



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:

Abordaje interdisciplinario de una paciente con canino retenido y central extruido con indicación de exodoncia y rehabilitación protésica en paciente con periodontitis localizada estadio II: Análisis de caso clínico.

AUTORA:

MICHELLE ANAHI NARVÁEZ PINCAY

TUTOR:

Dr. Julio Jimbo Mendoza, PhD

MANTA - MANABÍ - ECUADOR

2026

	NOMBRE DEL DOCUMENTO:	CÓDIGO: PAT-04-F-004
	CERTIFICADO DE TUTOR(A).	REVISIÓN: 1
	PROCEDIMIENTO: TITULACIÓN DE ESTUDIANTES DE GRADO BAJO LA UNIDAD DE INTEGRACIÓN CURRICULAR	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:

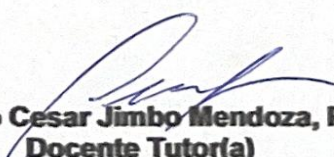
Haber dirigido, revisado y aprobado preliminarmente el Trabajo de Integración Curricular bajo la autoría de la estudiante **Narváez Pincay Michelle Anahi**, legalmente matriculada en la carrera de Odontología, periodo académico 2026-1, cumpliendo el total de 384 horas, cuyo tema del proyecto es **"Abordaje interdisciplinario de una paciente con canino retenido y central extruido con indicación de exodoncia y rehabilitación protésica en paciente con periodontitis localizada estadio II: Análisis de caso clínico."**.

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, 17 de julio de 2026.

Lo certifico,


Dr. Julio Cesar Jimbo Mendoza, PhD.
Docente Tutor(a)
Área: Odontología

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Yo, Michelle Anahi Narváez Pincay C.I: 1315357911 en calidad de autor del proyecto de investigación titulado **“Abordaje interdisciplinario de una paciente con canino retenido y central extruido con indicación de exodoncia y rehabilitación protésica en paciente con periodontitis localizada estadio II”: Análisis de caso clínico.** 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.



Michelle Anahi Narváez Pincay

C.I: 1315357911

DEDICATORIA

La presente tesis está dedicada principalmente a Dios, por haberme permitido llegar hasta aquí, por darme la sabiduría y fortaleza necesaria para poder enfrentar cada desafío aun en los momentos más difíciles en los que sentía que ya no podía, por guiarme a lo largo de la carrera universitaria y recordarme que todo es posible si confié plenamente en él.

A mis padres Maricela y Ángel, por haberme forjado como la mujer que soy en la actualidad, por brindarme su apoyo y amor incondicional, por todos sus sacrificios y por enseñarme a no rendirme y luchar por mis sueños, por cada día repetirme que el valor del esfuerzo será la recompensa del mañana, por darme sus alientos y ser mis refugios en los momentos que decaía en cada etapa difícil de la vida, muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que se incluyen este.

A mi hermano Matias, por su cariño y sus palabras de aliento y por ser parte esencial de mi historia estudiantil.

A mis perritos Nicolas, Nicky y Nicolo que han estado acompañándome a mis pies en cada desvelo de estudiar, prepárame y realizar tareas.

AGRADECIMIENTO

Expreso mi gratitud a Dios por haberme brindado salud y mucha sabiduría a lo largo de todo este tiempo para poder completar esta etapa tan importante en mi vida.

A mis padres, a mis eternos pilares, les agradezco tanto en la vida, por ayudarme a cumplir mi meta, por nunca dejar que decaiga, por su ejemplo de perseverancia, por ser mi apoyo inquebrantable a lo largo de todo este proceso y nunca dejarme sola, por ayudarme en los momentos difíciles cuando no tenía un paciente y movían cielo mar y tierra por encontrar uno, agradezco todo lo que soy hoy en día a ustedes.

A mi hermano, por estar siempre ahí nunca dejarme sola, y ser una estrellita brillante en mi vida cuando se tornaba oscura, agradezco tanto amor hacia mí.

A mi familia materna, por aplaudir cada uno de mis logros y darme muchas palabras de aliento cuando las he necesitado.

A mis padrinos, por sus grandes palabras, por confiar en mí y siempre alentarme de lo que puedo seguir construyendo en un futuro.

A mis amigas, por confiar en mí y ayudarme a completar la casuística, siempre estuvieron dispuestas a brindarme su ayuda cuando más la necesitaba.

Al Dr. Maurizio Rodríguez, que me brindo mucha ayuda, conocimientos y dedicación para poder lograr mi objetivo la rehabilitación de mi análisis de caso, sin el no lo hubiera podido lograr.

A cada paciente que me permitió realizarle tratamientos, gracias a ellos y a su tiempo y dedicación también he logrado esta etapa muy importante.

RESUMEN

El presente estudio describe de manera detallada el manejo integral y secuencial de un caso clínico en una paciente femenina de 49 años que presento múltiples patologías dentales y periodontales de diversa complejidad. Entre los principales hallazgos clínicos se identificaron periodontitis crónica localizada, necrosis pulpar en la pieza dentaria #23, caries dentales extensas, presencia de dientes retenidos y pérdida parcial de piezas dentales, condiciones que comprometían tanto la función masticatoria como la estética oral y la salud general del sistema estomatognático.

El objetivo principal de una investigación fue analizar y documentar la planificación y ejecución de una secuencia terapéutica interdisciplinaria que integró distintas especialidades odontológicas, tales como periodoncia, endodoncia, operatoria dental, cirugía oral rehabilitación protésica mediante prótesis parcial removible. Este enfoque busco restablecer la salud periodontal, eliminar focos infecciosos, recuperar la función y mejorar la estética dental, priorizando siempre la conservación de las estructuras remanentes.

La metodología empleada fue de tipo descriptiva y prospectiva, basada en la observación clínica sistemática y el registro detallado de cada una de las fases del tratamiento, así como de la evolución clínica de la paciente a lo largo del tiempo. Se realizaron controles periódicos para evaluar la respuesta a las terapias aplicadas y la adaptación a la rehabilitación protésica.

Los resultados obtenidos evidencian una mejoría significativa en el estado de salud periodontal, resolución de las patologías pulpares y cariosas, y una adecuada rehabilitación funcional y estética mediante la prótesis parcial removible. Asimismo, se observó un impacto positivo en la calidad de vida de la paciente, reflejado en una mejor función masticatoria, mayor comodidad y satisfacción estética.

En conclusión, este caso clínico demuestra que un abordaje integral e interdisciplinario es fundamental para el manejo exitoso de paciente con patologías odontológicas complejas, ya que permite optimizar los resultados clínicos, prevenir complicaciones futuras y lograr una rehabilitación oral funcional y estética a largo plazo.

La investigación aporta evidencia sobre la importancia de la correcta planificación clínica y la colaboración entre especialidades en la práctica odontológica.

ABSTRACT

The present study describes in detail the comprehensive and sequential management of a clinical case involving a 49-year-old female patient who presented with multiple dental and periodontal pathologies of varying complexity. The main clinical findings included localized chronic periodontitis, pulpal necrosis of tooth #23, extensive dental caries, the presence of impacted teeth, and partial tooth loss, conditions that compromised both masticatory function and dental aesthetics, as well as the overall health of the stomatognathic system.

The primary objective of this research was to analyze and document the planning and execution of an interdisciplinary therapeutic sequence integrating various dental specialties, such as periodontics, endodontics, operative dentistry, oral surgery, and prosthetic rehabilitation using a removable partial denture. This approach aimed to restore periodontal health, eliminate infectious foci, recover oral function, and improve dental aesthetics, while prioritizing the preservation of remaining tooth structures.

The methodology employed was descriptive and prospective, based on systematic clinical observation and detailed recording of each phase of treatment, as well as the patient's clinical evolution over time. Periodic follow-up visits were conducted to evaluate the response to the applied therapies and the patient's adaptation to the prosthetic rehabilitation.

The results demonstrated a significant improvement in periodontal health, resolution of pulpal and carious pathologies, and adequate functional and aesthetic rehabilitation through the removable partial denture. Additionally, a positive impact on the patient's quality of life was observed, reflected in improved masticatory function, greater comfort, and aesthetic satisfaction.

In conclusion, this clinical case demonstrates that a comprehensive and interdisciplinary approach is essential for the successful management of patients with complex dental pathologies, as it optimizes clinical outcomes, prevents future complications, and achieves long-term functional and aesthetic oral rehabilitation. This research provides relevant evidence on the importance of proper clinical planning and interprofessional collaboration in contemporary dental practice.

