



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:

**REHABILITACIÓN ORAL INTEGRAL EN PACIENTE CON EDENTULISMO PARCIAL
BIMAXILAR, ENFERMEDAD PERIODONTAL Y ALTERACIÓN DE LA FUNCIÓN
MASTICATORIA: ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO.**

AUTORA:

FANNY ALEJANDRA MENDOZA PÁRRAGA

TUTORA:

OD. SHIRLEY XIMENA ARTEAGA ESPINOZA

MANTA- MANABÍ- ECUADOR

2026

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

	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 tutora 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 del estudiante Fanny Alejandra Mendoza Párraga, 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 integral en paciente con edentulismo parcial bimaxilar, enfermedad periodontal y alteración de la función masticatoria: análisis de caso.

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

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

Manta, 10 de Julio de 2026.

Ló certifico,


Dra. Ximena Arteaga Espinoza. Mg. Esp. PhD.
Docente Tutora
Área: Odontología


Dra. Ximena Arteaga De Giler
ODONTÓLOGA

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Yo, Fanny Alejandra Mendoza Párraga con C.I # 1316731791 en calidad de autor del proyecto de investigación titulado "Rehabilitación oral integral en paciente con edentulismo parcial bimaxilar, enfermedad periodontal y alteración de la función masticatoria: análisis de caso clínico". 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.



Fanny Alejandra Mendoza Párraga

1316731791

DEDICATORIA

Esta tesis representa mucho más que el cumplimiento de una meta académica; en cada una de sus páginas habitan las enseñanzas, el esfuerzo y el cariño de las personas que han dado sentido a mi camino. La dedico, en primer lugar, a mi familia, quienes han sido el punto de equilibrio en los momentos de incertidumbre y la fuerza que me impulsó a continuar cuando el cansancio parecía ganar terreno. A mis padres, por sembrar en mí los valores de la responsabilidad, la perseverancia y la honestidad, y por demostrar con su ejemplo que los sueños se construyen con trabajo constante. A mis hermanos y demás familiares, por cada palabra de aliento, por celebrar mis pequeños logros y por recordarme, incluso en los días más difíciles, que nunca he estado sola. Este logro también les pertenece, porque cada sacrificio, cada consejo y cada gesto de apoyo dejaron una huella que hoy se refleja en la culminación de esta etapa, con la esperanza de que sea el inicio de muchos nuevos desafíos y oportunidades.

AGRADECIMIENTO

Concluir esta investigación me ha permitido comprender que los logros nunca son el resultado del esfuerzo de una sola persona, sino la suma de muchas manos, voces y momentos compartidos. Por ello, expreso mi más sincero agradecimiento a mi familia, por convertirse en el soporte que hizo posible recorrer este camino con fortaleza y determinación. A Dios y a mis padres, por creer en mis capacidades incluso cuando yo misma dudaba, por enseñarme que la disciplina y la constancia son el verdadero fundamento de cualquier meta alcanzada y por brindarme un apoyo incondicional que trascendió lo académico. A mis hermanos y demás familiares, gracias por su compañía, comprensión y por cada gesto de ánimo que transformó los momentos de dificultad en oportunidades para seguir adelante. Extiendo también mi gratitud a quienes formaron parte de este proceso de aprendizaje, aportando conocimientos, experiencias y orientación que enriquecieron tanto mi formación profesional como mi crecimiento personal. Este trabajo refleja el compromiso, la confianza y el afecto de todos aquellos que caminaron a mi lado y que, de una u otra forma, contribuyeron a hacer realidad este importante objetivo.

RESUMEN

La salud bucodental es un componente fundamental del bienestar general, ya que influye en funciones esenciales como la masticación, fonación y estética facial. A nivel global, las enfermedades orales representan un problema de alta prevalencia, afectando la calidad de vida y el equilibrio psicosocial de los pacientes. En este contexto, se presenta un caso clínico de un paciente atendido en la Facultad de Odontología de la ULEAM (periodo 2025-2), con alteración de la función masticatoria y compromiso estético debido a edentulismo parcial bimaxilar, enfermedad periodontal y lesiones cariosas avanzadas. La problemática clínica radica en el desequilibrio funcional y estético del sistema estomatognático, asociado a pérdida dentaria y deterioro de tejidos de soporte. Para su abordaje, se empleó una metodología de tipo clínico-descriptiva mediante análisis de caso, utilizando historia clínica, estudios radiográficos y evaluación integral para el diagnóstico y planificación del tratamiento. La intervención consistió en un enfoque multidisciplinario por fases: control periodontal inicial, procedimientos quirúrgicos (exodoncias y regularización del reborde alveolar), rehabilitación restauradora con incrustaciones tipo *overlay* y resinas compuestas, y finalmente rehabilitación protésica mediante prótesis total superior y parcial inferior removible. Los resultados evidenciaron una mejora significativa en la salud periodontal, adecuada cicatrización, estabilidad oclusal, correcta adaptación de las restauraciones y prótesis, así como la recuperación de la función masticatoria y la armonía estética. Se concluye que un abordaje integral, planificado y basado en evidencia permite obtener resultados funcionales, estéticos y duraderos en pacientes con rehabilitación oral compleja.

Palabras clave: rehabilitación oral; función masticatoria; estética dental; prótesis removible.

ABSTRACT

Oral health is a fundamental component of overall well-being, as it influences essential functions such as mastication, phonation, and facial aesthetics. Globally, oral diseases represent a highly prevalent problem, affecting patients' quality of life and psychosocial balance. In this context, a clinical case is presented involving a patient treated at the Faculty of Dentistry of ULEAM (2025–2 term), who exhibited impaired masticatory function and aesthetic compromise due to partial bimaxillary edentulism, periodontal disease, and advanced carious lesions. The clinical problem was based on the functional and aesthetic imbalance of the stomatognathic system associated with tooth loss and deterioration of the supporting tissues. To address this condition, a clinical-descriptive methodology was employed through case analysis, using clinical history, radiographic studies, and comprehensive evaluation for diagnosis and treatment planning. The intervention consisted of a multidisciplinary phased approach: initial periodontal control, surgical procedures (extractions and alveolar ridge regularization), restorative rehabilitation with overlay-type inlays and composite resins, and finally prosthetic rehabilitation using a maxillary complete denture and a mandibular removable partial denture. The results demonstrated a significant improvement in periodontal health, adequate healing, occlusal stability, proper adaptation of the restorations and prostheses, as well as recovery of masticatory function and aesthetic harmony. It is concluded that a comprehensive, planned, and evidence-based approach makes it possible to achieve functional, aesthetic, and long-lasting outcomes in patients requiring complex oral rehabilitation.

Keywords: oral rehabilitation; masticatory function; dental aesthetics; removable prosthesis.

ÍNDICE

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR	II
DECLARACIÓN DE AUTORÍA.....	¡Error! Marcador no definido.
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
RESUMEN	VI
ABSTRACT.....	VII
INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA.....	10
JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	11
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	12
2.1. Antecedentes	12
2.2. Bases Teóricas	13
2.2.1. Enfermedad periodontal y su implicación en la rehabilitación oral	13
2.2.2. Exodoncias por motivos protésicos	13
2.2.3. Regularización del reborde alveolar	13
2.2.4. Incrustación tipo overlay.....	14
2.2.5. Lesiones cariosas ICDAS	14
2.2.6. Prótesis total y parcial removible de acrílico	15
2.2.7. Integración de los tratamientos en la rehabilitación integral	16
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO.....	17
CAPÍTULO IV- PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DEL CASO.....	18
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	27
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	29
ANEXOS	33

INTRODUCCIÓN

La salud bucodental cumple una función esencial en el bienestar físico, mental, social y económico tanto de las personas como de las comunidades [1]. El aspecto de los dientes y de las estructuras que los rodean tiene un gran impacto en la forma en que los demás ven a una persona y en la manera en que ella misma se percibe [2].

