integridad estructural y el compromiso pulpar de varias piezas dentales, además de discrepancias derivadas de la alineación y el contacto dental que comprometen la integridad bucal del paciente, la actividad masticatoria, la oclusión óptima, la disminución de la dimensión vertical oclusal y la estética dental afectando la interacción social.

Entre los hallazgos clínicos encontrados, destaca la presencia de un diastema interincisal de la línea media y torus palatino que podrían interferir con la confección de una prótesis removible, interferencias musculares, como la inserción baja del frenillo labial superior, el cual se podría relacionar como etiología de la presencia del diastema interincisal y como factor de mantenimiento llegando a dificultar la estabilidad protésica. Durante los exámenes radiográficos se evidencio absceso periapical relacionado con la pieza 1.7, caries dental profunda con compromiso pulpar en la pieza 1.3 y 2.3 que clínicamente también manifiestan sintomatología dolorosa, de acuerdo al diagnóstico clínico, radiográfico, signos y síntomas se diagnostica una Pulpitis Irreversible Sintomática, lo que es un indicador para efectuar el tratamiento endodóntico y que la rehabilitación se más integra y completa. Asimismo, la paciente presenta caries activas en varias piezas dentales que según el sistema ICDAS se clasifican entre los códigos 1,2,3,4 y 5.

A nivel de los tejidos periodontales se evidencia radiográficamente pérdida ósea con patrón horizontal en 1/3 coronal en menos del 30% de las piezas, profundidad de sondaje de 4 mm y un NIC interdental de 2mm, acompañada de recesión gingival y grandes depósitos de biofilm con niveles bajos de destrucción, compatible con una Periodontitis Estadio I localizada Grado A, relacionado con hábitos de higiene deficientes que comprometen el pronóstico de cualquier tratamiento rehabilitador si no se controla y resuelve previamente. El fin es mantener a largo plazo los dientes naturales en boca con ayuda del tratamiento periodontal y medidas restauradoras innovadoras. (1)

Por lo tanto, la problemática central se enfoca en la necesidad de tratar las lesiones infecciosas latentes y las lesiones restauradoras activas, corregir las condiciones anatómicas

musculares y óseas desfavorables en una primera instancia, rehabilitar funcional y estéticamente el sistema estomatognático, garantizando la salud total de los tejidos de la cavidad bucal y brindar así estabilidad, retención y resistencia a las futuras prótesis y una función y equilibrio armónico entre los componentes del sistema estomatognático.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

OBJETIVO GENERAL:

- Rehabilitar al paciente de forma integral y multidisciplinaria mediante procedimientos clínicos basados en principios funcionales, biológicos y estéticos, con el fin de restaurar la integridad total del sistema estomatognático.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Disminuir el diastema interincisal mediante la tracción con botones ortodónticos y la posterior rehabilitación con carillas de resina compuesta directas, restaurando la anatomía dental y mejorando la estética del sector anterosuperior.
- Planificar un abordaje clínico y quirúrgico del torus palatino, frenillo de inserción baja y exodoncia de la pieza 1.7 de manera estratégica e integral.
- Aumentar la dimensión vertical oclusal maxilomandibular del paciente para restaurar la oclusión funcional y la estética facial.
- Confeccionar y adaptar una prótesis parcial removible acrílica devolviendo así la función masticatoria, fonética y estética del paciente, además de la morfología y fisiología oral para mejorar su calidad de vida

JUSTIFICACION

La rehabilitación multidisciplinaria e integral del paciente se encuentra plenamente justificada desde un enfoque clínico, funcional y estético, dado que presenta una serie de alteraciones bucales complejas que comprometen la función idónea y el equilibrio del sistema estomatognático. Las alteraciones oclusales que comprometen la estética facial y la oclusión ideal, entre ellas, la disminución de la dimensión vertical oclusal D.V.O, que altera todos los parámetros estéticos faciales y oclusales indispensables para conseguir una rehabilitación total e integral, donde si no se resuelve en primera instancia, los demás procedimientos rehabilitadores como la rehabilitación protésica pueden llegar al fracaso, por ende, es necesario resolver la causa del desgaste dental para mejorar la efectividad de los tratamientos restauradores posteriores. (2)

La presencia de torus palatino es una variación anatómica que genera una interferencia ósea que limitan la adecuada adaptación y estabilidad de las futuras prótesis, además, la presencia de torus palatino o de exostosis orales tienen correlación con la presencia de desgaste oclusal, trastornos en la ATM, caries, enfermedad periodontal y aumenta la edad de la persona. (3)

Mientras que la inserción baja del frenillo labial superior es una anomalía del desarrollo que altera la actividad muscular, limita el movimiento de los labios y genera malposiciones dentales como la presencia del diastema interincisal en la línea media, afectando la estabilidad oclusal y la estética dental y facial como el labio superior corto. (4)

Asimismo, la necesidad de eliminar los focos infecciosos irreversibles latentes, los tejidos dentales irrecuperables y piezas que interfieren en el equilibrio oclusal y en la planificación protésica.

Esta rehabilitación se fundamenta principalmente en la restitución de la función masticatoria, la función fonética y la función estética mediante un abordaje clínico multidisciplinario que incluye procedimientos quirúrgicos y rehabilitadores, orientados a preservar y a restablecer la integridad y salud total de los tejidos de la cavidad oral, optimizando una oclusión ideal, favorecer la comodidad, confianza y la calidad de vida del paciente.

CAPITULO II

FUNDAMENTO TEORICO

CARIES DENTAL

La caries dental es una enfermedad infecciosa y crónica que se produce por bacterias que destruyen los tejidos duros del diente, las caries se transmiten principalmente en los primeros años de vida. Es una de las enfermedades con mayor incidencia en la niñez y adolescencia, que se extiende alrededor del mundo sin predilección de etnia o sexo. (3)

Por otro lado, y al igual que la mayoría de las enfermedades crónicas más frecuentes actualmente, es multifactorial y está muy relacionada con los estilos de vida de las personas, fundamentalmente hábitos de alimentación e higiene oral insuficiente, también la alimentación por las noches, el alto consumo de azúcar, la colonización de bacterias y el nivel socioeconómico bajo de la población. (3)

SISTEMA ICDAS

El sistema Internacional para el Diagnostico y Detección de Caries (ICDAS) constituye una técnica de diagnóstico de lesiones cariosas, que se basa en la detección visual de la lesión en sus diferentes etapas, considerando a la corona del diente como unidad en la que existen cinco superficies, vestibular, palatino o lingual, mesial, distal y oclusal o incisal, las mismas que serán evaluadas de forma independiente mediante un conjunto de criterios, catalogando a cada una de ellas a través de un código que va desde la valoración de la superficie sana hasta lesiones cariosas en la dentina, bajo diferentes niveles de destrucción.(4)

La caries dental suele ser el principal motivo de consulta odontológica en la mayoría de los individuos, debido a aquello, ciertos estudios realizados han demostrado la importancia de la implementación de un sistema que oriente al diagnóstico y a su plan de tratamiento de acuerdo a la severidad o extensión de la caries, uno de estos métodos eficaces es el sistema ICDAS para determinar el tratamiento. (5)

CODIGO 0	Código 0	Sano
CODIGO 1	Caries inicial	Mancha blanca o marrón en esmalte seco
CODIGO 2	Caries inicial	Mancha blanca o marrón en esmalte seco
CODIGO 3	Caries moderada	Menos de 0,5mm de cavidad en esmalte seco sin dentina visible

CODIGO 4	Caries moderada	Sombra negra visible en la dentina a través del esmalte en estado húmedo con o sin presencia de cavidad.
CODIGO 5	Caries severa	Más de 0,5 mm de exposición de la dentina, hasta la mitad de la superficie dental en seco
CODIGO 6	Caries severa	Exhibición de la dentina con una cavidad mayor a la mitad de la superficie del diente.

En el sistema ICDAS, con la sola aplicación de una inspección visual suele ser el método idóneo para ser utilizado en las actividades clínicas y así poder localizar y evaluar la profundidad de las lesiones cariosas en las piezas dentales. El sistema ICDAS se diferencia con el método de imágenes radiográficas, debido a que, se detectan inmediatamente los cambios en las propiedades visuales de la superficie del esmalte, demostrando que estos exámenes suelen ser superiores frente al método radiográfico. (5)

DIASTEMA DE LA LINEA MEDIA

En el ámbito odontológico, un Diastema es un espacio o brecha que se encuentra ubicado entre los dientes y se puede presentar en ambos maxilares. El diastema es común en la etapa de dentición mixta y suele ser parte del desarrollo normal. Suele presentarse con mayor frecuencia a nivel de los incisivos centrales superiores, lo que genera un espacio que compromete la estética y que en algunas ocasiones suele ser motivo de consulta por parte de los pacientes. (6)

La etiología del diastema es variada, entre ellas, la presencia de un frenillo labial con inserción baja, genética, o también su presencia estaría vinculada con ciertos hábitos como morderse el labio, la succión digital, presencia de dientes supernumerarios y diferencias en el tamaño de los dientes y de los maxilares. (7)

Las opciones de prostodoncia a menudo incluyen reconstrucción de resina compuesta, carillas de preparación mínima o coronas. (7)