ÍNDICE

CERTIFICACIÓN DEL AUTOR	II
DECLARACIÓN DE AUTORÍA	III
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
RESUMEN.....	VI
ABSTRACT	VII
INTRODUCCION.....	10
CAPÍTULO I- EL PROBLEMA	12
Planteamiento del problema	12
Formulación del problema de investigación	13
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	14
Objetivo general:	14
Objetivos específicos:	14
JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACIÓN	15
CAPÍTULO II- MARCO TEÓRICO	16
Antecedentes de la investigación	16
Bases teóricas	17
Periodoncia	17
Endodoncia	18
Operatoria dental	18
Cirugía oral.....	20
Prótesis parcial removible.....	20
CAPÍTULO III- MARCO METODOLÓGICO	21
Tipo y diseño de investigación	21
Método técnicas e instrumentos	21
Criterios de selección	22
Criterios de inclusión	22
Criterio de exclusión	22
Consideraciones éticas	23
Actividades.....	23
CAPÍTULO IV- PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DEL CASO.....	24
Presentación del caso.....	24
Examen clínico.....	24
Diagnóstico.....	26

Plan de tratamiento.....	28
Tratamiento periodontal	28
Tratamiento endodóntico de la pieza #23	28
Tratamiento Cirugía oral.....	28
Tratamiento operatoria dental	28
Tratamiento rehabilitación con prótesis parcial removible	29
Evolución	29
Discusión	35
CAPÍTULO V.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	37
Conclusiones	37
Recomendaciones	38
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39
ANEXOS.....	42

INTRODUCCION

La salud oral constituye fundamental el bienestar general y de la calidad de vida de los individuos, ya que guarda una estrecha relación con funciones básicas como la masticación, fonación y la deglución, además de influir de manera significativa en la estética facial y en autoestima del paciente. Las alteraciones del sistema estomatognático, como la pérdida dentaria, la presencia de caries extensas y la enfermedad periodontal en estadios avanzados, no solo afectan de forma directa la funcionalidad y apariencia de la cavidad oral, sino que también generan repercusiones a nivel sistémico. Diversos estudios han demostrado que las infecciones orales crónicas pueden contribuir al desarrollo o agravamiento de enfermedades cardiovasculares, trastornos metabólicos como la diabetes mellitus y alteraciones digestivas, lo que resalta la importancia de un diagnóstico y tratamiento oportunos (1).

En la práctica odontológica cotidiana, es frecuente la atención de pacientes adultos que presentan múltiples patologías dentales y periodontales de manera simultánea, muchas de ellas son resultado de un control inadecuado de la placa bacteriana, hábitos de higiene oral deficientes, acceso limitado a atención odontológica preventiva y factores sistémicos o conductuales asociados. Estas afecciones avanzan sin ruido, volviéndose críticas antes de que el paciente note la primera molestia.

Este reporte detalla el tratamiento de una paciente de 49 años con un cuadro clínico difícil. No solo presenta periodontitis crónica, también necrosis pulpar, piezas retenidas y falta de dientes. La literatura científica señala que los abordajes terapéuticos fragmentados, realizados sin una planificación secuencial adecuada, pueden derivar en resultados clínicos deficientes, progresión de la enfermedad periodontal, fracaso de tratamiento endodónticos y dificultades en la adaptación y longevidad de las rehabilitaciones protésicas (2).

Lograr un tratamiento exitoso en casos de patologías múltiples depende de saber priorizar. No se trata solo de intervenir, sino de establecer una secuencia lógica que empiece por controlar la placa bacteriana y la inflamación periodontal, eliminando así los factores que causan el daño. Tras controlar la enfermedad periodontal, pasamos a eliminar las infecciones con endodoncias y restauraciones. Una vez resuelto se procede a las extracciones dentales, para después cuando ya todo cicatrice tomar las medidas de la prótesis dental.

La prótesis parcial removible es una opción confiable. Resulta ideal cuando el presupuesto o la complejidad del caso impide hacer tratamientos más caros. No obstante, su

éxito depende en gran medida del estado periodontal previo, de la precisión en su confección y del seguimiento clínico posterior (3).

El análisis detallado del presente caso clínico permite describir y documentar cada una de las fases del tratamiento integral, desde el diagnóstico inicial hasta la rehabilitación final, aportando evidencia relevante para la elaboración de protocolos clínicos secuenciales basados en diagnósticos precisos, planificación interdisciplinaria y controles periódicos. Asimismo, se destaca la importancia de la integración de las áreas de periodoncia, endodoncia, operatoria dental, cirugía oral y prótesis dentro de un plan terapéutico único, coherente y predecible, orientado a la conservación de las piezas dentarias y a la mejora de la calidad de vida del paciente (4).

Finalmente, esta investigación compara experiencias nacionales e internacionales en el manejo de paciente con múltiples patologías dentales, resaltando las diferencias en los enfoques terapéuticos, los resultados clínicos obtenidos y las mejores prácticas sustentadas en la evidencia científica disponible, de este modo el estado no solo contribuye con información clínica de valor, sino que también fortalece la formación académica y profesional de odontólogo como estrategia fundamental para el manejo de casos odontológicos complejos (5).

CAPÍTULO I- EL PROBLEMA

Planteamiento del problema

La paciente de 49 años presenta una situación clínica compleja caracterizada por la coexistencia de múltiples patologías orales que afectan de manera simultánea los tejidos dentarios y periodontales, comprometiendo la funcionalidad del sistema estomatognático y la calidad de vida. Entre las principales afecciones diagnosticadas se encuentra la periodontitis crónica localizada II-grado A, evidenciada por pérdida moderada de inserción periodontal, presencia de cálculo subgingival, sangrado al sondaje y movilidad dentaria leve en algunas piezas. Estas alteraciones generan un desequilibrio en la estabilidad oclusal y favorecen la progresión de la enfermedad periodontal si no se instauran medidas terapéuticas oportunas y adecuadamente planificadas (2).

A esta condición periodontal se suma la presencia de necrosis pulpar en la pieza dentaria #23, diagnosticada mediante la ausencia de respuesta a las pruebas de sensibilidad pulpar y la presencia de dolor a la percusión. Esta patología representa un foco infeccioso activo con potencial riesgo de evolución hacia lesiones periapicales, abscesos y posibles complicaciones sistemáticas, lo que resalta la necesidad de un abordaje endodóntico oportuno y eficaz (3).

Se pudo identificar la presencia de cariosas clase I en las piezas dentarias #18, #48 y clase V en múltiples piezas dentarias #14, #15, #16, #34, # 43 y #44, estas afectan la estética dental y también comprometen la integridad de los dientes, la función masticatoria y la estabilidad oclusal. La progresión de estas lesiones, de no ser tratadas de manera conservadora y oportuna, aumenta significativamente el riesgo de fracturas dentarias, infecciones pulpares y pérdida dentaria futura, agravando el estado clínico general de la paciente.

Por otro lado, la presencia de dientes retenidos y extruidos, especialmente las piezas #11 y #13, contribuye a la desorganización de la arcada dentaria y a la alteración de la relación oclusal. Estas condiciones dificultan el diseño y la correcta adaptación de la una rehabilitación protésica, además de favorecer la acumulación de placa bacteriana y el desarrollo de nuevas lesiones cariosas o periodontales. La paciente presenta, además, pérdidas dentarias múltiples que requieren la indicación de una prótesis parcial removible, lo cual exige una planificación minuciosa para evitar la sobrecarga funcional de los dientes remanente y prevenir un mayor deterioro del soporte periodontal.

La problemática principal radica en que la coexistencia de enfermedades periodontales, endodónticas, cariosas y edentulismo parcial representa un reto clínico de alta complejidad,

donde el éxito del tratamiento depende de una correcta secuencia terapéutica y de una coordinación interdisciplinaria eficaz. La ausencia de una planificación integral puede conducir a tratamientos aislados e ineficiente, incremento del riesgo de fracaso clínico y aparición de complicaciones a corto y largo plazo (4).

Resolver esta situación clínica resulta de gran relevancia, ya que impacta directamente en la función masticatoria, la estética dental, la salud general y la calidad de vida de la paciente. Asimismo, este caso pone en evidencia la necesidad de desarrollar y aplicar protocolos clínicos integrales en odontología, basados en diagnósticos precisos, planificación secuencia y seguimiento continuo, que permitan abordar de manera eficaz casos complejos y garantizar resultados funcionales, estéticos y biológicos satisfactorios (6).

Formulación del problema de investigación

¿Cómo influye el abordaje interdisciplinario en el tratamiento de una paciente con canino retenido y un incisivo central extruido con indicación de exodoncia y rehabilitación protésica, asociado a periodontitis localizada estadio II, para restablecer la función, la estética y la salud periodontal?