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) [3], a nivel mundial las enfermedades bucodentales se sitúan entre los problemas de salud más frecuentes. Dado que generan dolor, dificultan la masticación y el habla, y producen modificaciones en la apariencia dental y facial. Sumado a esto, también comprometen la autoestima, la interacción social y el equilibrio emocional de quienes las padecen. Jung et al. [4] agrega que la capacidad de masticación también está relacionada con las actividades de la vida diaria (AVD) y el estado nutricional. Según Lettieri [5], la alteración de la función masticatoria representa una problemática frecuente en la práctica odontológica, debido a su origen multifactorial y a su impacto directo en la calidad de vida de los pacientes.

La Organización Mundial de la Salud [3] manifestó en el año 2022 que las patologías orales afectan la calidad de vida, la función estomatognática y el bienestar psicológico de aproximadamente 3.500 millones de personas en el mundo. Entre estas, la caries dental, la enfermedad periodontal y los traumas dentoalveolares generan un desequilibrio en la integridad del sistema estomatognático, constituyendo uno de los desafíos más significativos para la salud pública a nivel mundial [6]

Peres et al. [7] han señalado que las enfermedades orales, en particular la caries dental, la enfermedad periodontal y la pérdida dentaria, se asocian con el deterioro funcional y estético del sistema estomatognático. Asimismo, se ha descrito que la pérdida dentaria puede responder a múltiples factores y relacionarse con alteraciones funcionales, estéticas y psicológicas.

Para Kumar et al. [8] el papel de la masticación y su impacto en otras funciones biológicas como el proceso digestivo no ha recibido la atención adecuada por parte de los investigadores médicos y dentales. A esto se suma que estudios recientes como de Mendoza et al. [9] los resultados de una rehabilitación de la función masticatoria indican una mejora significativa en funciones como triturar alimentos, reducción del tiempo de masticación y disminución de molestias o dolor al realizar esta función.

CAPÍTULO I. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Reyes et al [10] expone el concepto de Armonización Orofacial (AOF) como un campo interdisciplinario de la odontología moderna que integra procedimientos para mejorar la estética facial y la función masticatoria. En consonancia con ello, en la odontología contemporánea, el enfoque terapéutico se orienta hacia la rehabilitación integral del paciente mediante procedimientos quirúrgicos, restauradores y protésicos, cuyo objetivo es restablecer la función masticatoria y la armonía estética, preservando en la mayor medida posible las estructuras dentarias remanentes [11]. En otras palabras, la literatura científica respalda la importancia de realizar un diagnóstico multidisciplinario y de establecer un plan de tratamiento individualizado que garantice resultados estéticos, funcionales y duraderos.

Con todo lo expuesto, la integridad de la dentición y la armonía dentofacial se relacionan con la percepción de la imagen personal. Las alteraciones estéticas dentales pueden asociarse con cambios en la seguridad personal, en la comunicación interpersonal y en el estado emocional, lo que refleja la relación existente entre la salud oral y el ámbito psicosocial del individuo [12]. A pesar de los avances en odontología, aún existe una brecha clínica donde se prioriza la estética sobre la función, o viceversa. Esto puede generar fracasos a mediano plazo, como fracturas restaurativas, alteraciones temporomandibulares e inconformidad estética. Además, continúa siendo un desafío restablecer la dimensión vertical y la guía funcional, manteniendo la armonía dentofacial.

En el caso clínico seleccionado, el paciente presenta un desequilibrio del sistema masticatorio relacionado a la pérdida de piezas dentarias, con edentulismo total y parcial. Por lo cual se precisa que la condición ha generado alteraciones en la armonía estética y con una función masticatoria limitada. Adicionalmente compromete la salud de los tejidos remanentes y genera una discrepancia visual en la sonrisa del paciente, lo que hace indispensable la realización de un diagnóstico adecuado y la ejecución de un abordaje multidisciplinario viable.

1.2. Formulación del problema de investigación

Por las razones expuestas, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo influye la rehabilitación oral en la recuperación efectiva de la función masticatoria y la armonía estética en paciente atendido en la carrera de odontología, ULEAM 2025-2?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

- Rehabilitar la función masticatoria para recuperar la armonía estética en paciente atendido facultad odontología ULEAM 2025-2.

1.3.2. Objetivos específicos

- Diagnosticar el estado clínico, funcional y estético del paciente mediante un diagnóstico integral.
- Diseñar plan de tratamiento integral.
- Ejecutar y Evaluar los procedimientos clínicos, restaurativos y protésicos

JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La rehabilitación oral constituye una de las áreas más complejas y relevantes de la odontología, ya que integra conocimientos de diversas especialidades con el objetivo de reestablecer la función, la estética y la salud del sistema estomatognático. En la práctica clínica, un número significativo de pacientes presenta alteraciones funcionales y estéticas producto de la pérdida dentaria, desgaste severo, mal posiciones dentales, tratamientos previos inadecuados o patologías orales, lo que repercute negativamente en la masticación, la fonación, la oclusión y la autoestima del paciente.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Los estudios precedentes al tema en estudio han mostrado las dificultades masticatorias y las alteraciones estéticas bucales que afectan la función oral y el bienestar. Además, vinculan estos factores con la pérdida dentaria, enfermedad periodontal y problemas dentales estructurales

En relación con la función masticatoria, Lahoud [13] menciona, en una revisión científica sobre disfunción masticatoria en adultos mayores, que la pérdida dentaria representa el principal factor de riesgo para la disminución de la capacidad masticatoria, seguida de condiciones musculoesqueléticas, deterioro cognitivo y malnutrición. De igual manera, el estudio determinó que la reposición dentaria mediante rehabilitación protésica constituye uno de los principales factores protectores para restaurar la función del sistema estomatognático.

Desde el ámbito epidemiológico, Franco [14] a través de una revisión sistemática con metaanálisis, identificaron que la prevalencia global de trastornos masticatorios alcanza aproximadamente el 36 % en adultos mayores, con variaciones entre el 4,3 % y el 61,7 % según el contexto poblacional evaluado. Esta evidencia demuestra la magnitud del problema y su relación con cambios fisiológicos, disminución de la fuerza de mordida y dificultad para triturar alimentos, lo cual repercute directamente en el estado nutricional y en la calidad de vida del paciente.

De acuerdo con Aguilar y Cedillo; Cerón y Kaur [15–17] han indicado que la percepción del estado dental se asocia con aspectos del bienestar psicológico y social del individuo. Además, en la práctica clínica, los pacientes con pérdida de dientes o restauraciones dañadas requieren planificación. Además, se ha comprobado que los problemas al masticar y las alteraciones en la apariencia dental son frecuentes en todo el mundo y tienen diversas causas.

Su solución requiere un trabajo conjunto de distintas áreas de la odontología, enfocado en cuidar y restaurar los dientes, lo que lo convierte en un tema importante para el desarrollo de casos clínicos en rehabilitación oral.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Enfermedad periodontal y su implicación en la rehabilitación oral

La enfermedad periodontal constituye una de las principales causas de pérdida dentaria en la población adulta. Se trata de una condición inflamatoria crónica que afecta la encía, el ligamento periodontal, cemento radicular y el hueso alveolar, provocando una destrucción progresiva del periodonto cuando no se trata de manera oportuna y adecuada [18].

Según Rodríguez [19] el destartraje, que controla la placa bacteriana, es una vía para frenar la enfermedad de las encías y mejorar la salud de la boca. Porque, permite que los tejidos sanen y prepara la boca para otros tratamientos, como extracciones o prótesis.

En la rehabilitación oral, esta etapa es importante porque la inflamación activa puede causar problemas después del tratamiento y afectar la estabilidad del hueso, lo que influye en el resultado final.

2.2.2. Exodoncias por motivos protésicos

La exodoncia por motivos protésicos se indica cuando una pieza dentaria, aun sin presentar patología infecciosa activa, interfiere con el diseño, la funcionalidad o la estabilidad de una rehabilitación protésica. Estas extracciones tienen como finalidad optimizar el espacio protésico, mejorar la relación oclusal y permitir una rehabilitación funcional y estética adecuada.