CARILLAS DE COMPOSITE- MÉTODO DIRECTO

Las carillas de composite con el método directo, se indican como una técnica más conservadora y más rápida para la rehabilitación del sector anterior, ya que permite aplicar el material de restauración sin realizar desgaste de la estructura dental, donde se pretende conservar la estructura dentaria sana, pero a la vez conseguir lograr la estética del sector anterior. (8)

INCRUSTACION DE RESINA

La incrustación de resina o composite es una restauración de tipo indirecta para restaurar piezas dentales con caries o restauraciones que abarcan grandes dimensiones, elaboradas bajo una previa preparación cavitaria y toma de impresión de dicha preparación, ofreciendo una alternativa de tratamiento más eficaz y duradero con el tiempo.(9)

Este tipo de restauración ofrecen la ventaja, que al momento de su cementación no tendrán cambios volumétricos, por ende, se obtiene un espacio reducido entre las paredes de la preparación cavitaria y la restauración que ya está pre polimerizada.(9)

SISTEMAS ADHESIVOS

Los sistemas adhesivos son biomateriales odontológicos que representan unos de los puntos más importantes en los protocolos de las restauraciones estéticas. Estos sistemas de autograbado demuestran alcanzar adecuadas fuerzas de unión a la dentina y una retención optima y duradera evitando así microfiltraciones. Los sistemas adhesivos que involucran el paso del grabado acido-lavado, se han usado durante años y tienen una complejidad en sus procedimientos adhesivos y en sus componentes, la eliminación del paso grabado-lavado pueden llegar a disminuir el riesgo de un sobrecondicionamiento de la dentina llegando a provocar una sensibilidad postoperatoria. (10)

DIMENSION VERTICAL OCLUSAL

La dimensión vertical oclusal es una dimensión o medida en dirección vertical, es una dimensión que se obtiene en base a la relación o altura entre ambos maxilares cuando los dientes están en oclusión o en máxima intercuspidad, siendo estos, dientes naturales o artificiales, tomando de referencia dos puntos anatómicos (base de la nariz-mentón). (11)

La dimensión vertical, puede verse alterada por diversas causas como desgaste dental y perdida de las piezas dentales. Existen muchas técnicas para recuperar la D.V.O, una de ellas es la rehabilitación con la implementación de restauraciones provisionales durante un periodo de prueba, para luego proceder al tratamiento definitivo, porque permite al paciente adaptarse a una nueva D.V.O y luego facilita la transferencia a esta nueva posición. (12)

AUMENTO DE LA D.V.O CON TECNICA DE INDEX TECHNIQUE

La técnica de “index technique” involucra un procedimiento restaurador estético, enfocado en rehabilitar dientes con abrasión, erosión, donde se obtienen modelos de trabajo y se realiza un encerado diagnóstico para usar una matriz de silicona transparente para guiar la

aplicación de la resina compuesta en las superficies dentarias y así devolver la anatomía de los dientes sin remoción de la estructura dental remanente.(13)

El primer paso es proporcionar modelos del paciente montados en un articulador y sobre este realizar un encerado diagnóstico o Mock up, este encerado debe ser la guía de todo el tratamiento, debido a que proporciona la forma y el tamaño o altura que tendrán las restauraciones que se cementarán posteriormente en las piezas dentales para que sea estético y funcional. El pilar principal de este tratamiento se enfoca en la mínima intervención e invasividad, es decir, la preparación mínima del diente para restablecer la posición del plano oclusal. .(13)

JIG DE LUCIA

El jig de lucia es una técnica que promueve la desprogramación neuromuscular de la mandíbula permitiendo así la estabilización sin interferencias de las interferencias de los contactos entre los dientes. Permite mantener la posición de la mandíbula en condición armónica junto con la musculatura perioral, ya sea en pacientes sin alteraciones o con disfunción de la ATM. Además, proporciona relación muscular. El jig de lucia además de eliminar las interferencias oclusales que puedan provocar desviación de la mandíbula de la RC para la intercuspidación máxima. (14)

PERIODONTO

El periodonto es el conjunto de tejidos que protegen y soportan los dientes, los cuales están relacionados en su desarrollo, topografía y funciones. Entre ellos se encuentran el ligamento periodontal cuya estructura de tejido conectivo rodea la raíz del diente uniéndola a hueso alveolar.(15)

SALUD PERIODONTAL

La salud periodontal es la ausencia de signos y síntomas presentes en los tejidos periodontales característicos de una enfermedad periodontal. (16)

EDENTULISMO PARCIAL

El edentulismo parcial es una condición frecuente de encontrar en la cavidad oral que determina la ausencia de un número de piezas dentales en la cavidad oral, donde son diversas, la caries dental, enfermedad periodontal, nivel sociodemográfico y la deficiente higiene oral. (17)

El edentulismo parcial continúa siendo un padecimiento común y prevalente a nivel del mundo, lo que ha generado un impacto negativo no solo en la correcta funcionalidad bucal sino

también en la autoestima y la estética facial de los pacientes que lo padecen. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la pérdida de las piezas dentarias suele ser el punto final de una extensa trayectoria de enfermedades bucodentales, entre ellas, caries avanzadas, enfermedad periodontal grave y también causada por traumatismos u otras causas. Esta situación es un indicador de la necesidad de implementar soluciones restauradoras que sean accesibles y adaptadas a la situación clínica de cada paciente. (18)

CLASIFICACION DE KENNEDY

Para clasificar el edentulismo parcial existen distintos métodos, principalmente la clasificación de Kennedy, siendo este el más estudiado y utilizado por su simplicidad y su uso para el diseño de las prótesis parciales removibles. En esta clasificación existen cuatro clases de arcos dentarios parcialmente edéntulos con sus respectivas modificaciones. (19)

- **Clase I:** Area edéntula posterior bilateral
- **Clase II:** Area edéntula posterior unilateral
- **Clase III:** Area edéntula unilateral con un pilar por delante y uno por detrás.
- **Clase IV:** Area edéntula anterior que cruza la línea media
- Las modificaciones se utilizan solo para las clases I, II y III.

PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Una prótesis parcial removible, es una estructura con base acrílica o metálica y dientes artificiales, diseñada para restaurar la estética y la función oral en pacientes desdentados parcialmente y previenen el deterioro de los dientes remanentes en los arcos dentarios.

Frente a esta problemática, las prótesis parciales removibles PPR han demostrado ser una alternativa viable para restituir las funciones del sistema estomatognático como la masticación, fonética y estética para contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes. Entre las opciones más utilizadas se encuentran las prótesis de cromo-cobalto y las prótesis acrílicas, ofrecen resistencia, estabilidad y duración en el tiempo, aunque las cromo cobalto estén limitadas en estética.(18)

PULPITIS IRREVERSIBLE SINTOMATICA

La pulpitis irreversible es un proceso inflamatorio agudo o crónico secundario a un proceso de inflamación no tratada de la pulpa dentaria, el mismo que se caracteriza por presencia de dolor intenso ante la presencia de algún estímulo en el diente afectado.(20)

ENDODONCIA

La endodoncia es un procedimiento odontológico, que se basa en la extirpación de toda la pulpa coronal y radicular hasta el nivel del foramen apical, con el fin de mantener en el arco dentario el diente afectado.

Una vez que se logra con éxito la anestesia en el paciente, las opciones de tratamiento de la pulpitis irreversible sintomática, incluye pulpotomía parcial, completa o pulpectomía. Estas opciones de tratamiento definitivas han demostrado ofrecer un alivio del dolor, lo que es un indicador como elección de tratamiento de primera línea. (21)

TORUS PALATINO

El torus palatino es una exostosis ósea que se desarrolla en la cavidad oral, su etiología es variable y multifactorial, siendo el factor genético el más frecuente pero también está involucrado fuerzas musculares y otras causas. Predominantemente se localiza en el paladar duro del maxilar superior. El torus presenta en la mayoría de los casos una progresión lenta y es más común en la edad adulta. El torus no presenta sintomatología evidente o característica y puede presentar diversas formas, también tiene una localización específica y frecuente en la línea media del paladar duro. (22)

El procedimiento quirúrgico empieza con la asepsia extraoral e intraoral con yodopovidona, colocación de campos estériles. Se infiltra lidocaína al 2% o epinefrina, dependiendo de cada paciente, para realizar la anestesia de los nervios palatinos y nasopalatino. (22)

Posterior al bloqueo nervioso, se realiza una incisión en la línea media del paladar duro, justo encima del torus palatino, esto se realiza con una hoja de bisturí n°15 en forma de Y al inicio y al final de la incisión, para posteriormente realizar un colgajo de espesor total o mucoperiostico (22)

Se utiliza una fresa quirúrgica de carburo de tungsteno n° 703, utilizando abundante y constante irrigación con suero fisiológico, se realiza un canal vertical en sentido anteroposterior y varios canales horizontales en el torus, y así obtener seis partes casi iguales, estos fragmentos divididos se remueven manualmente con una piza gubia. Se reposiciona el colgajo y se sutura con seda y con puntos simples. (22)

FRENECTOMIA

La frenectomía es el acto quirúrgico que involucra la remoción completa del frenillo incluida su adherencia al hueso alveolar, este procedimiento se indica cuando se presenten diastemas o que presente una cercanía de inserción con el margen gingival a causa de la inserción baja del frenillo y que provoque una recesión de la encía o altere la higiene oral o una profundidad mínima del vestíbulo. (23)