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general:

Realizar tratamiento integral que va a incluir tratamiento de periodoncia, endodoncia, operatoria, cirugía y prótesis parcial removible esto se hace para devolver la función, salud y estética de la paciente, dando resultados clínicos duraderos a largo plazo.

Objetivos específicos:

1. Describir detalladamente los procedimientos periodontales, operatorios, quirúrgicos y protésicos aplicados a la paciente.
2. Analizar la secuencia clínica más adecuada para el manejo integral de múltiples patologías dentales y periodontales.
3. Evaluar la evolución clínica y funcional del paciente tras la aplicación del tratamiento interdisciplinario.
4. Comparar los resultados obtenidos con la literatura científica nacional e internacional, estableciendo conclusiones sobre la efectividad del abordaje integral.

JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio se justifica por la necesidad de analizar y documentar el manejo integral de un caso clínico complejo, en el cual coexisten múltiples patologías dentales y periodontales que requieren un abordaje interdisciplinario y una planificación terapéutica rigurosa. La descripción detallada de este tipo de casos resulta de gran relevancia para la práctica clínica, ya que permite evidencia como la correcta secuencia de procedimientos periodontales, endodónticos, operatorios, quirúrgicos y protésicos contribuye de una manera significativa al restablecimiento de la función masticatoria, la mejora de la estética dental y la preservación de la salud oral largo plazo (7).

Académicamente, este caso sirve como una guía práctica para estudiantes y odontólogos en formación. Mas que un reporte, permite entender como un diagnóstico integral ayuda a priorizar que tratar primero y por qué. Al analizar estas decisiones basadas en evidencia, se fortalece el razonamiento clínico, ayudando a que el futuro profesional aprenda a planificar tratamientos complejos de manera lógica y segura. Asimismo, el estudio contribuye a la actualización del conocimiento en la rehabilitación orla integral, destacando la necesidad de integrar diversas especialidades en un solo plan de tratamiento coherente y predecible (8).

En el ámbito clínico, la investigación evidencia la relevancia de la coordinación entre las diferentes áreas de la odontología para evitar complicaciones frecuentes asociadas a tratamiento aislados o más secuenciados, tales como la sobrecarga oclusal, el fracaso de restauraciones, la progresión de la enfermedad periodontal y la pérdida prematura de dientes remanentes. La aplicación de un enfoque integral y secuenciado permite optimizar los resultados terapéuticos, mejorar el pronóstico de las rehabilitaciones protésicas y garantizar la estabilidad funcional y biológica del sistema estomatognático (9).

En lo personal y social, este tratamiento le cambia la vida al paciente, al recuperar algo tan básico como poder comer bien y hablar sin problemas, su autoestima mejora, este tratamiento no solo trata de estética, también de devolverle la confianza a la paciente.

Estos resultados pueden servir para futuros estudios o para ayudar a actualizar los protocolos de tratamiento integral. La idea es que este tipo de casos ayuden a estandarizar el manejo odontológico ofreciendo una mejor en la atención clínica. De este modo, la investigación no solo contribuye al avance del conocimiento científico, sino que también promueve una práctica odontológica eficiente, segura y centrada en el paciente (6).

CAPÍTULO II- MARCO TEÓRICO

El fundamente teórico constituye el eje conceptual sobre el cual sustenta la investigación clínica, ya que permite explicar, analizar y comprender los fenómenos observados durante la evaluación, el diagnóstico, el tratamiento y la evolución del caso clínico. Asimismo, proporciona el soporte científico necesario para justificar los procedimientos realizados y los resultados obtenidos. En el presente caso, el estudio integra conocimientos provenientes de diversas áreas de la odontología, tales como periodoncia, endodoncia, operatoria dental, cirugía oral y prótesis parcial removible, las cuales interactúan coordinada con el objetivo de lograr una rehabilitación oral integral, funcional y estética de la paciente.

Cuando un caso clínico mezcla problemas dentales y periodontales, no se puede improvisar; hace falta un plan que combine distintas especialidades con lógica y rigor científico. La evidencia es clara, integrar disciplinas permite no solo salvar las piezas que aún quedan, sino también asegurar que los resultados no se pierdan con el tiempo.

Antecedentes de la investigación

Diversas investigaciones nacionales e internacionales han demostrado la afectividad del manejo interdisciplinario en paciente con múltiples patologías dentales Rodríguez y Pérez documenta que el abordaje combinado de la endodoncia y la periodoncia permite el control efectivo de lesiones Endoperiodontales, favoreciendo la preservación de piezas dentarias que, en ausencia de un tratamiento integral, tendrían como indicación la extracción. Estos autores destacan que la correcta secuencia terapéutica influye de manera directa en la evolución clínica y en la estabilidad periodontal posterior (11).

De igual manera Kumar y García señala que el tratamiento conservador de dientes con compromiso pulpar y periodontal, cuando es correctamente planificado, contribuye a mejorar la estabilidad funcional del sistema estomatognático y a reducir la incidencia de complicaciones a largo plazo, tales como infecciones periapicales recurrentes o movilidad dentaria progresiva (12).

Martínez y Torres reportan casos clínicos de dientes fisurados con compromiso periodontal, en los cuales la combinación de restauraciones adecuadas, tratamiento endodóntico y rehabilitación protésica permitió mantener la función masticatoria, la estética dental y la salud periodontal. Estos hallazgos refuerzan la importancia de la integración de tratamientos conservadores y rehabilitadores dentro de un mismo plan terapéutico (5).

Silva y Almeida destacan que la interacción entre la endodoncia y la prótesis en el tratamiento de lesiones periapicales permite minimizar la pérdida de dientes, mejorar la distribución de las cargas oclusales y favorecer la estabilidad de las rehabilitaciones protésicas. Asimismo, subrayan que el control previo de la enfermedad periodontal es determinante para el éxito de cualquier rehabilitación oral (13).

En el ámbito nacional, la Universidad de San Martín de Porres ha publicado diversos casos clínicos de pacientes adultos que presentan caries extensas, remanentes radiculares, periodontitis y necesidad de prótesis parcial removible, evidenciando que la planificación integral y secuenciada del tratamiento garantiza resultados clínicos más predecibles, funcionales y estables en el tiempo (14). De forma similar, instituciones como la Universidad de los Andes y la Universidad Católica de Córdoba han descrito protocolos de rehabilitación integral que incluyen exodoncias, tratamientos operatorios, endodoncia y rehabilitación protésica, resaltando la necesidad de una estrategia coordinada entre las diferentes especialidades odontológicas (15).

Bases teóricas

Periodoncia

La periodontitis crónica estadio II-grado A se caracteriza por la pérdida moderada de inserción periodontal, acumulación de placa bacteriana y calculo subgingival, inflamación gingival y movilidad dentaria leve. Estas alteraciones comprometen el soporte periodontal y si no son tratadas oportunamente, pueden progresar hacia estadios más avanzados de la enfermedad (16).

El tratamiento periodontal tiene como objetivo principal controlar los factores etiológicos de la enfermedad, especialmente la placa bacteriana, mediante procedimientos como el detartraje supragingival y subgingival, el raspado y alisado radicular y la educación en higiene oral. Estas terapias permiten reducir la carga bacteriana, disminuir la inflamación de los tejidos periodontales y establecer una base biológicamente saludable para la realización de tratamientos restauradores y rehabilitadores posteriores (2).

Endodoncia

La necrosis pulpar de la pieza dentaria #23 constituye una patología pulpar irreversible que requiere tratamiento endodóntico con el fin de preservar la estructura dentaria y eliminar el foco infeccioso. La endodoncia consiste en la remoción del tejido pulpar necrótico la limpieza, conformación y desinfección del sistema de conductos radiculares, seguida de la obturación tridimensional con materiales biocompatibles que aseguren un sellado adecuado.

Según Kumar y García el tratamiento endodóntico permite conservar dientes que presentan lesiones periapicales, manteniendo su función masticatoria y evitando extracciones innecesarias. Además, la endodoncia desempeña un papel fundamental en la rehabilitación oral, ya que permite la posterior restauración y utilización del diente como pilas protésico cuando las condiciones clínicas lo permiten (4).

En el contexto de la rehabilitación protésica, el tratamiento endodóntico de dientes estratégicos, como el canino (#23), permite su conservación como **pilar protésico**. Esto es fundamental en casos de edentulismo parcial, ya que permite la creación de nichos y descansos oclusales sobre una estructura dental sana y libre de sintomatología, facilitando la transmisión de fuerzas oclusales a través del eje largo del diente y evitando la sobrecarga de los tejidos blandos.