Los motivos protésicos representan una causa frecuente de exodoncia, especialmente en pacientes que requieren una rehabilitación integral, donde la conservación de determinadas piezas dentarias podría comprometer el éxito del tratamiento final [19]

En el caso clínico descrito, las exodoncias de las piezas 16 y 24 se justifican desde el punto de vista protésico, ya que su permanencia afectaría la correcta distribución de cargas, el diseño protésico y la adaptación funcional del aparato rehabilitador.

2.2.3. Regularización del reborde alveolar

La regularización del reborde alveolar es un procedimiento quirúrgico que consiste en la remodelación del hueso alveolar con el fin de eliminar irregularidades, socavaduras o prominencias que interfieren con la rehabilitación protésica. Este procedimiento se indica

principalmente tras exodoncias, cuando existen defectos óseos que comprometen la adaptación de futuras restauraciones o prótesis [6].

2.2.4. Incrustación tipo overlay

Con base en Pesantez et al. [20] las incrustaciones tipo overlay son restauraciones indirectas que recubren una o más cúspides dentarias en dientes con pérdida extensa de estructura coronaria. Este tipo de restauración se caracteriza por proporcionar mayor resistencia mecánica y un control oclusal más preciso en comparación con las restauraciones directas, especialmente en dientes posteriores que están sometidos a cargas funcionales elevadas.

La incrustación tipo overlay se justifica clínicamente cuando existe debilitamiento cuspeo, se requiere restablecer la anatomía oclusal o se busca mayor longevidad restauradora. Además con base en Proaño y Altamirano [21] se destaca que los overlays adhesivos permiten preservar una mayor cantidad de tejido dentario sano y reducen el riesgo de fracturas dentales en comparación con las coronas completas.

2.2.5. Lesiones cariosas ICDAS

Según Cerón-Bastidas [22] el sistema ICDAS (*International Caries Detection and Assessment System*). Es un método internacional para detectar y diagnosticar caries, acordado en Baltimore, Maryland (EE. UU.) en 2005, y que se utiliza en la clínica, la investigación y en programas de salud pública. Este sistema permite identificar la severidad de la lesión cariosa y facilitar su tratamiento oportuno, incluso en etapas tempranas.

El sistema ICDAS completo presenta siete categorías, que permiten clasificar el estado de la superficie dental desde la ausencia de lesión hasta cavidades extensas con exposición dentinaria, como se detalla a continuación en la tabla 1:

Código ICDAS	Descripción de la lesión
0	Diente sano
1	Mancha blanca o marrón en esmalte seco
2	Mancha blanca o marrón en esmalte húmedo
3	Microcavidad en esmalte seco (< 0,5 mm) sin dentina visible
4	Sombra oscura de dentina visible a través del esmalte húmedo, con o sin microcavidad
5	Exposición de la dentina en una cavidad de más de 0,5 mm hasta la mitad de la superficie del diente, observada en seco.
6	Presencia de dentina expuesta en una cavidad que compromete más del 50% de la superficie del diente.

Tabla 1. Clasificación de lesiones cariosas según el sistema ICDAS

Nota. Mendoza (2026)

Las lesiones **ICDAS 5** corresponden a cavidades francas con dentina visible, lo que implica una pérdida estructural significativa que compromete la integridad del diente.

En las piezas **41** y **45**, el diagnóstico ICDAS 5 indica la necesidad de un tratamiento restaurador que garantice:

- Sellado marginal adecuado
- Recuperación funcional
- Estabilidad estructural

La evidencia científica respalda el uso de restauraciones indirectas o restauraciones adhesivas reforzadas en lesiones avanzadas, debido a que ofrecen mejores resultados clínicos que las restauraciones directas extensas [23].

2.2.6. Prótesis total y parcial removible de acrílico

La rehabilitación oral con prótesis removibles de acrílico es una opción de tratamiento común en pacientes que tienen falta de dientes parcial o total. Así, estas prótesis son económicas, fáciles de fabricar y ayudan a recuperar la forma de masticar, las funciones de fonación y la estética facial.

Por su parte, considerando los aportes de Akinyamoju et al. [24], se detalla que las prótesis parciales removibles de acrílico se utilizan en pacientes con edentulismo parcial, permitiendo reemplazar piezas dentarias ausentes mediante una estructura acrílica que se apoya

sobre tejidos blandos y dientes remanentes. Estas prótesis se pueden usar como una solución temporal o permanente según el caso clínico. El uso de prótesis acrílicas, tanto totales como parciales removibles, permite restituir la función masticatoria, mejorar la estética y favorecer la estabilidad emocional del paciente.

2.2.7. Integración de los tratamientos en la rehabilitación integral

La combinación de procedimientos quirúrgicos, como la regularización del reborde alveolar, junto con la profilaxis, el destartraje, restauraciones indirectas tipo overlay, restauraciones directas y la elaboración de prótesis totales y parciales removibles deacrílico, permite un abordaje integral orientado a la preservación de tejidos, la estabilidad oclusal y la longevidad del tratamiento.

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño del estudio

El presente estudio se desarrolló bajo un enfoque clínico–descriptivo, mediante la modalidad de análisis de caso. Este permitió documentar de forma detallada el proceso de diagnóstico, planificación y ejecución del tratamiento rehabilitador, así como comprender la progresión terapéutica y evaluar los resultados estéticos, funcionales y biológicos obtenidos.

3.2. Criterios de Inclusión:

Como criterios de inclusión se consideró a un paciente atendido en las Clínicas Odontológicas de la Carrera de Odontología de la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí durante el semestre 2025-2, que aceptó participar mediante la firma del consentimiento informado y presentó necesidad de rehabilitación oral integral. Además, el paciente debía encontrarse apto para recibir tratamiento quirúrgico, restaurador y protésico, así como cumplir con las sesiones clínicas programadas.

3.3. Criterios de Exclusión:

En cuanto a los criterios de exclusión, se excluyeron pacientes que no firmaron el consentimiento informado o que no completaron la historia clínica y los exámenes complementarios requeridos. De igual manera, no se consideraron pacientes que no presentaban necesidad de rehabilitación oral integral o que poseían condiciones sistémicas que contraindicaran los procedimientos quirúrgicos, restauradores o protésicos. También fueron excluidos aquellos pacientes con escasa adherencia al tratamiento, deficiente compromiso con la higiene oral o inasistencia a las citas clínicas establecidas.

3.4. Consideraciones éticas

Se garantizó el cumplimiento de los principios éticos mediante la firma del consentimiento informado por parte del paciente, asegurando su comprensión y autorización para la realización de los procedimientos clínicos y el uso académico del caso. Asimismo, se respetó la confidencialidad la autorización para la atención y uso académico del caso, asegurando la confidencialidad conforme a la Declaración de Helsinki [25].

CAPÍTULO IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DEL CASO

4.1. Presentación del caso

Paciente de sexo femenino, que acude a las clínicas odontológicas de la Universidad Laica Eloy Alfaro de, Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí (figura 1, 2 y 3). La paciente acude a consulta por dificultad para masticar, ausencia de múltiples piezas dentarias y disconformidad con la estética de su sonrisa.



Figura 1. Fotografía extraoral frontal seria

Nota. Mendoza (2026)



Figura 2. Fotografía extraoral lateral seria

Nota. Mendoza (2026)



Figura 3. Fotografía extraoral frontal sonriendo

Nota. Mendoza (2026)

Para la recolección de información se emplearon los siguientes instrumentos: historia clínica (formulario 033 modificado), examen clínico intraoral y extraoral, radiografía panorámica y radiografías periapicales, evaluación periodontal con registro de índices clínicos, toma de impresiones para modelos de estudio y registro fotográfico clínico para el análisis estético y funcional.