TECNICA QUIRURGICA

La frenectomía puede realizarse mediante la técnica habitual con bisturí, electrocirugía o laser. Esta técnica implica la escisión del frenillo con bisturí, sin embargo, conlleva riesgos habituales de la cirugía, el principal de ellos es el sangrado y la incapacidad del paciente para continuar con el procedimiento. También se han propuesto otros métodos, como el uso de electrocirugía y láseres para la realización de la frenectomía. (24)

ABSCESO PERIAPICAL AGUDO

Las enfermedades periapicales agudas son entidades inflamatorias de los tejidos que circunscriben al diente en la región periapical. Cuando esta inflamación avanza porque no es resuelta a tiempo, se va a extender al conducto radicular para llegar a los tejidos periapicales a través del foramen apical. Siendo la caries dental el factor etiológico más común en este cuadro clínico. El absceso agudo se caracteriza por la presencia de la colección purulenta que comienza en los tejidos periapicales del diente. (25)

EXODONCIA

La exodoncia es un procedimiento quirúrgico realizado bajo la aplicación de anestesia local, en el que se extrae un diente o una parte de remanente dentario que haya podido quedar alojada en el alveolo dental. La exodoncia o quirúrgica de un diente se basa en la expansión progresiva del alvéolo óseo donde se asienta la pieza dental, para generar una movilización suficiente del diente para poder extraerlo.(26)

La anatomía bucal relevante para una exodoncia dependerá del sitio anatómico de la pieza dentaria y es fundamental para considerar las técnicas correctas de anestesia, el abordaje quirúrgico idóneo y los posibles riesgos. Las extracciones dentales conllevan diversos riesgos que varían según las condiciones de salud del paciente, y todos los factores clínicos influyen en dicho riesgo, todos estos factores deben considerarse, evaluarse y discutirse antes del procedimiento a emplear, garantizando el bienestar del paciente durante todo el procedimiento exigiendo la necesidad de realizar un abordaje personalizado. (26)

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

Tipo de estudio:

Análisis de Caso

Métodos, técnica e instrumentos:

1. Historia Clínica
2. Periodontograma
3. Fotografías intraorales y extraorales
4. Examen Intraoral y extraoral
5. Toma de impresiones para la obtención de modelos de estudio
6. Radiografías periapicales y Panorámica
7. Método de Graber

Criterios de selección

La selección del paciente se basó en criterios específicos de diagnóstico para la rehabilitación oral, entre ellas que se pueda realizar un abordaje multidisciplinario para aplicar de forma integral y ética los conocimientos y habilidades adquiridos y aplicables en varias de las especialidades odontológicas.

- Paciente que presenta múltiples alteraciones en la cavidad oral, edéntulo parcial en ambos maxilares con pérdida de la dimensión vertical que será rehabilitado totalmente.

Criterios de inclusión

- Paciente con pérdida de piezas dentales
- Paciente con disminución de la D.V.O y que permita una rehabilitación multidisciplinaria.

Criterios éticos

- Consentimiento informado

“Este caso clínico fue desarrollado mediante principios éticos, contando con la aprobación y consentimiento del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Institución, establecido con el código **CEISH-ULEAM_535** y n° de oficio **0241-CEISH-JMSZ-2026**. Asimismo, se garantizó confidencialidad de los datos otorgados por el paciente y se obtuvo el consentimiento informado para la realización del tratamiento, quien tendrá un fin académico”.

CAPITULO IV

PRESENTACION Y ANALISIS DEL CASO

PRESENTACION DEL CASO Y ANAMNESIS

Paciente femenino de 39 años de edad acude a consulta en las clínicas odontológicas de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, manifiesta como principal motivo de consulta, inconformidad por el espacio existente entre sus dientes, llegando a afectarle emocionalmente y repercutiendo en la estética del sector anterosuperior. En el interrogatorio o anamnesis realizada, no refiere datos de antecedentes propios médicos ni odontológicos, ni antecedentes de traumatismo, ni patológicos, pero manifiesta herencia o antecedentes familiares de la presencia de diastema en todos sus hermanos, diabetes por parte de mamá e hipertensión por parte de papá. En el examen clínico intraoral, se observa en el paciente la inserción baja del frenillo labial superior el cual también es un indicador etiológico del diastema, menciona que ha estado presente durante toda su etapa de dentición permanente hasta la actualidad, refiriendo que el tamaño de este ha incrementado con el paso del tiempo tras la pérdida de las piezas dentarias posteriores y no manifiesta haberse realizado tratamientos odontológicos previos. Se evaluó la simetría facial, los movimientos mandibulares, la apertura y cierre bucal, se descartó la presencia de desviaciones, ruidos articulares o dolor en la ATM.

MOTIVO DE CONSULTA: “No me gusta el espacio entre mis dientes”.

ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

Familiares:

- Diabetes por parte de mamá
- Hipertensión por parte de papá
- Diastema genético

Personales:

- Sin antecedentes

EXAMEN CLINICO

- ✚ Examen intraoral y extraoral
- ✚ Radiografías periapicales y panorámica.
- ✚ Modelos de estudio
- ✚ Fotografías intraorales y extraorales



Figura 1,2. *Análisis de perfil y sonrisa*



Figura 3. *Radiografía panorámica inicial*



Figura 4. *Serie radiográfica periapical*



Figura 5. *Vista lateral derecha*



Figura 6. *Vista Frontal*



Figura 7. *Vista lateral izquierda*



Figura 8. *Oclusal superior*



Figura 9. *Oclusal inferior*

DIAGNOSTICO

1. Torus palatino
2. Frenillo labial superior de inserción baja
3. Diastema complejo de la línea media (4mm)



Figura 10. *Diastema.*

4. Fístula en la mucosa vestibular asociada a la pieza 1.7, que indica un proceso infeccioso periapical, en la radiografía se observa la radio transparencia asociada a la lesión.



Figura 11. *Rx pieza 17*

5. Caries dental profunda con compromiso pulpar en la pieza 1.3 y 2.3 que clínicamente también manifiesta dolor, de acuerdo a los métodos de diagnóstico empleados, signos y síntomas, se diagnostica **Pulpitis Irreversible Sintomática** en ambas piezas.



Figura 12. *Rx periapical pieza 13*



Figura 13. *Rx periapical pieza 23*

6. Caries en varias piezas dentales que según el sistema ICDAS estas piezas afectadas se clasifican y enmarcan entre los códigos 1 al 5.

Caries inicial detenida

- **Pieza 25:** Código 1, mancha marrón en esmalte seco

Caries activa moderada

- **Pieza 15:** Código 3, pérdida superficial de esmalte menos de 0,5mm en esmalte seco sin dentina visible.
- **Pieza 13:** Código 4, sombra de la dentina visualizada a través del esmalte húmedo, con o sin pérdida superficial de esmalte.
- **Pieza 23:** Código 4
- **Pieza 48:** Código 4
- **Pieza 35:** Código 5, cavidad con dentina visible mayor al 0.5mm hasta el 50% de la superficie del diente.
- A nivel de los tejidos periodontales se evidenciaron radiográficamente pérdida ósea con patrón horizontal en 1/3 coronal en menos del 30% de las piezas, profundidad de sondaje de 4mm y un NIC interdental de 2mm, acompañada de recesión gingival y grandes depósitos de biofilm con niveles bajos de destrucción compatible con una Periodontitis Estadio I localizada Grado A. Los dientes en el sextante 5 se encuentran con “abanicamiento”. La condición periodontal se ve relacionada con una higiene oral deficiente.
- Edéntulo parcial. Desde el punto de vista protésico, mediante el análisis de los arcos revela que el maxilar superior corresponde a una clase I modificación 2 de Kennedy, mientras que el maxilar inferior presenta una clase II de Kennedy modificación 1, condiciones que requieren un diseño protésico adecuado.
- Disminución de la Dimensión Vertical Oclusal por atrición dental: Medida inicial base de la nariz-mentón- 68mm.
- Mordida “bis a bis” con atrición dental.



6.A



Figura 6. A. Vista Frontal

Figura 14. B. Foto de sonrisa inicial

14.B

PLAN DE INTERVENCION TERAPEUTICA

REHABILITACION QUIRURGICA

Extirpación quirúrgica del torus palatino

De acuerdo a la inspección intraoral, a las molestias deglutivas referidas por la paciente y a la planificación rehabilitadora de las futuras prótesis donde el torus palatino dificultara la inserción y estabilidad de estas, se determinó la necesidad de la remoción quirúrgica del torus palatino mediante la planificación de un abordaje ideal.

TECNICA

- **Anestésico:** 3 cartuchos de articaina al 4% con epinefrina 1.100.000
- **Técnica anestésica:** Nervio Nasopalatino, Palatino mayor e infiltrativa en el torus.
- **Incisión:** Incisión en doble Y
- **Sutura:** Puntos simples.

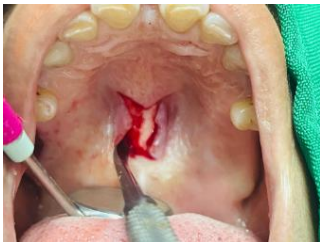


Figura 15. *Incisión en doble Y-colgajo mucoperiostico*



Figura 16. *Sutura de retracción*



Figura 17. *Sutura final*

Exodoncia simple pieza 1.7

Tras la evaluación clínica, radiográfica de la pieza involucrada y la sintomatología dolorosa referida por la paciente, se determinó el diagnostico de **absceso periapical agudo con fistula**, debido a la invasión cameral y pulpar de la restauración y del mal pronóstico que presenta la pieza dental, se concluyó realizar la exodoncia de la pieza dentaria.