Operatoria dental

La operatoria dental tiene como finalidad restablecer la integridad anatómica, funcional y estética de los dientes afectados por lesiones cariosas. En el presente caso, las restauraciones clase I y V se indicaron para tratar caries en múltiples piezas dentarias, utilizando materiales restauradores estéticos y de alta resistencia, como las resinas compuestas.

De acuerdo con DVD Dental una correcta restauración operatoria no solo previene progresión de la caries dental, sino que también contribuye a mantener la estabilidad oclusal, la correcta distribución de las fuerzas masticatorias y la protección del complejo dentinopulpar (17). La calidad de las restauraciones es un factor determinante para el éxito a largo plazo de rehabilitación oral.

Caries dental

Se define como una patología infecciosa de origen bacteriano y carácter acidogénico, cuya transmisión suele ocurrir durante el primer año de vida. Es una de las afecciones crónicas con mayor incidencia infantil a nivel global, afectando a poblaciones de cualquier origen o sexo (3). Su naturaleza es multifactorial, vinculada estrechamente al estilo de vida, incluyendo dietas ricas en azúcares, alimentación nocturna, higiene bucal deficiente y factores socioeconómicos desfavorables que facilitan la proliferación bacteriana.

Sistema icdas

El Sistema Internacional para la Detección y Diagnóstico de Caries (ICDAS) es un método clínico basado en la observación visual de las lesiones en sus distintas fases. Debido a que la caries es el principal motivo de atención odontológica, el uso del ICDAS resulta esencial para estandarizar el diagnóstico y establecer planes de tratamiento precisos según la gravedad del cuadro. Se utiliza una escala del 0 al 6 según el grado de severidad de la lesión, de la siguiente manera:

- 0: Sano
- 1: Mancha blanca / marrón en esmalte seco.
- 2: Mancha blanca / marrón en esmalte húmedo.
- 3: Microcavidad en esmalte seco < 0.5mm.
- 4: Sombra oscura de dentina vista a través del esmalte húmedo con o sin microcavidad.
- 5: Exposición de dentina en cavidad > 0,5mm hasta la mitad de la superficie dental en seco.
- 6: Exposición de dentina en cavidad mayor a la mitad de la superficie dental.

La evidencia sugiere que la inspección visual mediante ICDAS es altamente efectiva en la práctica clínica para determinar la profundidad de las lesiones. Al detectar alteraciones en las propiedades ópticas del esmalte, este sistema ofrece una precisión diagnóstica superior a los exámenes radiográficos convencionales en etapas tempranas (10).

Cirugía oral

La cirugía oral desempeña un papel fundamental en la eliminación de piezas dentarias con mal pronóstico y en la preparación del medio bucal para la rehabilitación protésica. En este caso la extracción de diente retenido #13 y extruido #11 permitió eliminar focos infecciosos, mejorar la distribución oclusal y facilitar el diseño y adaptación de la prótesis parcial removible.

Según la universidad de San Martín de Porres y Quintessence Elsevier, los procedimientos quirúrgicos deben ser cuidadosamente planificados, considerando la anatomía del paciente, el estado periodontal, la relación oclusal y la salud general, con el fin de minimizar la morbilidad postoperatoria y favorecer una adecuada cicatrización (16).

La exodoncia de piezas extruidas (#11) se justifica por la necesidad de recuperar el plano oclusal y el espacio intermaxilar, los cuales suelen verse comprometidos por la migración dental ante la ausencia de antagonistas. Por otro lado, la remoción de dientes retenidos (#13) está indicada para prevenir patologías asociadas, como quistes o reabsorciones radiculares de dientes adyacentes, garantizando una base ósea remanente estable y libre de patologías para el soporte de la base protésica.

Prótesis parcial removible

La clasificación de **Kennedy Clase II** representa un desafío biomecánico debido a su naturaleza de extremo libre unilateral, lo que genera un soporte dentomucosoportado. Esta condición exige un diseño cuidadoso que incluya retenedores indirectos para controlar los movimientos de rotación de la prótesis durante la función. La correcta selección de los apoyos oclusales y el diseño del conector mayor son determinantes para distribuir las fuerzas de manera equitativa entre los dientes pilares y el reborde residual, minimizando el trauma sobre el ligamento periodontal.

La prótesis parcial removible constituye una alternativa terapéutica eficaz para la rehabilitación de pacientes con pérdida parcial de dientes. En el presente caso, se indicó una prótesis parcial removible superior Kennedy clase II, modificación 2, con el objetivo de restablecer la función masticatoria, la estética dental y la estabilidad oclusal.

El diseño adecuado de la prótesis, la correcta selección de los dientes pilares y una adaptación precisa permiten evitar sobrecarga funcional de los dientes remanentes y prevenir alteraciones periodontales adicionales (19).

CAPÍTULO III- MARCO METODOLÓGICO

Tipo y diseño de investigación

La presente investigación corresponde a un estudio de tipo descriptivo, prospectivo y observacional, desarrollado bajo la modalidad de caso clínico, cuyo objetivo fue documentar de manera sistemática la evolución clínica de una paciente durante la aplicación de un tratamiento odontológico integral e interdisciplinario. Gracias a este diseño, fue posible monitorear la evolución de la paciente en cada etapa, desde el diagnóstico inicial hasta que terminamos la rehabilitación. Esto facilitó un análisis real de cómo fue mejorando su salud oral y qué cambios clínicos se lograron conforme avanzaba el plan de tratamiento.

Para documentar el proceso, registramos cada avance con radiografías, fotos y datos clínicos en todas las fases del tratamiento. Contar con esta información antes, durante y al final de las intervenciones fue clave para medir qué tan efectivos fueron los procedimientos. Estos registros no son solo archivos, son la base objetiva que nos permitió discutir los resultados con evidencia real y no solo con supuestos. La metodología empleada facilitó la observación directa de la respuesta de los tejidos dentarios y periodontales, así como la adaptación funcional y estética de la rehabilitación protésica.

Método técnicas e instrumentos

El tratamiento se realizó siguiendo una secuencia de orden, priorizando siempre el diagnóstico inicial, nos vamos a basar en los principios de la rehabilitación interdisciplinaria para asegurarnos que cada fase mantenga su proceso correctamente coordinado.

- Historia clínica 033 MSP
- Consentimiento informado
- Periodontograma
- Fotografías intra y extra orales
- Exámenes complementarios: radiografías panorámicas y periapicales
- Tomografía
- Evaluación Clínica: Anamnesis detallada y examen intraoral bajo luz LED.
- Evaluación Periodontal: Uso de sonda periodontal milimétrica tipo Marquis para el registro de profundidad de bolsa (PB), nivel de inserción clínica (NIC) y sangrado al sondaje (SS).

- Diagnóstico Pulpar: Pruebas térmicas de sensibilidad (frío/calor) y pruebas de percusión vertical/horizontal.
- Ayudas Imagenológicas: Análisis de radiografía panorámica y serie periapical digital para evaluar la proporción corona-raíz, el estado del ligamento periodontal y la presencia de piezas retenidas.
- Análisis Oclusal: Modelos de estudio montados en articulador para determinar la relación intermaxilar y el espacio protésico disponible.

Criterios de selección

La selección del paciente a rehabilitar se eligió específicamente debido a que constaba de un abordaje multidisciplinarios complejo que se requería en clínica para poder iniciar con el tratamiento, para devolver su función masticatoria, oclusión y estética. Este paciente se comprometió con el trabajo y no faltar tuvo motivación y voluntad, por eso se lo eligió.

Criterios de inclusión

En este estudio se incluyeron aquellas personas que tenían un abordaje multidisciplinario complejo, se requería que los pacientes que estaban siendo incluidos constaran de como mínimo tres especialidades odontológicas, para así considerarlos aptos dentro del estudio de caso.

Dentro de este método se tomo en cuenta que el proceso iba a contar con un período de seguimiento y trabajo, que el paciente estaba consiente de todo lo propuesto por aquello firmo un consentimiento informado donde se explicaba todo.

Criterio de exclusión

Se elimino, se dejo de lado aquellos pacientes que se presentaron, pero su rehabilitación era menos compleja que podría a ver sido rehabilitado dentro de un periodo muy corto, debido a que no constaban de varias especialidades para su debida rehabilitación, y se les explico detalladamente el porqué.

Por otro lado, también se excluyeron de este tipo de análisis a pacientes no colaboradores y que no tenían disponibilidad de tiempo no estaban dispuestos aceptar todo el periodo que se llevaría a cabo para su correcta rehabilitación y no firmarían su debido consentimiento informado.