4.2. Examen clínico

Para la recolección de información se emplearon los siguientes instrumentos: historia clínica (formulario 033 modificado), examen clínico intraoral y extraoral, radiografía panorámica y radiografías periapicales, evaluación periodontal con registro de índices clínicos, toma de impresiones para modelos de estudio y registro fotográfico clínico para el análisis estético y funcional. El examen intraoral reveló edentulismo parcial bimaxilar, presencia de inflamación gingival localizada, cálculo dental, sangrado al sondaje y alteraciones oclusales. Se identificaron lesiones cariosas avanzadas en piezas dentarias inferiores y compromiso

funcional del sistema masticatorio. A nivel estético, se observó pérdida de soporte labial y discrepancias en la armonía de la sonrisa.

Se realizaron radiografía panorámica y radiografías periapicales, las cuales permitieron evaluar la condición ósea, el estado de las piezas remanentes y confirmar los diagnósticos pulpares y periodontales. Además, se efectuaron modelos de estudio mediante impresiones y registros fotográficos para el análisis estético y funcional (ver figura 4 y 5).

4.3. Diagnóstico

Finalmente, con toda la información recolectada, se establece la evaluación clínica de necesidades en torno a la función masticatoria.

- Periodontitis crónica localizada Estadio III Grado A
- Edentulismo parcial superior e inferior clase I
- Pulpitis irreversible en la pieza 16
- Lesiones cariosas ICDAS 5 en piezas 35, 41 y 45
- Alteración de la función masticatoria y de la armonía estética dentofacial.

CIE 10	PIEZA	DESCRIPCIÓN
K053	Sextante V	Periodontitis crónica
K081	11, 12, 13, 14, 15, 17, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 36, 37, 46, 47	Pérdida dentaria
K040	16 y 24	Pulpitis
K021	35, 41, 45,	Caries dental en dentina

Tabla 2. Códigos CIE 10. Fuente. Mendoza (2026).



Figura 4. Fotografía intraoral

Fuente. Mendoza (2026)



Figura 5. Radiografía panorámica

Fuente. Mendoza (2026)

4.4. Plan de tratamiento

El tratamiento se desarrolló por fases. Inicialmente, se realizó la valoración integral del paciente y la fase higiénica periodontal con profilaxis, destartraje y educación en higiene oral. Posteriormente, se ejecutó la fase quirúrgica con exodoncias de las piezas 16 y 24, seguida de la regularización del reborde alveolar. En la fase restauradora, se efectuó una incrustación tipo overlay en la pieza 35 y restauraciones directas en las piezas 41 y 45.

Finalmente, se realizó la rehabilitación protésica mediante la confección e instalación de una prótesis total superior y una prótesis parcial removible inferior, con ajustes posteriores para su correcta adaptación. El tratamiento se desarrolló durante el semestre académico 2025-2, con una dedicación aproximada de 7 horas semanales, distribuidas en múltiples sesiones clínicas que permitieron completar de manera progresiva cada una de las fases del tratamiento rehabilitador.

Se emplearon técnicas de profilaxis mecánica y ultrasonido para el control de placa y cálculo, técnicas quirúrgicas convencionales de exodoncia con anestesia infiltrativa y manejo de colgajo para regularización ósea. En el área restauradora se aplicaron técnicas adhesivas con grabado ácido selectivo y restauración incremental.

Para la rehabilitación protésica se utilizaron técnicas de impresión primaria y definitiva, registro de relación maxilomandibular y montaje en cera para la confección protésica. Se utilizaron materiales como anestésicos locales (articaína y lidocaína al 2%), ácido ortofosfórico al 37%, adhesivo universal, resina compuesta, resina fluida, cemento dual, silicona de condensación para impresiones, alginato, acrílico para prótesis removibles, instrumental quirúrgico (elevadores, fórceps) y curetas periodontales Gracey.

4.5. Evolución

El paciente en primera instancia evidenció mejoría clínica, con una disminución del porcentaje de placa bacteriana y desinflamación de la encía a nivel del sextante, así mismo, mostró una reducción del sangrado al sondaje, mejoría en la coloración y disminución de la profundidad al sondaje periodontal (ver figura 6), permitiendo establecer un medio bucal saludable para continuar con la rehabilitación oral.



Figura 6. Resultados de sondaje periodontal

Nota. Mendoza (2026)

Parámetro Clínico	Evaluación Inicial	Evaluación Final
Índice de placa	60%	35%
Sangrado al sondaje	35%	19%
Profundidad al sondaje	4,3 mm	4 mm
Nivel de inserción	-4mm	-4mm
Movilidad dentaria	Grado II	Grado II
Higiene oral	Deficiente	Normal

Tabla 3. Estado inicial y final del tratamiento interdisciplinario. Fuente. Mendoza (2026).

La evolución quirúrgica fue favorable, con una buena cicatrización y mínima molestia postoperatoria de las exodoncias de las piezas 16 y 24, a medida que el tejido gingival cicatrizaba se mostró una tuberosidad en la misma área de la extracción de ambas piezas, lo que significó volver a tratar quirúrgicamente realizando una regularización del reborde alveolar (ver figura 5), no se lo hizo en el mismo tiempo quirúrgico debido a la condición de edad de la paciente y por el tiempo transcurrido en la exodoncia de la pieza 16, en donde se tardó un poco más de lo planeado en su exodoncia. No obstante, la evolución postoperatoria fue favorable dando resultados esperados (ver figura 8).

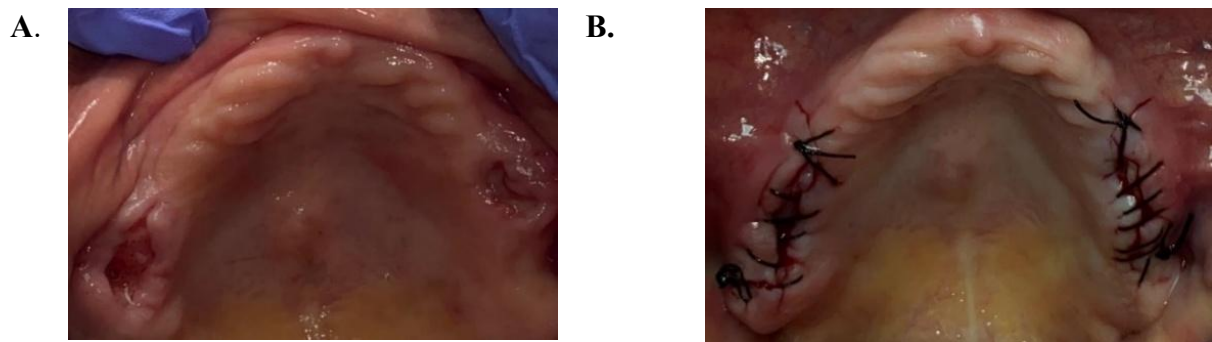


Figura 7. A. Cicatrización de extracción. B. Regularización del reborde alveolar.

Fuente. Mendoza (2026)



Figura 8. Postoperatorio.

Fuente. Mendoza (2026)

Parámetro Clínico	Evaluación Inicial	Evaluación Final
Estado de piezas indicadas para extracción	Piezas con indicación protésica	Piezas extraídas y tejido cicatrizado
Integridad del reborde alveolar	Reborde irregular y espículas óseas	Reborde uniforme y regular
Función masticatoria	Alterada por pérdida de estabilidad oclusal	Mejorada y sin interferencias derivadas de piezas extraídas
Condiciones para rehabilitación protésica	Limitadas por irregularidades del reborde y piezas de mal pronóstico	Adecuadas para la rehabilitación oral planificada

Tabla 4. Estado inicial y final del tratamiento interdisciplinario. *Fuente. Mendoza (2026).*

Ambos procesos restaurativos demostraron una buena evolución sin molestias ni sensibilidad o algún tipo de desajuste. Se observó una adecuada adaptación marginal,

estabilidad funcional y correcta integración con el esquema oclusal establecido (ver figura 9 y 10).