TECNICA

- **Anestésico:** 1 cartucho de articaina al 4% con epinefrina 1.100.000
- **Técnica anestésica:** Infiltrativa en N.A.P.S y palatino mayor
- **Sutura:** Punto en X

Frenectomía

Basado en el examen clínico intraoral, la presencia del diastema de la línea media, debido a la inserción baja del frenillo y la necesidad de la colocación de botones ortodónticos para disminuir el espacio existente entre los dos incisivos, surge la necesidad de incluir en el plan de tratamiento quirúrgico la realización de la *frenectomía* del con la *técnica romboidal*.

TECNICA

- **Anestésico:** 1 cartucho de articaina al 4% con epinefrina 1.100.000
- **Técnica anestésica:** Infiltrativa N.A.A.S y nervio infraorbitario
- **Técnica quirúrgica:** Romboidal
- **Sutura:** Puntos simples con hilo de seda.



Figura 18. *Incisión romboidal*



Figura 19. *Sutura final- puntos simples*

REHABILITACION PERIODONTAL

- Periodontograma
- Profilaxis dental
- Detartraje supra y subgingival
- **Charlas de higiene oral:** Técnicas de cepillado, cambio de cepillo dental con cerdas suaves, uso de colutorios con clorhexidina al 0.2%, uso de hilo dental.



Figura 20. *Control de placa bacteriana.*

REHABILITACION OPERATORIA: Intervención clínica

- Abordaje clínico según el sistema ICDAS

CARIES MODERADA ACTIVA: Manejo operatorio con preservación de la estructura dental.

- **Pieza 15:** Código 3

- **Pieza 13:** Código 4
- **Pieza 23:** Código 4
- **Pieza 48:** Código 4
- **Pieza 35:** Código 5

Manejo operatorio con preservación dental basado en el sistema ICDAS.

1. Se realiza una apertura con una fresa redonda de ¼ de alta velocidad y con irrigación constante.
2. Grabar con ácido de 15 a 20 segundos, lavar y secar hasta tener un color blanquecino del grabado del esmalte.
3. Colocar adhesivo y frotar 20 segundos, secar y fotopolimerizar según el fabricante.
4. Colocar el material en la cavidad sin introducir burbujas y fotopolimerizar por 20s.

➤ CARIES MODERADA ACTIVA

- **Pieza 15:** Código 3



Figura 21. *Caries y restauración final.*

- **Pieza 13:** Código 4



Figura 23. *Caries D-P y restauración final.*

- **Pieza 23:** Código 4



Figura 24. *Caries y restauración final*

- **Pieza 48:** Código 4



Figura 25. *Caries y restauración final*

- **Pieza 35:** Código 5



Figura 26. *Caries V-D y restauración final*

CARIES INICIAL DETENIDA

Pieza 25: Código 1

Tratamiento: Manejo no operatorio

REHABILITACION ESTETICA Y ORTODONTICA: Intervención clínica

- Tracción con botones ortodónticos durante 2 meses en la pieza 1.1, 1.2 por las caras vestibular y palatino, para disminuir el espacio del diastema interincisal y posteriormente rehabilitar con carillas directas de resina compuesta.



Figura 27. Protocolo adhesivo.



Figura 28. Instalación de botones-Diastema inicial 4mm.



Figura 29. Botones palatinos.

- Carillas con técnica directa de resina compuesta en los cuatro incisivos superiores para devolver la estética del sector anterosuperior.



Figura 30. Planificación.



Figura 31. Matriz de silicona.



Figura 32. Concha palatina.



Figura 34. Protocolo de pulido



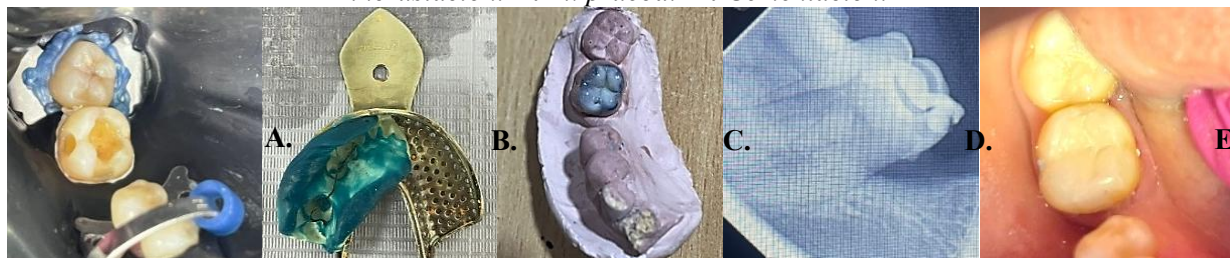
Figura 33. Incremento de resina en V.



Figura 35. Final.

- **Incrustación/Onlay de resina:** Pieza 4.7: Restauración defectuosa y extensa.
 - ✚ Preparación del diseño cavitario, toma de impresión con silicona de condensación y cementación con resina fluida.

Figura 36. Paso a paso. Onlay A. Preparación cavitaria B. Impresión con silicona. Elaboración de incrustación. D. Rx prueba. E. Cementación.



- **Blanqueamiento Dental:** 1 sesión.



Figura 37. Antes y durante.



Figura 38. Después.

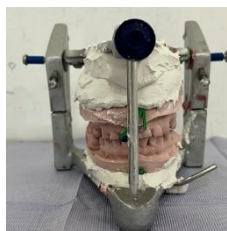
- **Jig de Lucia con registro de mordida:** Utilizado por una semana para desprogramar la mandíbula antes de modificar la DVO.
- Aumento de la Dimensión Vertical Oclusal:
 - ✚ **Técnica utilizada:** “Tenica Index Technique”
- **Elección de la técnica:** Permitió un aumento de la D.V.O controlado y permitió realizar un encerado diagnóstico previo, para visualizar el resultado final antes de la cementación definitiva de las carillas oclusales, lo que permite que el paciente tenga un período de prueba.
 - ✚ **Piezas dentales:** 31,32,33,34,35,41,42,43,44,45.

Métodos de medición pre y post tratamiento:

- ✚ **Método fisiológico**
- ✚ **Instrumento:** Compas de Willis
- ✚ **Medida del tercio inferior facial en reposo (base de la nariz-mentón):** 65mm
- ✚ **DVO pretratamiento:** 65mm
- ✚ **DVO final:** 68mm



Figura 39 Jit de lucia- Registro de mordida en RC.



A.



B.

Figura 40. A. Modelos articulados en RC. Encerado. B. Confección de matriz con silicona y cubeta en acetato.



A.



B.

Figura 41. A. Matriz de silicona transparente. B. Confección de las restauraciones o carillas oclusales.



Figura 42. Cementación.

REHABILITACION ENDODONTICA: Intervención clínica

De acuerdo al diagnóstico, mediante el examen intraoral y la implementación de pruebas de vitalidad pulpar como la palpación, percusión y exámenes radiográficos efectuados en las piezas 1.3 y 2.3. Se determina el diagnóstico de **pulpitis irreversible sintomática**. Lo que orienta y define el tratamiento a seguir, efectuando una **endodoncia** en ambas piezas, con una **técnica tradicional**.

TECNICA

- **Técnica de instrumentación:** Técnica tradicional
- **Irrigantes:** Hipoclorito de sodio, EDTA, solución salina.
- **Técnicas de cementación:** Técnica de condensación lateral-Cemento obturador: MTA
- **Lima maestra:**
 - ✚ **Pieza 13:** K flexo file 50mm
 - ✚ **Pieza 23:** K flexo file 55mm
- **Longitud real:**
 - ✚ **Pieza 13:** 22mm
 - ✚ **Pieza 23:** 22mm
- **Longitud aparente:**
 - ✚ **Pieza 13:** 23mm
 - ✚ **Pieza 23:** 22mm
- **Longitud de trabajo:**
 - ✚ **Pieza 13:** 21,5mm
 - ✚ **Pieza 23:** 21 mm