Consideraciones éticas

El estudio se realizó bajo los principios de la Declaración de Helsinki. Se obtuvo el consentimiento informado debidamente firmado por la paciente, autorizando la ejecución del tratamiento y la publicación de la información clínica y ayudas diagnósticas con fines académicos y de investigación. Se garantizó la confidencialidad de los datos personales, utilizando códigos de identificación para preservar el anonimato. Se procedió a la rehabilitación una vez también aprobado con el número de Oficio circular No. 0033-CEISH-JMSZ-2026, Manta, 26 de enero de 2026 - CEISH-ULEAM_565.

Actividades

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

Responsables: Investigador principal: Michelle Anahi Narváez Pincay. Docente supervisor: Od. Maurizio Sebastian Rodriguez. Docente tutor: Od. Julio Jimbo Mendoza, PhD.

Muestra: Paciente atendida en las clínicas de odontología de la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí, aprobada a base de criterios de los especialistas de cada rama odontológica que requirió una rehabilitación integral

Periodo de desarrollo de la actividad: Semestre 2025-2

Tiempo de duración de la actividad: 4 meses (octubre- enero).

CAPÍTULO IV- PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DEL CASO

Presentación del caso



Anamnesis del paciente:

- **Nombres y apellidos del paciente:** M.M.A.M
- **Edad:** 49 años
- **Sexo:** femenina
- **Ocupación:** ama de casa

Motivo de la consulta: “Quiero que me arregle mis dientes”

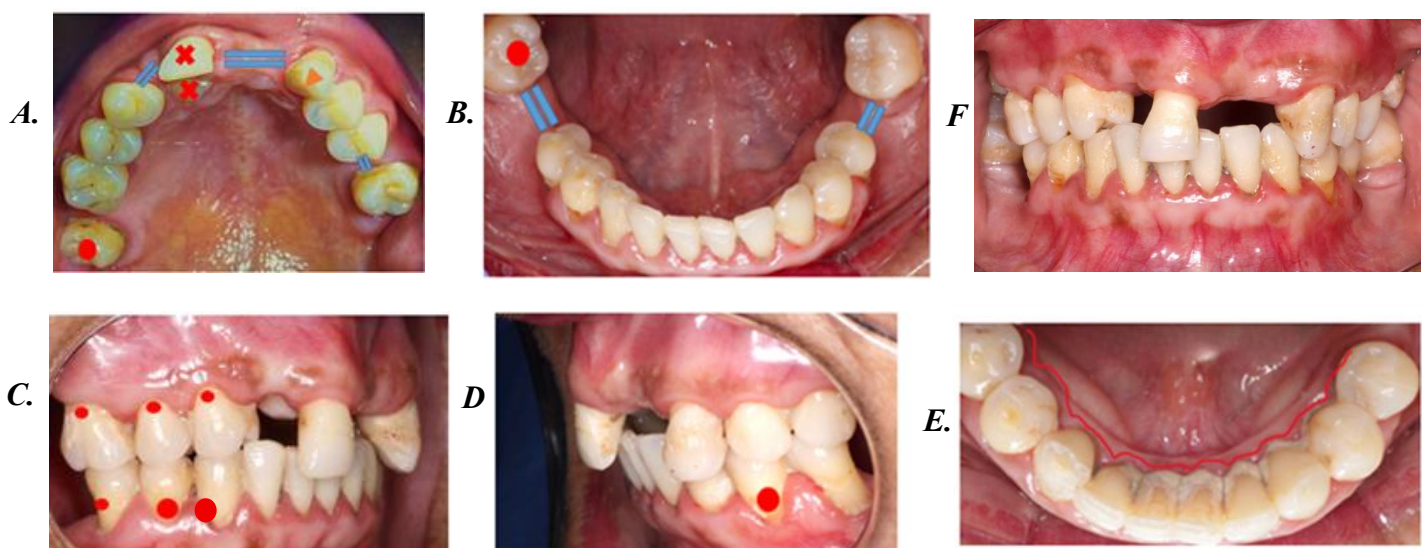
Enfermedad actual: acude a consulta manifestando dolor dental recurrente en el sector anterosuperior y severa dificultad para alimentarse adecuadamente. En su historia odontológica destaca una ausencia prolongada de controles periódicos periodontales, restaurativos y múltiples extracciones previas debido a caries dental.

Antecedentes familiares y personales:

No refiere antecedentes personales, alergias a medicamentos ni padece enfermedades sistémicas concomitantes, siendo clasificada clínicamente como ASA I.

No refiere antecedentes familiares.

Examen clínico



Esquema 1. Diagnóstico definitivo. Oclusal superior (A) Oclusal inferior (B) Lateralidad izquierda (C) Lateralidad derecha (D) Vista lingual acumulación de cálculo dental (E) Extrusión del incisivo central (F)

Fuente: Elaborado por Michelle Narváez (2026)

En la imagen A podemos observar la presencia de caries en las piezas 14, 15, 16, 18, así mismo como el canino retenido para extracción y la ausencia de las piezas #17,12,21,22,26,28.

En la imagen B tenemos la presencia de caries 34, 43, 44, 45, 48 y la usencia de las piezas #46,47,48.

También se observa la presencia de calculo dental en las piezas inferiores, como así mismo en la imagen F se observa la extrusión del incisivo central, indicado para extracción.

Exámenes complementarios:

Radiografía panorámica

A.



B.



C.

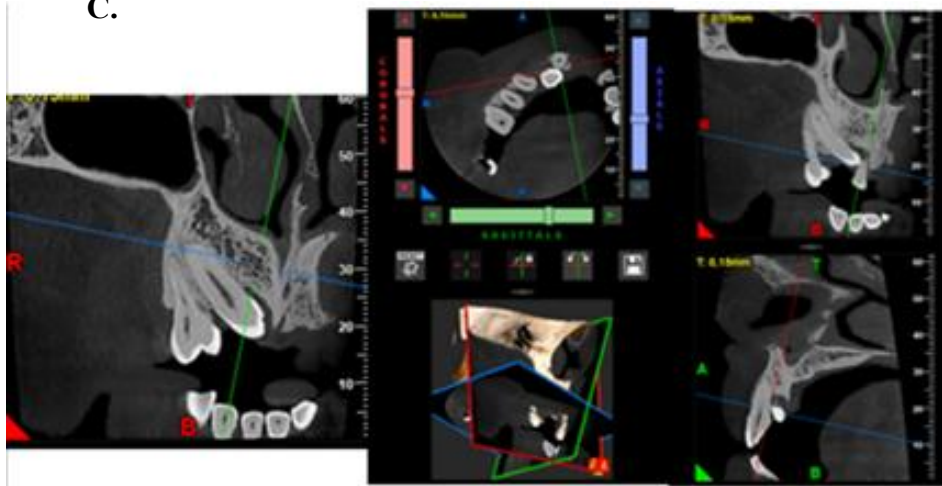


Figura 1. Radiografía panorámica (A) Tomografía canino retenido y central extruido (B) Cortes tomográficos (CBCT). Medición de las tablas óseas para asegurar un abordaje quirúrgico seguro y predecible(C).

Fuente: Elaborado por Michelle Narváez (2026)

Diagnóstico

- **Periodonto:** Encías eritematosas y edematizadas

Tabla 1. Análisis periodontal

Piezas con cálculo dental: presentan supragingival y subgingival	#18, #27, #31, #32, #33, #34, #35, #41, #42, #43, #44, #45.
Piezas con sangrado:	#18, #27, #31, #32, #33, #34, #35, #41, #42, #43, #44, #45.
Piezas con bolsa periodontal: profundidad de sondaje hasta 5mm	#18, #27, #31, #32, #33, #34, #35: 3.5-4mm #41, #42, #43, #44, #45: 4mm
Piezas con pérdida ósea grado I:	#31, #32, #33, #34, #35, #41, #42, #43, #44, #45.

Fuente: Elaborado por Michelle Narváez, 2026.

- **Dental:** Múltiples presencia de lesiones cariosas.

Tabla 2. Indicadores caries dental

Arcada Superior	Órgano dental	Código ICDAS	Clasificación de black
	OD 14	ICDAS 3	Clase V

	OD 15	ICDAS 4 oclusal ICDAS 3 vestibular	Clase I y V
	OD 16	ICDAS 3	Clase V
	OD 18	ICDAS 4	Clase I
Arcada Inferior			
	OD 34	ICDAS 4	Clase V
	OD 43	ICDAS 3	Clase V
	OD 44	ICDAS 4	Clase V
	OD 45	ICDAS 3	Clase V
	OD 48	ICDAS 4	Clase I

- **Fuente:** Elaborado por Michelle Narváez, 2026.