Figura 9. Arcada inferior después del tratamiento.

Fuente. Mendoza (2026)

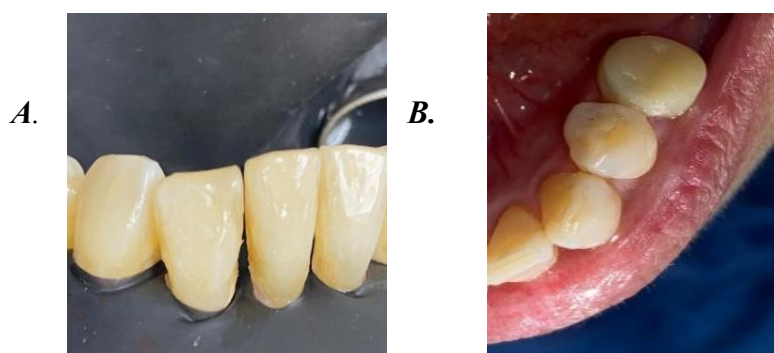


Figura 10. A. Restauración directa. B. Prótesis fija

Fuente. Mendoza (2026)

Parámetro Clínico	Evaluación inicial	Evaluación final
Caries	2	0
Perdidos	16	18
Obturados	1	3
Integridad marginal	Restauraciones deficientes.	Sellado adecuado.
Guía canina	No funcional.	Restablecido.

Tabla 5. Estado inicial y final del tratamiento interdisciplinario. *Fuente. Mendoza (2026)*

El tratamiento protésico mostró un proceso evolutivo favorable durante el seguimiento y manejo respectivo, de tal manera, que se restituyó la función masticatoria y estabilidad oclusal dando como resultado la recuperación de la armonía y estética dental. Las molestias iniciales de la adaptación de la prótesis fueron superadas mediante ajustes en las superficies oclusales y en la base de la prótesis lo que ayudó a conseguir la adaptación definitiva y funcional de la prótesis (ver figura 11 y 12).



Figura 11. Instalación de prótesis parcial inferior vista oclusal.
Fuente. Mendoza (2026)



Figura 12. Instalación de prótesis total superior y parcial inferior en vista frontal
Fuente. Mendoza (2026)

Parámetro clínico	Evaluación inicial	Evaluación final
Dimensión vertical oclusal	Disminuida en posterior	Restablecida y funcional.
Soporte posterior	No estable con las piezas remanentes	Restablecido con PPR Y PTR.
Estabilidad oclusal	Inestable	Estable con soporte posterior bilateral.
Función masticatoria	Deficiente por piezas ausentes	Eficiente por reposición de piezas ausentes mediante PR
Eficiencia masticatoria	Disminuida.	Mejorada.

Tabla 6. Estado inicial y final del tratamiento interdisciplinario. Fuente: Mendoza (2026).

4.6. Discusión

La rehabilitación integral de un paciente con compromiso periodontal y edentulismo parcial bimaxilar representa uno de los escenarios clínicos más complejos en odontología restauradora, debido a la necesidad de integrar criterios biológicos, funcionales y estéticos dentro de un mismo plan de tratamiento. En el presente caso clínico, el abordaje secuencial permitió una transición adecuada desde la fase higiénica hasta la rehabilitación protésica definitiva, evidenciando que una planificación estructurada es determinante para el éxito terapéutico.

Los problemas para masticar y los cambios en la apariencia de la boca están relacionados con la pérdida de dientes, las enfermedades de las encías y la falta parcial o total de dientes. Así, según Cornejo et al. [26], los pacientes sin dientes o con prótesis removibles tienen más dificultad para masticar, lo que afecta los alimentos que pueden comer y su nutrición.

Los resultados obtenidos en este estudio coinciden con dicha evidencia, ya que la rehabilitación integral permitió recuperar la función masticatoria y mejorar la estabilidad oclusal del paciente. El abordaje inicial enfocado en el control periodontal fue un componente clave para garantizar la viabilidad del tratamiento rehabilitador. La presencia de periodontitis activa compromete el pronóstico de cualquier procedimiento restaurador o protésico, por lo que la fase higiénica constituye la base biológica del tratamiento integral.

Las guías clínicas desarrolladas por Sanz et al. [27] establecen que el control del biofilm supragingival y subgingival, junto con la reducción de factores de riesgo, es indispensable para lograr estabilidad periodontal antes de avanzar hacia fases quirúrgicas o protésicas. En el presente caso, la resolución del compromiso periodontal permitió establecer tejidos de soporte saludables, lo que coincide con lo descrito por Durán-Reyes et al. [28] quienes destacan que la rehabilitación odontológica integral debe iniciar con el control efectivo de las patologías orales para asegurar resultados funcionales y estables.

La exodoncia de las piezas indicadas por motivos protésicos, seguida de la regularización del reborde alveolar, permitió optimizar la arquitectura ósea necesaria para una adecuada adaptación protésica. Un reborde alveolar irregular compromete la estabilidad de las prótesis removibles, genera zonas de sobrepresión y afecta la comodidad del paciente.

Según Salgado-Peralvo et al. [29] es importante preparar adecuadamente el reborde alveolar para evitar problemas y asegurar la estabilidad de las prótesis. En el presente caso clínico, el alisado óseo favoreció la cicatrización con el fin de representar un soporte para la prótesis superior e inferior, mejorando su adaptación y función.

La elección de restauraciones indirectas tipo overlay responde a los principios de la odontología conservadora y mínimamente invasiva. La evidencia científica respalda el uso de incrustaciones inlay y onlay en dientes posteriores con pérdida estructural significativa, debido a su capacidad para preservar tejido dentario remanente y distribuir de manera más fisiológica las cargas oclusales.

Front et al. [30] en un ensayo clínico CECOIA demuestra que las restauraciones indirectas adhesivas, tanto en cerámica como en composite, muestran buenos resultados en los pacientes en cuanto a durabilidad, ajuste en los bordes y tiempo de duración. De forma similar, Proaño y Altamirano [21] evidenció que las incrustaciones inlay y onlay cementadas correctamente permiten restablecer la anatomía oclusal y mejorar la función masticatoria, aportando longevidad restauradora.

En cuanto a las restauraciones directas realizadas en piezas diagnosticadas con lesiones cariosas avanzadas, el uso del sistema ICDAS permitió una evaluación precisa de la severidad de la lesión. Cerón-Bastidas [22] destaca que el sistema ICDAS es un método complementario eficaz para el diagnóstico de caries dental, especialmente en lesiones extensas donde la planificación restauradora debe garantizar sellado marginal, estabilidad estructural y recuperación funcional, aspectos logrados en el presente estudio. El edentulismo parcial bimaxilar se asocia a alteraciones progresivas de la función masticatoria y de la dimensión vertical de oclusión, afectando tanto la estética facial como la calidad de vida del paciente. La rehabilitación mediante prótesis total acrílica superior y prótesis parcial removible inferior permitió restablecer la estabilidad oclusal y mejorar la eficiencia masticatoria.

Cornejo [26] señalan que el estado funcional de las prótesis removibles influye directamente en la recuperación masticatoria y en la reducción de complicaciones asociadas al edentulismo. De igual manera, Durán Reyes et al. [28] resaltan que la rehabilitación integral debe orientarse no solo a la restitución estética, sino también a la recuperación funcional del sistema estomatognático. En el presente caso, la correcta determinación de la dimensión vertical y el ajuste protésico contribuyeron a una adaptación favorable del paciente y a la mejora de su función masticatoria.

Los overlays constituyen una alternativa más conservadora que las coronas, ya que requieren un desgaste mínimo y preservan una mayor cantidad de estructura dental sana, favoreciendo la vitalidad pulpar y reduciendo el riesgo de sensibilidad postoperatoria. Además, su retención depende principalmente de las técnicas de cementación adhesiva. En cambio, las coronas requieren un desgaste circunferencial más amplio, con mayor pérdida de tejido dental, y su estabilidad depende tanto de la adhesión como del diseño mecánico de la preparación. Por su parte, la prótesis removible representa una opción más económica y menos invasiva, al no requerir cirugía y permitir rehabilitar múltiples espacios edéntulos de manera rápida. En contraste, los implantes dentales requieren cirugía y un mayor costo, pero ofrecen una rehabilitación fija más similar a la dentición natural.