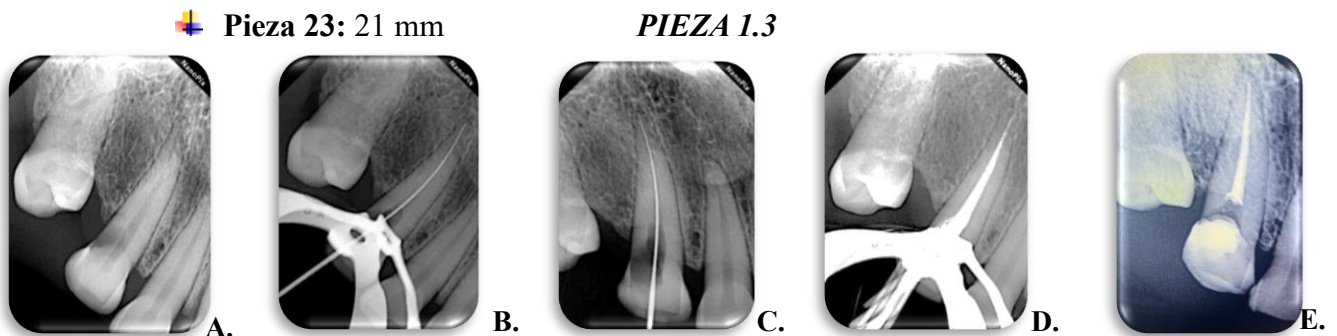
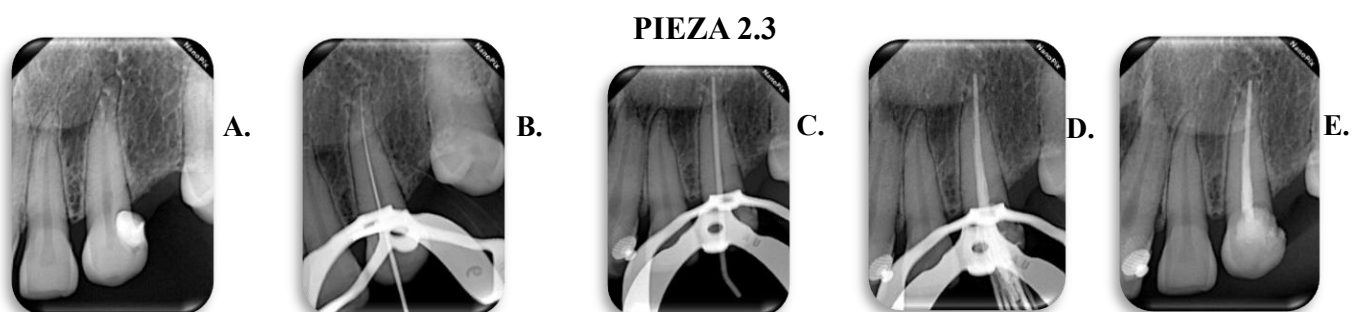


Figura 43. Secuencia radiográfica endodontica Piezas 1.3 y 2.3. *A. Inicial. B. Conductometria. C. Conometría. D. Penachos. E. Final*



REHABILITACION CON PROTESIS: Intervención clínica

De acuerdo a él examen intraoral, las condiciones de la base protésica del paciente, tomando en consideración la clasificación de Kennedy en el maxilar superior Clase I Modificación 2, maxilar inferior Clase II Modificación 1, basado en las necesidades estéticas del paciente y después del aumento y restablecimiento de la D.V.O tomando en cuenta el estado de adaptación después de este tratamiento se consideró la rehabilitación protésica con:

- Prótesis parcial removible acrílica en el maxilar inferior.
- Prótesis parcial removible acrílica en el maxilar superior.



Figura 44. *Pasos de las prótesis acrílicas.*

DISCUSION

Como lo menciona (5) la determinación de la dimensión vertical es el punto clave de toda la rehabilitación oral completa en un paciente, que puede verse alterada por diversas causas o situaciones como el desgaste dental y también por la pérdida de las piezas dentales, entonces para la rehabilitación integral del sistema estomatognático, es necesario determinar si en un paciente se ha disminuido su D.V.O.

En el restablecimiento de la D.V.O existen varias técnicas para recuperarla y se debe elegir la más versátil para la práctica diaria, autores como (5) afirman que, para evitar complicaciones o fallas en el tratamiento, se sugiere primero el uso de provisionales mediante un encerado diagnóstico y la elaboración de restauraciones provisionales con composite hasta que el paciente se adapte a esta nueva posición. En contraposición, hay otros autores que afirman que no creen necesario ese periodo de adaptación o de prueba con los provisionales por un largo tiempo.

Un tema bastante discutido, autores como Dawson, afirman que la dimensión vertical oclusal está determinada por los músculos elevadores mas no está determinada por los dientes, y que las piezas dentales y las estructuras óseas son las que se acoplan a la D.V ya establecida. Dawson concluye que la D.V es una medida constante que no se modifica en algunos pacientes, pero también hay casos, donde la longitud está determinada por los músculos elevadores. (6)

(7) afirman que la dimensión vertical está determinada solo por los dientes posteriores y si los molares están ausentes de la cavidad oral, son los premolares quien determinan la D.V, y a la vez si estos no están presentes son los caninos quienes la determinan. Los autores afirman que tras la pérdida de los dientes posteriores en los maxilares es posible que haya una pérdida mínima de la dimensión vertical.

Los métodos para determinar la DVO son varios, existe un sinnúmero de alternativas, métodos fonéticos, estéticos, antropométricos, cefalómetros, con instrumentos, etc. A pesar de ello, hasta la actualidad no existe un método que proporcione valores exactos. Es por ello que se aconseja usar varios métodos cuanto sea posible. Determinar la DV, en pacientes con pérdida de varias piezas suele ser complicado, donde se aplican las distintas técnicas y donde debe haber un equilibrio adecuado entre la DVO y dimensión vertical en reposo (DVR), utilizando de referencia el espacio libre interoclusal, es necesario que el paciente este en una posición vertical adecuada caso contrario se modifica el registro, debido a que la postura del cuerpo y de la cabeza es un factor que modifica la posición de la mandíbula. (8)

La elección del material para las carillas en este caso fue un tema discutido. En el presente caso clínico se tomó la decisión de rehabilitar el sector anterosuperior utilizando carillas de resina compuesta por algunas de sus ventajas al ser mínimamente invasiva como el mínimo desgaste de la estructura dental y por ofrecer buena estética además de su bajo costo. La mayor adhesión de este tipo de carillas se logra en el esmalte del diente y para esto se requiere de técnicas de rehabilitación con mínima remoción del tejido para la rehabilitación, aplicando composite de manera estratificada y en este caso la mejor opción son las carillas de resina compuesta. (9)

La preparación para una carilla directa de composite es más conservadora en comparación con la preparación de una carilla de cerámica indirecta. La profundidad de la preparación dentaria se limita al esmalte para mejorar la adhesión del material y garantizar la longevidad de la restauración. Además, las carillas directas se prefieren utilizar en restauraciones de dientes anteriores y sobre todo en pacientes jóvenes. (9)

Las carillas directas de composite ofrecen ciertas propiedades ópticas y físicas. Se consideraba que este tipo de restauraciones eran opciones temporales a comparación con las carillas cerámicas indirectas. Sin embargo, hoy en día se considera una opción definitiva de restauración estética directa mínimamente invasivas, funcionales y que proveen larga duración. (9) (10)

CAPITULO V

RESULTADOS

Tras los procedimientos rehabilitadores realizados en el paciente, y conforme estos fueron efectuados, se observaron cambios positivos sobre todo después de la terapéutica quirúrgica efectuada que fue la primera fase del tratamiento, entre ellas, la exodoncia de la pieza 1.7 quien presentaba un absceso periapical agudo con presencia de fistula, manifestaba un dolor agudo espontaneo. Después de la exodoncia la paciente refirió gran alivio de los síntomas, restableciendo así su bienestar integral.

Con la rehabilitación periodontal, después de la primera cita realizado el control de placa, la profilaxis dental y el detartraje sub y supragingival, en un segundo control se observó menos acumulo de placa. En una última cita se evidenciaron encías más firmes, poco sangrado gingival y mínima acumulación de placa.

Con la frenectomía y con la implementación de botones que se empleó para disminuir el tamaño del diastema, a las tres semanas de haber iniciado el tratamiento se evidenciaron cambios en la disminución del tamaño del diastema que inicialmente presentaba 4mm de diámetro y concluido el tratamiento ortodóntico se logró cerrar 3 mm. Las mejorías fueron excelentes, el cierre del diastema se logró llevar casi en su totalidad con la posterior rehabilitación estética con carillas directas de resina en las piezas 1.1, 1.2, 2.1, 2.2, que otorgo el resultado estético facial y dental que se buscaba conseguir, se mejoró significativamente la forma y el color de los dientes. En las carillas se obtuvo una adecuada adaptación marginal sin signos de inflamación gingival en los controles realizados posteriormente.

Durante la extirpación del torus palatino se presentaron ciertos inconvenientes por parte de la paciente, debido a la fatiga por el gran tiempo de exposición quirúrgica, aun así, se logró llevar a cabo con éxito la cirugía y la recuperación postoperatoria y la cicatrización fueron las adecuadas después de dos meses concluida la cirugía.

El aclaramiento dental tuvo buenos resultados estéticos inmediatos, mejorando el color de las piezas dentarias otorgando un tono más uniforme. A pesar del resultado estético, la paciente refirió mínima sensibilidad dental horas después del tratamiento, síntoma que desapareció al día siguiente.

Los resultados después del aumento de la D.V.O mediante la técnica “index technique” bajo un modelo diagnóstico. Fue un tratamiento rehabilitador que se realizó sin remoción de la

estructura dental remanente y concluido el tratamiento se restableció notoriamente la función oclusal y masticatoria, se mejoró la estética facial y el perfil del paciente, notándose en los surcos nasolabiales, aumentando la altura oclusal reposicionando la musculatura orofacial, juntamente con la posterior rehabilitación protésica. Mediante la confección del Jig de Lucia se desprogramo la musculatura de la mandíbula hacia una tentativa céntrica. Se logró brindarle estabilidad oclusal posterior.