- **Pulpar:** Pieza #23 con ausencia total de respuesta al frío y dolor sordo y localizado a la percusión vertical, indicativo de necrosis pulpar.
- **Cirugía Oral:** Pieza #13 retenida, y pieza #11 extruida, indicadas para exodoncia para su correcta función en prótesis dental.
- **Espacio Edéntulo:** Pérdida de múltiples piezas (#12, #17, #21, #22, #26, #28, #36, #37, #46, #47) que ha generado la extrusión de los dientes remanentes, alterando el plano de oclusión.

Diagnóstico Definitivo (CIE-10):

1. K053. Periodontitis localizada estadio II grado A.
2. K041. Necrosis pulpar pieza (#23).
3. K020. Caries de esmalte (#14, #15, #16, #18, #43, #45, #48)
4. K021. Caries de la dentina (#34, #44).
5. K008. Diente retenido (#13).
6. K006. Diente extruido (#11)

Plan de tratamiento

Tratamiento periodontal

En la fase periodontal, no enfocamos en frenar la infección y desinflamar los tejidos de soporte. Para esto, eliminamos placa y calculo mediante detartraje supra y subgingival con ultrasonido en las piezas críticas (#18, #27, #31–35, #41–45).

Luego, con el raspado y alisado radicular, quitamos el cálculo residual para dejar las raíces lisas y permitir que la encía sane correctamente. Mas allá de la limpieza, trabajamos con la paciente en su técnica de cepillado y el uso de hilo dental, sin este compromiso con la higiene oral, el mantenimiento de los resultados sería imposible.

Tratamiento endodóntico de la pieza #23

El tratamiento de conducto en la pieza #23 se completo en dos citas. Durante la primera, nos enfocamos en la apertura y en eliminar por completo el tejido necrótico, para esto limpiamos y desinfectamos el conducto usando instrumentación mecánica combinada con soluciones irritantes. En la sesión de cierre, realizamos la obturación con un material biocompatible. Aquí el reto fue lograr un sellado tridimensional y hermético que eliminara definitivamente el foco de infección, dejando la pieza lista para su futura rehabilitación sin riesgos de filtración.

Tratamiento Cirugía oral

En la fase quirúrgica, extrajimos los dientes #13, #11, además de los terceros molares #18, #38, #48. No fueron extracciones aisladas, el objetivo real era limpiar focos de infección y liberar espacio para que la futura prótesis encajara con armonía. Cada exodoncia se planifico cuidando la anatomía de la pieza y la salud periodontal de la paciente. Al trabajar con esta precisión, logramos reducir las molestias postoperatorias y asegurar que los tejidos cicatrizaran rápido, dejando una base sana para la rehabilitación final.

Tratamiento operatoria dental

En la fase de operatoria, nos enfocamos en devolver la integridad a las piezas con caries mediante restauraciones directas. Realizamos cavidades clase I en los molares #18 y #48, además de tratar lesiones cervicales clase V en los dientes #14, #15, #16, #34, #43 y #44. No solo buscamos estética, usamos materiales de alta resistencia para asegurar que la anatomía funcional y el cierre marginal fueran precisos. Con esto, frenamos el avance de la caries y reforzamos la estructura dental, dejando cada pieza lista para soportar las cargas masticatorias y contribuir el equilibrio de toda la boca.

Tratamiento rehabilitación con prótesis parcial removable

Cerramos el tratamiento con la rehabilitación protésica mediante una parcial removable. Tras las impresiones iniciales y definitivas, preparamos los apoyos oclusales en los dientes pilares y registramos la relación céntrica para asegurar una mordida estable. No pasamos directamente al final, primero probamos la estructura y los dientes en cera para verificar que la estética, fonética y oclusión fueran las adecuadas para la paciente. Una vez ajustada la prótesis definitiva, establecimos un calendario de controles para monitorear su adaptación y sobre todo para cuidar que la salud periodontal se mantenga intacta en el uso de la prótesis dental.

Evolución

Terapia Endodóntica (Pieza #23)

Como pilar estratégico para el soporte biomecánico de la rehabilitación, la terapia endodóntica de la pieza #23 representó una fase preparatoria crítica. La evolución imagenológica postoperatoria de dicha pieza confirmó un sellado apical tridimensional, hermético y homogéneo de los conductos radiculares, asegurando la total eliminación del foco infeccioso y garantizando la viabilidad estructural a largo plazo del diente pilar.

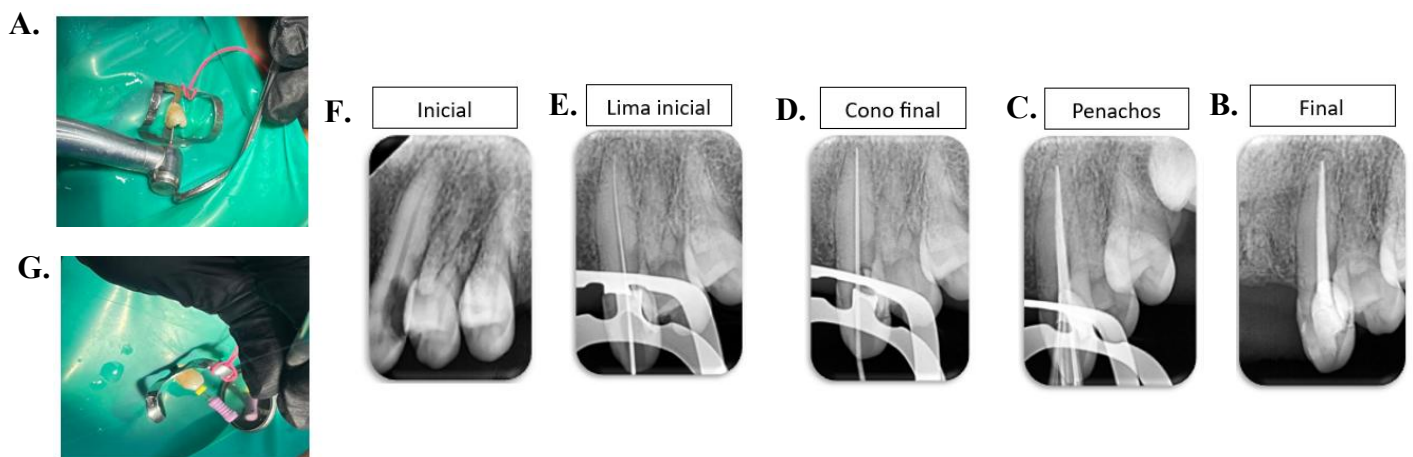


Figura 2. Apertura del diente (A) Instrumentación de endodoncia (B) Radiografía inicial a la endodoncia, caries (C) Instrumentación lima inicial (D) Conometría final (E) Penachos (F) Radiografía final post endodoncia (G)

Fuente: Elaborado por Michelle Narváez (2026)

Fase Quirúrgica y Proceso de Reparación

Durante la fase operativa, el procedimiento clave consistió en la ejecución de exodoncias múltiples bajo un protocolo estricto de preservación de la cresta alveolar. Mediante un abordaje quirúrgico planificado, se realizó la remoción atraumática de los focos obstructivos e infecciosos correspondientes a las piezas #11 y #13, procediendo inmediatamente a la regularización del reborde óseo maxilar para adecuar el futuro lecho protésico.