Por lo expuesto, los resultados de este caso muestran que un tratamiento completo, organizado y basado en evidencia ayuda a recuperar la forma de masticar y la apariencia de la boca en pacientes con problemas dentales. Así, al combinar cuidado de encías, cirugías, arreglos de dientes y prótesis, se logran tratamientos que funcionan bien, cuidan los dientes y duran en el tiempo.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Los resultados evidencian que la correcta planificación y ejecución de un protocolo rehabilitador integral permite recuperar la función masticatoria y la estética mediante una adecuada distribución de cargas oclusales, estabilidad protésica y conservación de estructuras dentarias, garantizando así resultados clínicos funcionales y duraderos.

El éxito de este caso clínico radicó en la estricta adherencia a las fases de tratamiento: primero la salud periodontal, luego la estabilidad quirúrgica y finalmente la rehabilitación biomecánica. Los protocolos adhesivos y quirúrgicos aplicados son consistentes con la literatura científica, logrando tanto una mejora estética, como la restitución de la función masticatoria y la salud integral del sistema estomatognático.

La rehabilitación oral integral en pacientes con edentulismo parcial y compromiso periodontal demuestra que un diagnóstico preciso y una planificación individualizada permiten no solo restablecer la función masticatoria y la estética, sino también mejorar la calidad de vida y la adaptación funcional del paciente.

5.2. Recomendaciones

Se recomienda mantener una secuencia terapéutica ordenada, priorizando inicialmente la salud periodontal, seguida de la estabilidad quirúrgica y finalmente la rehabilitación biomecánica, ya que este enfoque favorece resultados funcionales y estéticos estables a largo plazo. La correcta planificación integral permite optimizar la distribución de cargas oclusales y preservar los tejidos de soporte.

Es importante realizar controles periódicos posteriores al tratamiento rehabilitador para evaluar la adaptación protésica, la estabilidad oclusal y el estado periodontal del paciente. El seguimiento clínico continuo contribuye a prevenir complicaciones, mantener la función masticatoria y conservar la durabilidad de las restauraciones y prótesis realizadas.

Se recomienda continuar promoviendo un enfoque interdisciplinario y conservador en los tratamientos de rehabilitación oral compleja, orientado a preservar estructuras dentarias sanas y restablecer el equilibrio funcional del sistema estomatognático. La individualización

del tratamiento favorece una mejor adaptación funcional, estética y calidad de vida del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, et al. Oral diseases: a global public health challenge. *The Lancet*. julio de 2019;394(10194):249–60. doi:10.1016/S0140-6736(19)31146-8
2. National Institute of Dental and Craniofacial Research (U.S.), editor. Oral health in America: advances and challenges [Internet]. Bethesda, MD: National Institute of Dental and Craniofacial Research; 2021. 1 p. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK576535/>
3. World Health Organization. Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030 [Internet]. Geneva: World Health Organization; noviembre de 2022. p. 1–100. Report nos.: 978-92-4-006148–4. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240061484>
4. Jung YS, Park T, Kim EK, Jeong SH, Lee YE, Cho MJ, et al. Influence of Chewing Ability on Elderly Adults' Cognitive Functioning: The Mediating Effects of the Ability to Perform Daily Life Activities and Nutritional Status. *IJERPH*. el 22 de enero de 2022;19(3):1236. doi:10.3390/ijerph19031236
5. Lettieri M, Rosa A, Spataro F, Capria G, Barnaba P, Gargari M, et al. Chewing Matters: Masticatory Function, Oral Microbiota, and Gut Health in the Nutritional Management of Aging. *Nutrients*. el 30 de julio de 2025;17(15):2507. doi:10.3390/nu17152507
6. Proaño Pelaez MS. Causas de exodoncia en pacientes adultos atendidos en el quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas [Tesis de pregrado] [Internet]. [Quito]: Universidad de las Américas; 2016. Disponible en: <https://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/5867>
7. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, et al. Oral diseases: a global public health challenge. *The Lancet*. julio de 2019;394(10194):249–60. doi:10.1016/S0140-6736(19)31146-8
8. Kumar A, Almotairy N, Merzo JJ, Wendin K, Rothenberg E, Grigoriadis A, et al. Chewing and its influence on swallowing, gastrointestinal and nutrition-related factors: a systematic

- review. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*. el 20 de diciembre de 2023;63(33):11987–2017. doi:10.1080/10408398.2022.2098245
9. Mendoza E, Barrera E, Bernardes K. Impacto funcional y psicosocial de la técnica All-on-Four en pacientes edéntulos totales. *SA*. el 27 de mayo de 2025;8(3):811–30.
 10. Reyes JC, Vásquez Ortega BR, Cabrera Pazmiño VF. Impacto de la armonización orofacial en la reconstrucción de la estética facial y función masticatoria: Revisión de la literatura. *FOUC*. el 23 de enero de 2026;4(1):58–73. doi:10.18537/fouc.v04.n01.a05
 11. Reyes Pico GJ, Pesantes Quijije CA, Jimbo Bello TL. La estética: Clave principal en la rehabilitación oral integral. *Vida y Salud*. el 1 de julio de 2019;3(6):732. doi:10.35381/s.v.v3i6.338
 12. Alharkan HM. Integrating digital smile design into restorative Dentistry: A narrative review of the applications and benefits. *The Saudi Dental Journal*. abril de 2024;36(4):561–7. doi:10.1016/j.sdentj.2023.12.014
 13. Lahoud T. *Disfunción masticadora en adultos mayores*. Wiley; 2023.
 14. Franco IL. Prevalencia de trastornos masticatorios autoevaluados en adultos mayores que viven en comunidad: una revisión sistemática con metaanálisis. *Journal de Rehabilitación Oral*. 2025.
 15. Aguilar Granda MM, Cedillo Armijos MDL. Calidad de vida relacionada a la salud oral en los pacientes adultos de las clínicas odontológicas de la Universidad Católica de Cuenca. *AD*. el 21 de mayo de 2025;8(2.1):59–76. doi:10.33262/anatomiadigital.v8i2.1.3411
 16. Cerón Bastidas XA. Relación de calidad de vida y salud oral en la población adolescente. *CES odontol*. junio de 2018;31(1):38–46. doi:10.21615/cesodon.31.1.4
 17. Kaur P. Impact of Dental Disorders and its Influence on Self Esteem Levels among Adolescents. *JCDR*. 2017. doi:10.7860/JCDR/2017/23362.9515
 18. Villoria GEM, Fischer RG, Tinoco EMB, Meyle J, Loos BG. Periodontal disease: A systemic condition. *Periodontology* 2000. octubre de 2024;96(1):7–19. doi:10.1111/prd.12616