La terapia endodóntica en las piezas 1.3 y 2.3, tuvieron una evolución clínica favorable. Los síntomas y signos referidos al inicio de la rehabilitación fueron paulatinamente cediendo conforme el tratamiento era efectuado gracias a la reparación de los tejidos. En ambas piezas se obtuvo correcta conformación, limpieza y sellado apical. Ausencia de sensibilidad a la percusión y palpación después de la terapia endodóntica. Otro aspecto importante a resaltar, debido a la eliminación de gran parte de la estructura dental en ambas piezas durante la realización del tratamiento, en virtud a la invasión de caries en las piezas 13 y 23 gran parte de la superficie palatina, mesial y distal fueron eliminadas y a pesar de la reconstrucción de estas paredes con resina, estos dientes fueron remitidos para la rehabilitación posterior con coronas fijas donde se justifica la rehabilitación con prótesis acrílicas como tratamiento temporal.

Tras la instalación de las prótesis parciales acrílicas en ambos maxilares, se mostraron cambios significativos principalmente en la función oclusal y en la estética del paciente. En la instalación de las prótesis, hubo una adecuada adaptación con excelente estabilidad y retención, que permitió restablecer las funciones ideales del sistema estomatognático al sustituir las piezas dentales faltantes, funciones indispensables como masticar adecuadamente los alimentos y la correcta fonación de las palabras, vocales y consonantes, devolviendo también la estética. En el primer control después de la instalación de las prótesis no se registraron lesiones en los tejidos blandos ni duros, el paciente tampoco refirió signos de incomodidad, logrando una excelente integración entre las prótesis y los tejidos y estructuras de la cavidad oral.

FOTOGRAFIAS FINALES





Figura 49. *Fotografías intraorales finales.*



Figura 50. *Fotografías extraorales finales.*



Figura 51. *Rx panorámica final.*

CONCLUSIONES

Concluida la rehabilitación oral multidisciplinaria del paciente, las mejoras del sistema estomatognático en funcionalidad y estética fueron evidentes. Las interferencias musculares como el frenillo labial superior y las interferencias óseas que incluye al torus palatino que se encontraban presentes en la cavidad oral y que dificultarían el correcto asentamiento de la base de las prótesis fueron la primera terapia a seguir, dentro de los objetivos terapéuticos fue planeado la eliminación de estas interferencias mediante un abordaje quirúrgico que una vez eliminadas facilito la correcta confección y adaptación de las prótesis parciales de acrílico en ambos maxilares. Tras la eliminación del frenillo labial superior se logró llevar a cabo el cierre

del diastema, permitiendo posteriormente la terapia ortodóntica en las piezas 1.1, 2.1, logrando restituir y mejorar la estética del sector anterosuperior, al disminuir el espacio existente entre los dos incisivos centrales superiores disminuyendo 2mm de espacio. La confección y adaptación de las prótesis acrílicas tuvo éxito posterior a la eliminación quirúrgica del torus palatino después de tres meses de cicatrización, restableciendo así la función masticatoria, estética y fonética del paciente, en conjunto con el aumento de la Dimensión Vertical Oclusal bajo los procedimientos de la técnica de “index technique”. Aumentar la D.V.O mejoro la funcionalidad oclusal con una pérdida de estructura dental nula gracias a técnicas mínimamente invasivas que actualmente permiten lograr restaurar la función oclusal normal en el paciente, eliminando así las interferencias para una óptima oclusión y los problemas funcionales que se derivaban al estar alterada la D.V.O y no se reportaron afecciones negativas a las estructuras de soporte ni a la ATM luego del tratamiento en los controles realizados concluida la rehabilitación, logrando aumentar 3 mm de altura oclusal, por lo tanto, la dimensión del tercio inferior del rostro resultó en 65mm.

El cierre del diastema interincisal complejo se logró llevar a cabo casi en su totalidad, pasando inicialmente de 4mm a 1mm, debido a, que no se buscaba conseguir el cierre total de este, con ayuda de la frenectomía en un primer abordaje clínico y el tratamiento ortodóntico durante los dos meses establecidos, donde, posteriormente se restauró la estética del sector anterosuperior con carillas directas de resina compuesta en las piezas 1.1, 1.2, 2.1, 2.2, logrando disminuir el tamaño diastema, y así lograr mejorar la autoestima del paciente y su confianza al sonreír cumpliendo con los objetivos terapéuticos planteados en un inicio.

RECOMENDACIONES

Un excelente resultado en la rehabilitación oral del paciente viene acompañado de un correcto diagnóstico, para ello es recomendable seguir con todos los protocolos clínicos, extraer todos los datos del paciente en la historia clínica y la realización de todos los exámenes complementarios como las radiografías, elemento fundamental para el diagnóstico, antes de la realización de los procedimientos rehabilitadores y la obtención de modelos de estudio. Todos los procedimientos deben siempre efectuarse bajo un diagnóstico previo ya que pueden realizarse tratamientos innecesarios donde no se obtenga ningún beneficio clínico para el paciente.

ANEXOS.



República
del Ecuador



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. 0241-CEISH-JMSZ-2026
Manta, 04 de mayo de 2026

Señor/a,
Jennifer Alejandra Mantuano Parrales
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 **“Rehabilitación oral multidisciplinaria con enfoque en el aumento de la D.V.O y cierre de Diastema Interincisal”** Codificado **“CEISH-ULEAM_0353”** 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: Observacional estudio de caso
- Duración del estudio (meses): No aplica
- Instituciones participantes: Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí
- Investigadores del estudio: Jennifer Alejandra Mantuano Parrales

Documentación de la investigación:

Nombre de Documentos	Número de páginas	Fecha
Solicitud de evaluación del estudio	1	04/05/2026
Currículos vitae del investigador	1	04/05/2026
Declaración de responsabilidad del investigador principal de el/los centros de investigación		04/05/2026
Consentimiento informado	3	04/05/2026
Declaratoria de compromiso de confidencialidad, firmada por todos los investigadores	1	04/05/2026

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**



Od. Juan Manuel Sierra Zambrano
Presidente CEISH-Uleam
Institución Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí
Teléfono: 0989693757
Correo electrónico: juan.sierra@uleam.edu.ec

PARTE I: INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE/REPRESENTANTE LEGAL

A. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN Rehabilitación Oral Multidisciplinaria con enfoque en el aumento de la D.V.O y cierre de Diastema Interincisal						
B. NOMBRE DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL Y DATOS DE CONTACTO						
Nombres completos:		JENNIFER ALEJANDRA MANTUANO PARRALES		Cédula:	1315649747	
Teléfono:		0993053313		Correo electrónico:	e1315649747@live.uleam.edu.ec	
Nombre de la institución a la cual se encuentra suscrito el Investigador (SI APLICA): Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí						
C. NOMBRE DEL PATROCINADOR 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:		Od. Juan Manuel Sierra Zambrano, Esp.		Cédula:	1310374119	
Teléfono:		0986993757		Correo electrónico:	com-eticainvestigacion@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 rehabilitación bucal del sistema estomatognático es un proceso integral y multidisciplinario que busca restaurar la función, estética y salud bucal del paciente.						
G. PROPÓSITO DEL ESTUDIO 1. Reestablecer la función masticatoria, fonética, estética facial y dental del paciente.						
H. PROCEDIMIENTOS POR REALIZAR						
No.	Actividad	Objetivo del proyecto con el que se vincula la actividad	Justificación del motivo	Lugar de ejecución	Responsable	Tiempo de duración
1	Llena de HC, Consentimiento informado, fotografías y radiografías. Profilaxis. Detartraje sub y supragingival. Remoción torus palatino. Frenectomía. Extracción pieza 17. Endodoncias pieza 13 y 23.	Rehabilitar al paciente de forma integral mediante procedimientos restauradores y prótesis basados en principios biológicos, funcionales y estéticos, con el fin de restaurar la integridad del sistema estomatognático.	Permite al paciente facilitar la rehabilitación protésica y asegurar una mejor calidad de vida mediante un tratamiento integral.	Uleam	Estudiantes	Diciembre
2	Ortodoncia. Carillas en resina piezas 11,12,21,22. Restauraciones piezas 18,13,23,35,15. Incrustación pieza 47.	Rehabilitar al paciente de forma integral mediante procedimientos restauradores y prótesis basados en principios biológicos, funcionales y estéticos, con el fin de restaurar la integridad del sistema estomatognático.	Permite reestablecer la correcta función masticatoria, fonética, y estética del paciente.	Uleam	Estudiantes	Enero
3	Aumentar D.V.O. 11 g. Blanqueamiento Dental. Prótesis removible parcial de acrílico.	Rehabilitar al paciente de forma integral mediante procedimientos restauradores y prótesis basados en principios biológicos, funcionales y estéticos, con el fin de restaurar la integridad del sistema estomatognático.	Permite reestablecer la correcta función masticatoria, fonética, y estética del paciente.	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. Con este fin se entregará copia digitalizada de la historia clínica a la máxima autoridad de la unidad educativa, para conocer el estado de salud oral de su representado legal deberá ingresar al siguiente link:						
2. Asesoría odontológica para explicar resultados y posibles conductas a seguir, en caso de ser requerido por el participante. Con este fin se podrán comunicar al siguiente número telefónico:						
3. Conocer el impacto de los determinantes sociales en la salud oral de la población de Manta. Con este fin para conocer los resultados de la investigación, deberá luego del 2025 ingresar al siguiente link:						
J. RIESGOS FÍSICOS Y PSICOLÓGICOS A CORTO Y LARGO PLAZO DE LA PARTICIPACIÓN Y FORMAS DE MITIGARLOS						
Riesgos:		Formas 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 Rodríguez 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 investigadora/or principal previamente ANONIMIZADOS.
2.	Al finalizar la investigación la información obtenida, será eliminada al cabo de 3 meses de entregado el producto final o 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		SI	NO
Yo, en calidad de participante/representante legal del participante declaro que:			
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	
6. He sido informado que los cuestionarios y en general cualquier registro que contenga sus datos será resguardado en un sitio seguro.		x	
7. He sido informado que los resultados podrán ser publicados en revistas científicas u otros medios bibliográficos o pueden ser presentados en reuniones o eventos con fines académicos manteniendo el anonimato de estos sin revelar mi nombre o datos de identificación.		x	
8. He sido informado que al finalizar la investigación la información obtenida, será eliminada al cabo de 3 meses de entregado el producto final o será entregada de forma ANONIMIZADA a la/el director/a de carrera con el propósito de contribuir al desarrollo de futuras investigaciones.		x	
9. He sido informado que los datos recolectados durante el proceso están sujetos a una política de estricta confidencialidad y que, por lo tanto, no puede ser divulgados a terceros personas sin nuestro consentimiento expreso. He sido informado que en el caso de que el investigador sea ordenado judicialmente o el mismo identifique situaciones que puedan representar un riesgo muy grave para mi persona o mi representado legal en su defecto, el investigador entregará solo la información pertinente del asunto en cuestión a las entidades acertadas, manteniendo la confidencialidad de cualquier otro informante.		x	
10. Me será entregada una copia, una vez suscrito este documento.		x	
11. Mi participación es voluntaria, por lo que tengo el DERECHO de retirar mi consentimiento en cualquier momento.		x	
12. Consiento voluntariamente mi participación o la de mi representado en el estudio.		x	