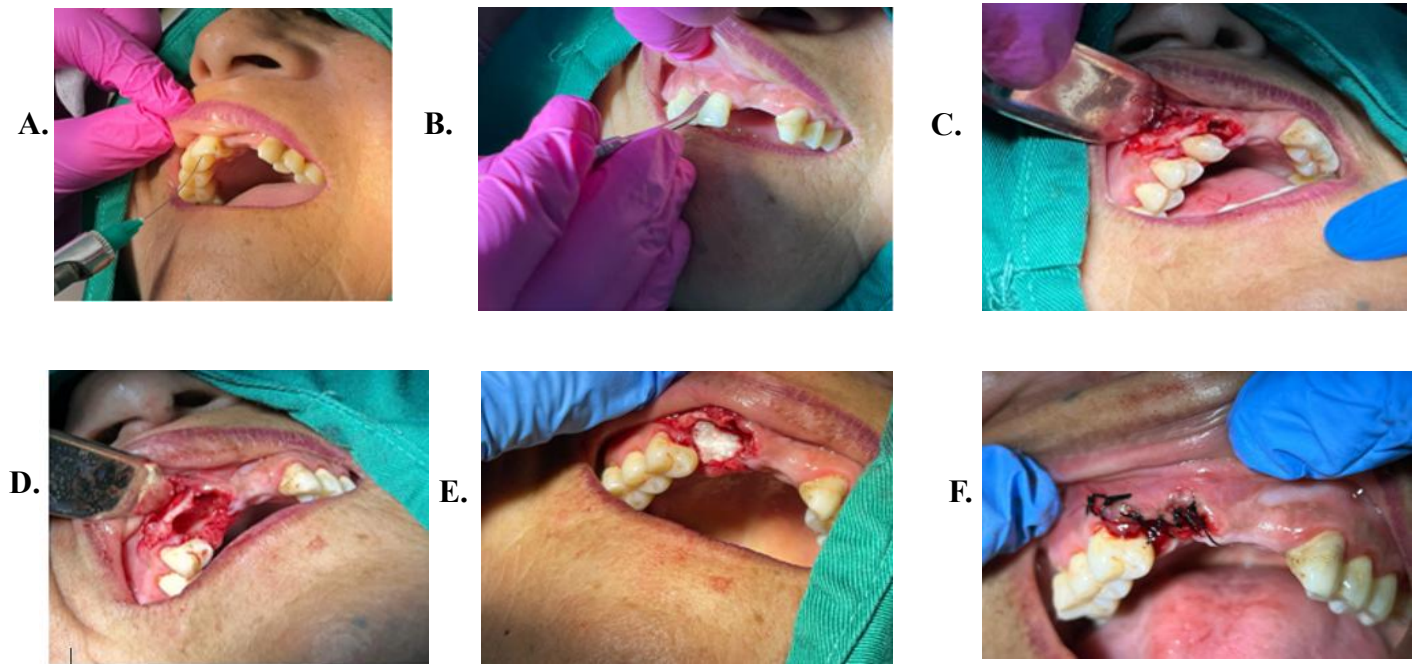


Figura 3. *Anestesia (A) Sindesmotomía (B) Colgajo (C) Luxación y extracción del diente (D) Colocación de esponja hemostática (E) Sutura final (F)*

Fuente: Michelle Narváez (2026)

Rehabilitación con Prótesis de Cromo cobalto

Finalmente, tras el asentamiento y adaptación biológica de la aparatología definitiva, el resultado intraoral final evidenció una nivelación horizontal completa de la curva de Spee y la corrección del plano oclusal colapsado. La Prótesis Parcial Removible (PPR) de cromo cobalto logró una distribución de fuerzas óptima, devolviendo la estabilidad en máxima intercuspidad, la salud a los tejidos periodontales de soporte y una oclusión plenamente equilibrada.

La evaluación postterapéutica integral reveló una transformación significativa en el estado de salud estomatognática de la paciente. Los resultados no se limitaron a la restitución estética, sino que consolidaron una estabilidad biológica y funcional con un pronóstico favorable a largo plazo.

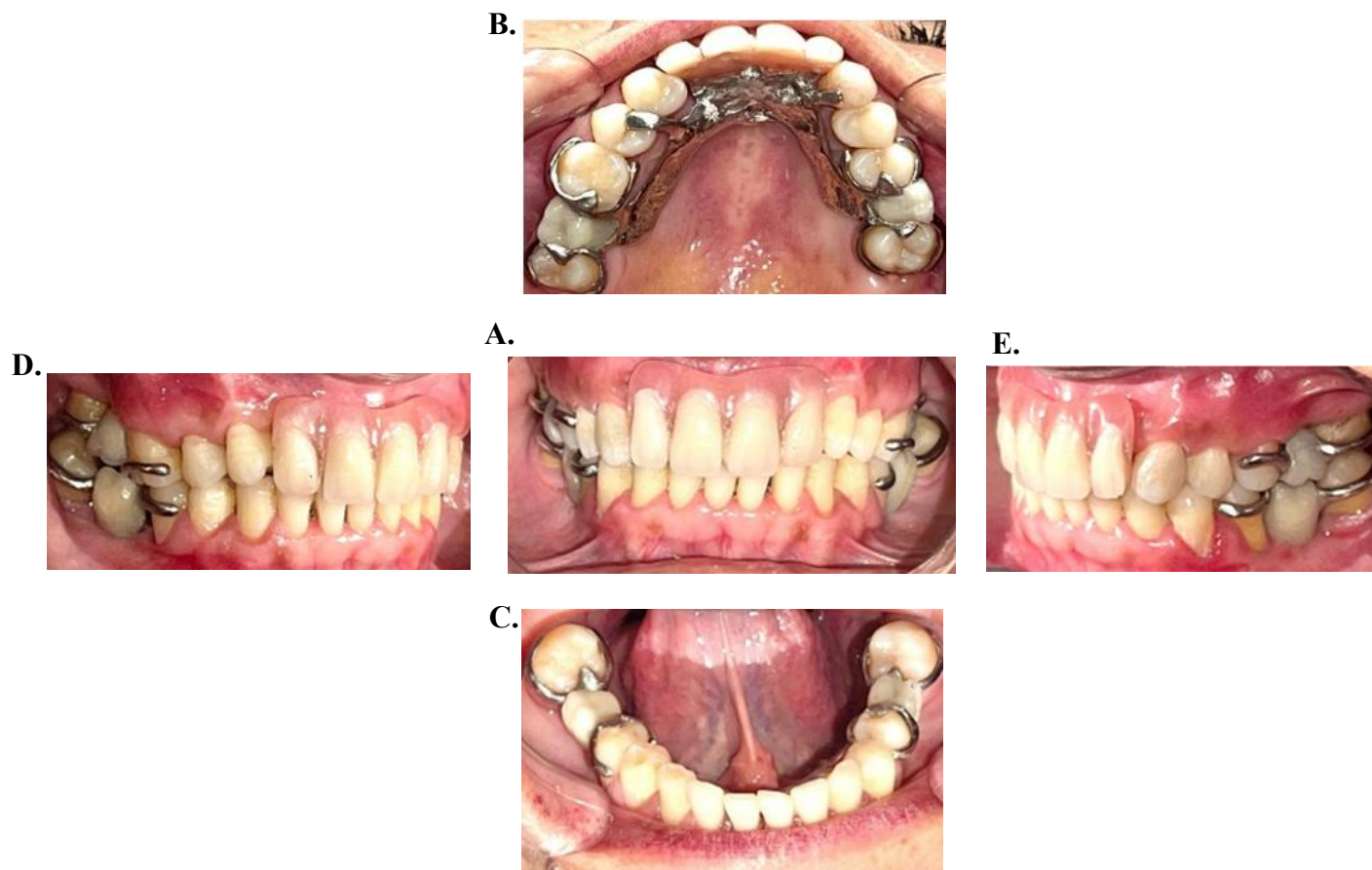


Figura 4. Resultado intraoral final. Se observa la restitución de la función masticatoria y una oclusión equilibrada con la prótesis. Vista frontal con PPR(A) Vista arcada superior (B) Vista arcada inferior (C) Vista lateralidad izquierda (D) Vista lateralidad derecha (E)

Fuente: Elaborado por Michelle Narváez (2026)

Tabla 3. Evolución de indicadores periodontales cuantitativos por grupo de piezas dentales

Grupo de Piezas Dentales	Índice de placa inicial	Índice de placa final	PB Inicial (Máxima)	PB Final (Estabilizada)	NIC Inicial	NIC Final	Sangrado Inicial (SS)	Sangrado Final (SS)
Sextante post-superior (#18, #27)	13%	0%	3.5 mm	2.0 mm	-1.0 mm	0.0 mm	Presente (100%)	Ausente (0%)

Anteroinferiores (#31, #32, #33)	17.5%	0%	4.0 mm	2.2 mm	-2.0 mm	-0.5 mm	Presente (100%)	Ausente (0%)
Post-inferiores izquierdos (#34, #35)	15.5%	0%	4.0 mm	2.1 mm	-2.0 mm	-0.5 mm	Presente (100%)	Ausente (0%)
Anteroinferiores (#41, #42, #43)	16.5%	0%	4.0 mm	2.0 mm	-2.0 mm	-0.5 mm	Presente (100%)	Ausente (0%)
Post-inferiores derechos (#44, #45)	15.5%	0%	4.0 mm	2.3 mm	-2.5 mm	-0.5 mm	Presente (100%)	Ausente (0%)

Fuente: Elaborado por Michelle Narváez, 2026.