19. Rodríguez Cuellar Y. Principales causas de exodoncia en pacientes entre los 34 y 44 años que acuden al centro. Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores. 2020.
20. Pesantez Coronel AI, Reinoso Solis SC, Jame Avila VM, León Sacoto MP. Incrustaciones dentales: una solución estética y funcional. rgn. el 26 de diciembre de 2024;9(42):e2401274. doi:10.46652/rgn.v9i42.1274
21. Proaño Álava MN, Altamirano Vergara NM. Evaluación clínica de incrustaciones inlay y onlay cementadas en pacientes de la clínica UCSG semestre A2018. 2018.
22. Cerón-Bastidas XA. El sistema ICDAS como método complementario para el diagnóstico de caries dental. CES Odontología. 2015;28(2):100–9.
23. Fuentes VE. Reparación comparada con reemplazo de restauraciones directas posteriores defectuosas en pacientes con dentición permanente. International Journal of Interdisciplinary Dentistry. 2020.
24. Akinyamoju CA, Dosumu OO, Taiwo JO, Ogunrinde TJ, Akinyamoju AO. Oral health-related quality of life: acrylic versus flexible partial dentures. Ghana Medical Journal. el 26 de junio de 2019;53(2):163. doi:10.4314/gmj.v53i2.12
25. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. An Sist Sanit Navar. el 23 de abril de 2009;24(2):209–12. doi:10.23938/ASSN.0522
26. Cornejo Coyopae C, Buzeta Carramiñana C, Novoa Araos K. Dentulismo y/o prótesis removible: consecuencias en el estado nutricional y complicaciones médicas postquirúrgicas, revisión narrativa [Trabajo de investigación]. [Valparaíso, Chile]: Universidad (Valparaíso, Chile); 2022.
27. Sanz M, Herrera D, Kebschull M, Chapple I, Jepsen S, Berglundh T, et al. Treatment of stage I–III periodontitis—The EFP S3 level clinical practice guideline. J Clin Periodontology. julio de 2020;47(S22):4–60. doi:10.1111/jcpe.13290
28. Durán Reyes RM, Gaibor Durán AP, Rosero Mendoza JI, Mendoza Rodríguez FA. Rehabilitación odontológica integral. Una mirada desde Ecuador. RECIAMUC. el 13 de abril de 2023;7(2):73–82. doi:10.26820/reciamuc/7.(2).abril.2023.73-82

29. Salgado-Peralvo AO, Wehbe AH, García Sánchez A, Matos Garrido N, Ortiz García I, Velasco Ortega E. Factores de riesgo en implantología oral: Revisión de la literatura. *Revista española odontoestomatológica de implantes*. 2018;22(1):1–8.
30. Fron H, Prot C, Fonteneau C, Nasr K, Chabreron O, Cazier S, et al. Efficacy of composite versus ceramic inlays and onlays: study protocol for the CECOIA randomized controlled trial. *Trials*. 2013;14(1):278. doi:10.1186/1745-6215-14-278

ANEXOS

Historia Clínica - Formulario 033

 UNIVERSIDAD LAICA "ELOY ALFARO" DE MANABÍ CARRERA DE ODONTOLOGÍA									
1. NOMBRE COMPLETO PACIENTE:				ID. PERSONAL (DNI DE CIUDADANÍA):				TELÉFONO PACIENTE:	
María Magdalena Gómez Moreira				1301110127					
PRIMER NOMBRE:				GRUPO sanguíneo: PACIENTE CON DROGADICCIÓN (DUI), EMBARAZADA (DUI), CATATÓXICA (DUI), ALTA COMPLEJIDAD (DUI), PERSONA PERDIDA DE LA LIBERTAD (DUI) NO APLICAR (DUI)					
NOMBRE COMPLETO:				PACIENTE CON DROGADICCIÓN (DUI):					
FECHA NACIMIENTO:		SEXO:		EYES:		PIEL:		OTROS:	
01/03/1951		M		P		P		P	
PAÍS DE ORIGEN:		CIUDAD:		PROVINCIA:		BARRIO:		Nº ART. O CASA:	
Ecuador		Monta		Monta					
¿INDICA NOMBRE COMPLETO REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR, ACOMPAÑANTE O CONTACTO DE EMERGENCIA:				PARENTESCO O RELACION:				TELÉFONO:	
2. UNIDAD DE ATENCIÓN:				ESPECIFIQUE NOMBRE DEL LUGAR DE ATENCIÓN (NOMBRE DE LA ASIGNATURA, BARRIO, UNIDAD EDUCATIVA, ENTRE OTROS):					
CLINICA ULEAM ☒				Clínica de cirugía					
3. MOTIVO PRINCIPAL DE LA CONSULTA:				DESCRIBA LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE:					
"Me quiero sacar una muela."									
4. ENTREVISTA O PROBLEMA ACTUAL:				RESUMIR HISTORIA, CARACTERÍSTICA DEL DOLOR (LOCAL, TIPO, INTENSIDAD, DURACIÓN, FRECUENCIA, ESTADO DE DIENTES VITALES, VITIALES)					
Paciente femenina de 72 años de edad refiere dolor en la pieza 16, hace aproximadamente 1 mes, dolor nocturno y espontáneo, se indica para extracción la pieza 24 para posterior elaboración de prótesis.									
5. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES:				ENFERMEDAD CRONICA/OTRO:					
1. Diabetes ☐				2. Hipertensión ☐		3. Asma ☐		4. Enfermedad renal ☐	
5. Enfermedad cardíaca ☐				6. Enfermedad hepática ☐		7. Enfermedad pulmonar ☐		8. Enfermedad ginecológica ☐	
9. Enfermedad hematológica ☐				10. Enfermedad endocrina ☐		11. Enfermedad inmunológica ☐		12. Enfermedad neurológica ☐	
No refiere antecedentes.									
6. SIGNOS VITALES:									
PULSO (BPM):		TEMPERATURA (°C):		PRESIÓN ARTERIAL (mmHg):		SATURACIÓN (SpO2):		PESO (kg):	
140/70		36.5		120/80		96		60	
7. EXAMEN DEL SISTEMA DENTARIO:									
1. DIENTES:		2. DIENTES:		3. DIENTES:		4. DIENTES:		5. DIENTES:	
1. DIENTES:		2. DIENTES:		3. DIENTES:		4. DIENTES:		5. DIENTES:	
1. DIENTES:		2. DIENTES:		3. DIENTES:		4. DIENTES:		5. DIENTES:	
8. HISTORIA DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES:									
8. Historia de las glándulas salivales.									
9. PLANES DE DIAGNÓSTICO Y EDUCACIONAL:									
HISTORIA:		EXAMEN:		TRATAMIENTO:		OTROS:			
Historia		Examen		Tratamiento		Otros			
9. Diagnóstico perirradial:									

[illegible][illegible][illegible]

34

Consentimiento informado

PARTI A. INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE/REPRESENTANTE LEGAL

A. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN
"Atención integral en rehabilitación Orl para la Recuperación de la Función Masticatoria y la Armonía Estética."

B. INFORMACIÓN DE INVESTIGACIÓN PRINCIPAL Y DATOS DE CONTACTO
Nombres completos: Fanny Alejandra Mendoza Párraga
Cédula: 1316731791
Correo electrónico: fannyalejandra.mendoza@uleam.edu.ec
Teléfono: 096960320

C. NOMBRE DEL PATROCINADOR Y DATOS DEL CONTACTO (SI APLICA)
Nombres completos: CID Juan Manuel Barba Zambrano, Exp.
Cédula: 1310274119
Correo electrónico: jmanuelbarba@uleam.edu.ec
Teléfono: 098693757

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 Barba Zambrano, Exp.
Cédula: 1310274119
Correo electrónico: jmanuelbarba@uleam.edu.ec
Teléfono: 098693757

E. NOMBRE DEL CENTRO O ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE REALIZARÁ LA INVESTIGACIÓN
Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí

F. INTRODUCCIÓN
La rehabilitación oral contemporánea exige un abordaje integral que considere de manera simultánea la recuperación de la función masticatoria, la estética dental y la salud de los tejidos orales. Este enfoque multidisciplinario permite evaluar al paciente de forma global, integrando aspectos actuales, periodontales, restauradores y protésicos, con el fin de restablecer el equilibrio del sistema estomatognático.

G. PROPÓSITO DEL ESTUDIO
1. Evaluar el estado funcional y estético inicial del paciente mediante un diagnóstico integral.
2. Aplicar un plan de tratamiento interdisciplinario orientado a la rehabilitación oral integral.
3. Restablecer la función masticatoria, fonética y estética del paciente.
4. Evaluar los resultados clínicos obtenidos en función, estética y satisfacción del paciente.