Denominación:	Laura Virginia Maquez Chila	Firma testigo #1:	Manuano PARRALES Jennifer	Firma testigo #2:	
Nombres completos:	Laura Virginia Maquez Chila		Manuano PARRALES Jennifer		
Cédula:	08023 0912		1315649747		
Correo electrónico:			manuanoalejandra33@gmail.com		
Teléfono:	0963655293		0993053313		
Dirección:	Manta		Manta, STI		
Lugar y fecha:	Manta, 27 de Octubre del 2025				

B. DECLARATORIA DE REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO	
Yo, en calidad de participante/representante legal del participante declaro que pese a haber aceptado previamente mi participación en la investigación en mención, revoco mi autorización, implicando que los datos o muestras biológicas obtenidos del participante serán eliminados y no podrán utilizarse para ningún fin investigativo. Esta revocatoria no causará penalidad o impacto alguno en la atención en salud que por ley le corresponde al participante.	

Denominación:	Firma participante/representante legal	Firma testigo #1:	Firma testigo #2:
Nombres completos:			
Cédula:			
Correo electrónico:			
Teléfono:			
Dirección:			
Lugar y fecha:			

Uleam UNIVERSIDAD LAICA "ELOY ALFARO" DE MANABÍ
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

1. NOMBRE COMPLETO PACIENTE: **Laura Virginia Manáquez Chlo** ID. PACIENTE (Nº DE CLÍNICA): **0802329112** TELÉFONO PACIENTE: **0963655293**

FECHA NACIMIENTO: **20.4.1986** SEXO: **M** CARGO O OCUPACIÓN LABORAL: **Amo de casa** EMPRESA:

PAIS DE ORIGEN: **Ecuador** CIUDAD: **Manabí** PARROQUIA: BARRIO: Nº APT. O CASA:

2. UNIDAD DE ATENCIÓN: **Clinica Odontologica III**

3. MOTIVO PRINCIPAL DE LA CONSULTA: **"Me duele este diente"**

4. ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL: **Paciente femenino de 39 años de edad acude a consulta por presentar dolor persistente en la pieza #17, en la RX se observa una restauración que invade toda la cámara pulpar, en la inspección clínica se observa fistula.**

5. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: **Revisar cuestionario**

6. Por parte de mamá

7. Por parte de papá

8. SIGNOS VITALES: **Presión arterial: 152/92 mmHg, Frecuencia cardiaca: 81, pulso x min, Frecuencia respiratoria: 16, Temp. axil: 36.0, Peso: 70, Altura: 1.60**

9. EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATODONTICO: **6. Tons palatino**

10. PLANES DE DIAGNOSTICO Y EDUCACIONAL: **Examen odontológico, Radiografía panorámica, Radiografía pericoronal #17.**

Uleam UNIVERSIDAD LAICA "ELOY ALFARO" DE MANABÍ
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

1. NOMBRE COMPLETO PACIENTE: **Laura Virginia Manáquez Chlo** ID. PACIENTE (Nº DE CLÍNICA): **0802329112** TELÉFONO PACIENTE: **0963655293**

FECHA NACIMIENTO: **20.4.1986** SEXO: **M** CARGO O OCUPACIÓN LABORAL: **Amo de casa** EMPRESA:

PAIS DE ORIGEN: **Ecuador** CIUDAD: **Manabí** PARROQUIA: BARRIO: Nº APT. O CASA:

2. UNIDAD DE ATENCIÓN: **Clinica Odontologica III**

3. MOTIVO PRINCIPAL DE LA CONSULTA: **"Me duele este diente"**

4. ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL: **Paciente femenino de 39 años de edad acude a consulta por presentar dolor persistente en la pieza #17, en la RX se observa una restauración que invade toda la cámara pulpar, en la inspección clínica se observa fistula.**

5. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: **Revisar cuestionario**

6. Por parte de mamá

7. Por parte de papá

8. SIGNOS VITALES: **Presión arterial: 152/92 mmHg, Frecuencia cardiaca: 81, pulso x min, Frecuencia respiratoria: 16, Temp. axil: 36.0, Peso: 70, Altura: 1.60**

9. EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATODONTICO: **6. Tons palatino**

10. PLANES DE DIAGNOSTICO Y EDUCACIONAL: **Examen odontológico, Radiografía panorámica, Radiografía pericoronal #17.**

Uleam UNIVERSIDAD LAICA "ELOY ALFARO" DE MANABÍ
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

1. NOMBRE COMPLETO PACIENTE: **Laura Virginia Manáquez Chlo** ID. PACIENTE (Nº DE CLÍNICA): **0802329112** TELÉFONO PACIENTE: **0963655293**

FECHA NACIMIENTO: **20.4.1986** SEXO: **M** CARGO O OCUPACIÓN LABORAL: **Amo de casa** EMPRESA:

PAIS DE ORIGEN: **Ecuador** CIUDAD: **Manabí** PARROQUIA: BARRIO: Nº APT. O CASA:

2. UNIDAD DE ATENCIÓN: **Clinica Odontologica III**

3. MOTIVO PRINCIPAL DE LA CONSULTA: **"Se me salio un protago de dente"**

4. ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL: **Paciente femenino de 39 años acude a consulta por presentar sensibilidad en la pieza #35, se observa una cavidad en la pieza**

5. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: **Revisar cuestionario**

6. Por mamá

7. Por papá

8. SIGNOS VITALES: **Presión arterial: 117/82 mmHg, Frecuencia cardiaca: 81, pulso x min, Frecuencia respiratoria: 16, Temp. axil: 36.0, Peso: 70, Altura: 1.60**

9. EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATODONTICO: **Sin patologia aparente.**

10. PLANES DE DIAGNOSTICO Y EDUCACIONAL: **Examen odontológico, Charla de higiene oral, Rx pieza #35**

Uleam UNIVERSIDAD LAICA "ELOY ALFARO" DE MANABÍ
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

1. NOMBRE COMPLETO PACIENTE: **Laura Virginia Manáquez Chlo** ID. PACIENTE (Nº DE CLÍNICA): **0802329112** TELÉFONO PACIENTE: **0963655293**

FECHA NACIMIENTO: **20.4.1986** SEXO: **M** CARGO O OCUPACIÓN LABORAL: **Amo de casa** EMPRESA:

PAIS DE ORIGEN: **Ecuador** CIUDAD: **Manabí** PARROQUIA: BARRIO: Nº APT. O CASA:

2. UNIDAD DE ATENCIÓN: **Clinica Odontologica III**

3. MOTIVO PRINCIPAL DE LA CONSULTA: **"Se me salio un protago de dente"**

4. ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL: **Paciente femenino de 39 años acude a consulta por presentar sensibilidad en la pieza #35, se observa una cavidad en la pieza**

5. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: **Revisar cuestionario**

6. Por mamá

7. Por papá

8. SIGNOS VITALES: **Presión arterial: 117/82 mmHg, Frecuencia cardiaca: 81, pulso x min, Frecuencia respiratoria: 16, Temp. axil: 36.0, Peso: 70, Altura: 1.60**

9. EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATODONTICO: **Sin patologia aparente.**

10. PLANES DE DIAGNOSTICO Y EDUCACIONAL: **Examen odontológico, Charla de higiene oral, Rx pieza #35**

[illegible]

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. D'Arcangelo C, Vadini M, Buonvivere M, De Angelis F. Safe clinical technique for increasing the occlusal vertical dimension in case of erosive wear and missing teeth. *Clin Case Rep*. 2021 Dec 1;9(12). doi:10.1002/ccr3.4747
2. Llor JCR, Sacoto JMC. Rehabilitación oral con aumento de la dimensión vertical: reporte de caso. *South Florida Journal of Development*. 2025 Aug 26;6(8):e5724. doi:10.46932/sfjdv6n8-041
3. Catalá Pizarro M, Lillo OC. La caries dental: una enfermedad que se puede prevenir Puntos clave. *An Pediatr Contin*. 2014.
4. Cerón-Bastidas XA. El sistema ICDAS como método complementario para el diagnóstico de caries dental. *CES Odontol [Internet]*. 2015 [cited 2026 Jan 26];28(2):100–9. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-971X2015000200008&lng=en&nrm=iso&tlng=es
5. Ana Armas Vega y Juan Marcos Parise vasco. ICDAS: una herramienta para el diagnóstico de la caries dental [Internet]. Vol. 27, No. 6. 2020 Dec [cited 2026 Jan 30]; Vol. 27, No. 6. Available from: <http://orcid.org/0000-0003-3800-8166>
6. Camila Panes y Mariano del Sol. Diastema (διαστημα): Precisando Terminologia Anatomica [Internet]. 2020 [cited 2026 Jan 31]. Available from: <https://www.scielo.cl/pdf/ijmorphol/v38n1/0717-9502-ijmorphol-38-01-222.pdf>
7. Mei L, Jiang L. Step-by-step practical procedures to close midline diastema with a vacuum-formed retainer. *AJO-DO Clinical Companion*. 2024 Feb 1;4(1):26–30. doi: 10.1016/j.xaor.2023.10.003
8. Orozco Páez J, Berrocal Rivas J, Diaz Caballero A. Carillas de composite como alternativa a carillas cerámicas en el tratamiento de anomalías dentarias. Reporte de un caso. *Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral*. 2015 Apr;8(1):79–82. doi: 10.1016/j.piro.2015.02.008
9. Pérez L. INCRUSTACIONES DE RESINA CON EL MÉTODO DIRECTO-INDIRECTO DIRECT-INDIRECT TECHNIQUE FOR COMPOSITE RESIN INLAYS [Internet]. Available from: <http://www.rodryb.com/incrustaciones-de-resina>
10. María Natalia M, Grabre de Prieto Alicia A, María Eugenia Z. Sistemas adhesivos en Odontología Restauradora Adhesives systems in Restorative Dentistry.
11. Quiroga-del Pozo R, Sierra-Fuentes M, del Pozo-Bassi J, Quiroga-Aravena R. Dimensión vertical oclusal: comparación de 2 métodos cefalométricos. *Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral*. 2016 Dec;9(3):264–70. doi: 10.1016/j.piro.2016.09.002
12. Vailati F, Vailati DF. Rehabilitación adhesiva oral completa de una dentición gravemente erosionada: la técnica de los tres pasos. 2 a parte.

13. Palinkas M, Cecilio S, Regalo H, Luiz), De Sousa G, Siéssere S, et al. Occlusion 530. Braz Oral Res. 2012.
14. Palinkas M, Cecilio S, Regalo H, Luiz), De Sousa G, Siéssere S, et al. Occlusion 530. Braz Oral Res. 2012.
15. Reyes GG, Carlos Pérez Diaz J, Hernández Gutierrez D, Cuba C. Relación orto-periodontal Interrelationship between Orthodontics and Periodontics [Internet]. Available from: <https://orcid.org/0000-0001-5043-696>
16. Mariotti A, Hefti AF. Defining periodontal health. BMC Oral Health. 2015 Sep 15;15(1). doi:10.1186/1472-6831-15-S1-S6 PubMed PMID: 26390888.
17. Emerson Huamanciza-Torres E, Chávez-Rimache L, Chacón-Uscamaita PR, Ayala De La Vega G. CIENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS Y SALUBRISTAS ARTÍCULO ORIGINAL Tipo de edentulismo parcial bimaxilar y su asociación con el nivel socioeconómico-cultural Type of bimaxillary partial edentulism and its association with socioeconomic cultural level [Internet]. Available from: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2507>
18. Vera Zambrano AV, Sandoval Pedauga S. Estudio de satisfacción entre la diferente prótesis parcial removable. Odontologia (Lima). 2025 Oct 2;27(Especial (2)):75–81. doi:10.29166/odontologia.vol27.n2.esp.2025-e8252
19. Tirado Amador LR, Herrera Calderón A, Vargas Quiroga E, Padilla Henao LF, Pérez Gómez Y, Taborda Meléndez A. Clasificación según Kennedy de arcos edéntulos en pacientes atendidos en una clínica universitaria en Cartagena. Revista Odontológica Mexicana Órgano Oficial de la Facultad de Odontología UNAM. 2024 Jun 14;26(3). doi:10.22201/fo.1870199xp.2022.26.3.87570
20. Aucatoma L, Gonzambay P. Pulpitis Crónica Chronic pulpitis Autores.
21. Edwards D, Allison JR, Coulter J, Durham J, Beecroft E V. Symptomatic irreversible pulpitis and other orofacial pain: overcoming challenges in diagnosis and management. Br Dent J. 2025 Apr 11;238(7):517–26. doi:10.1038/s41415-025-8441-9 PubMed PMID: 40217034.
22. Herrera Plasencia Paul Martin. Abordaje quirúrgico de un amplio torus palatino [Internet]. Peru; 2024. Available from: <http://scielo.sld.cuhttps://revmedmilitar.sld.cuBajolicenciaCreativeCommons>
23. Castro-Rodríguez Y, Bravo-Castagnola F, Grados-Pomarino S. Resultados clínicos del tratamiento de frenillos labiales; frenectomía y frenotomía. International journal of interdisciplinary dentistry. 2020 Apr;13(1):40–3. doi:10.4067/s2452-55882020000100040
24. Devishree, Gujjari SK, Shubhashini P V. Frenectomy: A review with the reports of surgical techniques. Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2012 Nov 15;6(9):1587–92. doi:10.7860/JCDR/2012/4089.2572 PubMed PMID: 23285469.
25. Alisha GTP. Cirugía Oral, Extracción de Dientes. [Internet]. 2023 [cited 2026 Jan 30]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK589654/>

26. Elena Fernández Collazo M, Dadonim Vila Morales IC, Agustín Rodríguez Soto I, Dania Lucrecia Mesa González I, Norma Guadalupe Pérez Clemente II. Lesiones periapicales agudas en pacientes adultos Acute periapical lesions in adult patients. *Revista Cubana de Estomatología* [Internet]. 2012. Available from: <http://scielo.sld.cu>
27. Cárcamo España V, Cuesta Reyes N, Flores Saldivar P, Chimenos Küstner E, Estrugo Devesa A, López López J. Compromised Teeth Preserve or Extract: A Review of the Literature. *Journal of Clinical Medicine*. 2022 Sep; 11.
28. Pineda Gómez A, Ríos Szalay E, Hernandez Ayala A. Consideraciones para el incremento de dimensión vertical de oclusión. Reporte de un caso Considerations for the increase of occlusal vertical dimension. Report of a case. 2018; 22.
29. Fuentes Fernández R, Borie Echevarría E, Parra Villagrán P, Rebolledo Soto, Katalina. Torus Palatino y Torus Mandibular Torus Palatinus and Torus Mandibularis. *Int. J. Odontostomat*. 2009; 3.
30. Albornoz López del Castillo C, Bencomo Basulto H, Areas Socarrás D, Rivero Pérez O, Fernández García G. Frenillo labial superior doble Double frenulum of the superior lip. *Revista Cubana de Pediatría*. 2013; 85.
31. Huamany Cantonal J, Huamani Echaccaya J, Alvarado Menacho S. Rehabilitación oral en paciente con alteración de la dimensión vertical oclusal aplicando un enfoque multidisciplinario. *Revista Estomatologica Herediana*. 2018 Apr; 28(44).
32. Peter D. Evaluación, diagnóstico y tratamiento de los problemas oclusales. 2nd ed. Mallorca: Salvat editores; 1991.
33. Alonzo AA, Albertini JS, Bechelli AH. Oclusion y Diagnostico en Rehabilitacion Oral. In *Oclusion y Diagnostico en Rehabilitacion Oral.*: Panamericana p. 45.
34. Valarezo Torres JJ, Mejía Gallegos CG, Paredes Baidal F, Lainez Aráuz SM. Rehabilitación oral en el paciente con alteración de la dimensión vertical oclusal aplicando un enfoque multidisciplinario. *RECIMUNDO*. 2024 Jun 18; 8(318-326).
35. Korkut B. Smile makeover with direct composite veneers: A two-year follow-up report. *Journal of Dental Research, Dental Clinics, Dental Prospects*. 2018 Jun; 12(146-151).
36. Korkut B, Yanıkoğlu F, Günday M. Direct composite laminate veneers: three case reports. *Journal of dental research, dental clinics, dental prospects*. 2013; 7(105-11).
37. Rica Ramírez Barrantes C, CJ, Jr A, Baratieri N. Clinical Evaluation of Direct Composite Resin Restorations in Fractured Anterior. Teeth Odovtos-International Journal of Dental Sciences, núm. 2014; 16(47-61).