H. PROCEDIMIENTOS POR REALIZAR

No.	Actividad	Justificación del motivo	Lugar de ejecución	Responsable	Tiempo de duración
1.	Uso de historia clínica, toma de fotografías, toma de radiografías panorámicas	Permite obtener un diagnóstico completo, documentar el estado inicial y planificar adecuadamente el tratamiento rehabilitador.	Clínica de odontología de la ULEAM	Fanny Alejandra Mendoza Párraga	Periodo 2025 (2)
2.	Desarrollo supragingival con ultrasonido de las piezas dentales. Profilaxis dental	Permite eliminar cálculos y placa bacteriana supragingival, mejorando la salud periodontal y preparando la cavidad oral para el tratamiento rehabilitador.	Clínica de odontología de la ULEAM	Fanny Alejandra Mendoza Párraga	Periodo 2025 (2)
3.	Extracción de todas las piezas dentales	Permite obtener de soporte óseo, movilidad aumentada y compromiso funcional, esta medida busca eliminar focos infecciosos, aliviar el dolor y permitir una futura rehabilitación protésica adecuada.	Clínica de odontología de la ULEAM	Fanny Alejandra Mendoza Párraga	Periodo 2025 (2)
4.	Regulación del reborde alveolar superior bilateral	Optimizar la forma, altura y contorno del hueso alveolar, con el objetivo de crear una base anatómica funcional, cómoda y biológicamente estable.	Clínica de odontología de la ULEAM	Fanny Alejandra Mendoza Párraga	Periodo 2025 (2)
5.	Tallado para incrustación Overlay	Este tipo de preparación busca proporcionar una adecuada retención y retención moderna, así como un correcto soporte del material restaurador, favoreciendo su durabilidad clínica y una distribución equilibrada de las fuerzas oclusales.	Clínica de odontología de la ULEAM	Fanny Alejandra Mendoza Párraga	Periodo 2025 (2)
6.	Cementación de incrustación Overlay	Tome como finalidad lograr una unión efectiva, duradera y biocompatible entre la restauración indirecta y la estructura dentaria remanente, asegurando la correcta transmisión de las fuerzas oclusales y la estabilidad funcional del diente tratado.	Clínica de odontología de la ULEAM	Fanny Alejandra Mendoza Párraga	Periodo 2025 (2)
7.	Toma de impresión primario con alginate para confección de cubierta individual	Permite obtener un modelo preliminar de los maxilares. Este modelo sirve para confeccionar una cubierta individual que garantiza una impresión definitiva más precisa, mejor adaptación y estabilidad en la futura rehabilitación protésica.	Clínica de odontología de la ULEAM	Fanny Alejandra Mendoza Párraga	Periodo 2025 (2)
8.	Toma de impresión definitiva con silicona de adición para la confección de placa base y moldes de cera	Registrar con precisión las tejidos de soporte, con el fin de obtener moldes asegurando estabilidad, adaptación y correcta determinación de planes oclusales y relaciones maxilomandibulares.	Clínica de odontología de la ULEAM	Fanny Alejandra Mendoza Párraga	Periodo 2025 (2)
9.	Registro de relaciones maxilomandibulares, selección de dientes artificiales	Determinar las relaciones maxilomandibulares para establecer una occlusión funcional y armónica, así como seleccionar los dientes artificiales adecuados en forma, tamaño y color.	Clínica de odontología de la ULEAM	Fanny Alejandra Mendoza Párraga	Periodo 2025 (2)

I. BENEFICIOS DE LA PARTICIPACIÓN Y FORMA DE SOCIALIZAR LOS RESULTADOS
1. Fortalecimiento académico: Permitir el conocimiento teórico en su caso clínico real, desmenuzando pensamiento crítico y habilidades diagnósticas.
2. Actualización científica: Favorecer la comprensión de las nuevas clasificaciones periodontales y protocolos terapéuticos.
3. Trabajo colaborativo: Preservar el intercambio de experiencias y la comunicación efectiva entre estudiantes y docente.

J. RIESGOS FÍSICOS Y PSICOLÓGICOS A CORTO Y LARGO PLAZO DE LA PARTICIPACIÓN Y FORMAS DE MITIGARLOS

Riesgos	Formas de mitigarlos
1. Lesión de tejidos blandos intra y extraorales durante el uso del explorador.	Uso cuidadoso del instrumental.
2. Recesión alveolar al extraer.	Se consultará previamente y se registrará en la historia clínica al presentar alergia al latex.
3. Dolor postoperatorio.	Control con anestésicos analgésicos y cuidados domiciliarios.
4. Hemorragia o trauma en tejidos blandos.	Aplicación de técnica quirúrgica correcta y control hemostático inmediato.
5. Lesión de encía o tejidos blandos.	Manipulación cuidadosa del ultrasonido y del instrumental.
6. Lesión de encía o hueso adyacente.	Realizar cortes precisos y protección de tejidos blandos.
7. Sensibilidad dental, irritación de encías o mala adaptación.	Ajuste correcto de la prótesis y control postoperatorio.

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 REGULARIZAR LA CONFIDENCIALIDAD DE DATOS
1. Durante el desarrollo de la investigación la información obtenida, será entregada a la ULEAM investigadora/principal previamente ANONIMIZADA.
2. Al finalizar la investigación la información obtenida, será eliminada al cabo de 3 meses de entregado al producto final o será entregada de forma ANONIMIZADA a la ULEAM de acuerdo con el propósito de contribuir al desarrollo de futuras investigaciones.

PARTI B. 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.	☒	☐
2. Han respondido a todas mis preguntas.	☒	☐
3. Entiendo los riesgos y beneficios de participar.	☒	☐
4. Entiendo que firmar este documento, NO implica renunciar a ninguno de los derechos que por ley me corresponden.	☒	☐
5. He sido informado de todos y cada uno de los procedimientos que se realizarán para la ejecución de la investigación.	☒	☐
6. He sido informado que los cuestionarios y en general cualquier registro que contenga mis datos será guardado en un sitio seguro.	☒	☐
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 científicos académicos manteniendo el anonimato de estos sin revelar mi nombre o datos de identificación.	☒	☐
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 ULEAM de acuerdo con el propósito de contribuir al desarrollo de futuras investigaciones.	☒	☐
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 a revelar información que pueda representar un riesgo más grave para mí persona o mi representante legal en su defecto, el investigador entregará solo la información pertinente del asunto en cuestión a las autoridades correspondientes, manteniendo la confidencialidad de cualquier otra información.	☒	☐
10. Me será entregada una copia, una vez suscrita este documento.	☒	☐
11. Mi participación es voluntaria, por lo que tengo el DERECHO de retirar mi consentimiento en cualquier momento.	☒	☐
12. Consiento voluntariamente mi participación a la de mi representante en el estudio.	☒	☐

UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA DE ODONTOLOGÍA CONSENTIMIENTO INFORMADO ANALISIS DE CASOS

Magdalena.

Denominación: Firma participante/ representante legal

Nombres completos: María Magdalena Gómez Moreira

Cédula: 1302210727

Correo electrónico: magdalena.gomez@uleam.edu.ec

Teléfono: 096960320

Dirección: Manta-Miraflores

Lugar y fecha: Manta 05 de Octubre 2025

Firma testigo #1: Fanny Alejandra Mendoza Párraga

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.

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

Aprobación del CEISH



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

ANEXO 11. Formato de Carta de exención

Oficio circular No. 0122-CEISH-JMSZ-2026
Manta, 02 de febrero de 2026

Señor/a,
Fanny Alejandra Mendoza Párraga
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: **"Abordaje Integral en Rehabilitación Oral para la Recuperación de la Función Masticatoria y la Armonía Estética"**, codificado como **"CEISH-Uleam_0564"**, 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 - Análisis de caso clínico.**
- Duración del estudio (meses): **No aplica.**
- Instituciones participantes: **Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.**
- Investigadores del estudio: **Investigador principal- Fanny Alejandra Mendoza Párraga.**

Documentación de la investigación:

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

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