Tabla 4. Indicadores comparativos antes y después del tratamiento

Indicador clínico / Fase	Estado inicial (Basal)	Estado final (Evolutivo)
Resultados Periodontales y Salud de los Tejidos de Soporte	Presencia de cálculo dental, sangrado de encía espontáneo, bolsas periodontales generalizadas y pérdida ósea vertical activa. Se detecta una deficiente higiene oral (Índice de placa: 78%; Índice de sangrado SS: 65%).	Tras el mantenimiento, se observó una recuperación óptima de los tejidos gingivales. Se evidenció ausencia total de sangrado al sondaje (SS < 10%; Índice de placa: 12%) y reducción de bolsas periodontales a rangos fisiológicos (≤ 3 mm). La inflamación y el trauma oclusal fueron controlados, deteniendo la pérdida ósea. La paciente demostró alta adherencia a las técnicas de higiene prescritas.
Resultados de la Terapia Endodóntica (#23)	Presencia de caries profunda con infección coronaria evidente. La pieza no presenta respuesta a las pruebas de vitalidad térmica (pruebas negativas), mostrando radiográficamente una zona	La pieza #23 evolucionó sin sintomatología clínica ni sensibilidad postoperatoria. El examen periapical confirmó una obturación densa, hermética y con sellado apical tridimensional, mostrando ausencia de

	radiolúcida periapical compatible con lesión crónica.	zonas radiolúcidas periapicales. Su conservación estratégica permitió integrarla como pilar protésico sólido, preservando la propiocepción del ligamento periodontal.
Resultados de la Operatoria Dental	Presencia de lesiones cariosas activas en la cavidad bucal clasificadas como Clase I (no complejas) y Clase V cervicales (moderadamente complejas), sin manifestar sintomatología de afectación pulpar reversible o irreversible.	Las restauraciones directas de Clase I y Clase V mantuvieron su integridad marginal y funcional, sin microfiltraciones ni recidivas de caries. El uso de resinas de nano relleno microhíbridas recuperó la anatomía dental estética, protegiendo el remanente biológico y estabilizando los puntos de contacto interproximales.
Resultados de la Cirugía Oral	Se observa clínica y tomográficamente (CBCT) el diente central #11 retenido; se indica exodoncia quirúrgica para estabilidad protésica. El canino #13 manifiesta una extrusión severa por pérdida crónica de piezas antagonistas, indicando su extracción.	Las exodoncias de las piezas #11 y #13 se desarrollaron sin complicaciones transoperatorias. La cicatrización alveolar fue expedita, con una respuesta inflamatoria mínima y ausencia de focos infecciosos. Esta fase fue crítica para regularizar la arcada dentaria, eliminando interferencias mecánicas y permitiendo un lecho protésico estable.
Resultados de la Rehabilitación Protésica	Desequilibrio masticatorio severo por la presencia de múltiples piezas dentales ausentes. Se requiere la remoción previa de piezas con posición colapsada para lograr un eje de inserción correcto y una adecuada adaptación y estabilidad protésica.	La instalación de la Prótesis Parcial Removible (PPR) restituyó de manera inmediata la función masticatoria, la fonación y la estética facial. El diseño biomecánico basado en apoyos oclusales rígidos permitió una distribución equitativa de las cargas oclusales,

		protegiendo los dientes pilares y evitando el trauma mucoso.
Visión Global y Escala Psicosocial	Paciente con autoestima marcadamente baja debido a la pérdida visible de dientes anteriores en el sector estético; refleja signos crónicos de tristeza y retraimiento social.	El impacto del tratamiento interdisciplinario mejoró sustancialmente la calidad de vida de la paciente. Manifestó un alto grado de satisfacción, confort y seguridad psicosocial. La medición cuantitativa mediante Escala Visual Análoga (EVA) de satisfacción general postratamiento se estableció en 9.5 / 10.

Fuente: Elaborado por Michelle Narváez, 2026.

Discusión

El manejo interdisciplinario de pacientes adultos con afecciones periodontales y anomalías eruptivas oclusales exige un análisis profundo basado en la toma de decisiones clínicas estratégicas y la predictibilidad biológica a largo plazo (16). Uno de los dilemas centrales en este reporte radicó en la conducta terapéutica frente a la pieza #13 retenida: la disyuntiva entre su conservación a través de tratamientos complejos o la opción de la exodoncia quirúrgica. Aunque la literatura tradicional aboga por preservar la integridad del arco dentario, se señala que en pacientes adultos que han superado la cuarta década de vida, los intentos de conservación forzada de caninos impactados profundamente suelen asociarse a fallos mecánicos por anquilosis alveolo dentaria fisiológica, reabsorción radicular externa de los dientes adyacentes y un daño colateral irreversible en el hueso alveolar remanente (6).

Al evaluar la opción de exodoncia frente a la tracción quirúrgico-ortodóntica, se determinó que la terapéutica ortodóntica convencional presentaba un pronóstico desfavorable en este caso específico. La densidad ósea incrementada en el adulto y la pérdida de la fuerza eruptiva celular disminuyen exponencialmente la tasa de éxito de la tracción (8,9). Además, al coexistir un diagnóstico basal de Periodontitis Estadio II Grado A (12,13), la aplicación de fuerzas ortodónticas continuas e intensas habría actuado como un factor acelerador de la pérdida ósea horizontal marginal, exacerbando la destrucción del aparato de inserción de las piezas vecinas (18). Por lo tanto, la remoción quirúrgica atraumática del canino #13 impactado horizontalmente constituyó la alternativa más predecible para eliminar potenciales focos quísticos y sanear la zona premaxilar de forma segura (14).

Un segundo debate clínico crucial surgió al seleccionar la alternativa de restauración definitiva para el espacio colapsado por la pieza #11 extruida: prótesis fija frente a la Prótesis Parcial Removible (PPR) de base metálica. Si bien las terapéuticas con implantes osteointegrados ofrecen ventajas estéticas intrínsecas y una comodidad superior para el paciente, su viabilidad está condicionada estrictamente por la disponibilidad volumétrica del reborde óseo remanente (4). La destrucción ósea localizada e inflamatoria provocada por la periodontitis crónica preexistente (3) y la exodoncia de la pieza severamente extruida #11 determinaron una atrofia alveolar severa que hubiese requerido procedimientos complejos de regeneración ósea guiada (15), aumentando los costos y el tiempo operatorio.

Bajo estas condiciones biológicas y socioeconómicas, la elección de una PPR de cromo cobalto se justificó plenamente desde una perspectiva biomecánica. La PPR metálica distribuye de manera equitativa las cargas masticatorias directas a través de los apoyos y nichos oclusales tallados en los dientes pilares remanentes, evitando el trauma sobre los tejidos blandos y deteniendo la remodelación ósea destructiva (2). El éxito de esta prótesis removible dependió en su totalidad del control estricto del biofilm para estabilizar las profundidades de bolsa a rangos de salud (19) y del saneamiento endodóntico tridimensional y hermético de la pieza #23 (20), consolidándola como un pilar anterior biomecánicamente viable y estructuralmente sólido.

CAPÍTULO V.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

El tratamiento integral e interdisciplinario permitió abordar de manera efectiva todas las patologías dentales presentes en la paciente, incluyendo periodontitis, necrosis pulpar, caries extensas, dientes retenidos y pérdida parcial de piezas dentales, logrando resultados funcionales, estéticos y clínicamente predecibles.

La secuencia terapéutica adecuada fue clave para garantizar la estabilidad periodontal, controlando la inflamación y el sangrado, permitió la preservación de dientes mediante endodoncia y restauraciones operatorias, evitando extracciones innecesarias y asegurando la base para la rehabilitación protésica.

La etapa quirúrgica fue decisiva para el éxito del caso, al realizar las extracciones de las piezas con compromiso severo de los terceros molares se encontraban con focos infecciosos, se regularizó la arcada. Esta intervención fue el pilar que permitió una correcta inserción y funcionamiento de la prótesis parcial removible. En definitiva, la cirugía no se plantea de forma aislada, sino como un paso para asegurar la estabilidad y el éxito de las fases rehabilitadoras.

La prótesis parcial removible cumplió una función funcional y estética, el diseño y ajuste clínico permitieron rehabilitar la eficacia masticatoria, la fonación y la armonía estética, lo funcional y estético se observa como un impacto positivo en la dimensión psicosocial de la paciente, quien recuperó la seguridad de poder volver a sonreír sin ningún miedo, el éxito del tratamiento se refleja en la reintegración de la paciente a sus actividades sociales con un bienestar emocional y funcional plenamente restablecido.

En definitiva, este caso confirma que cuando un paciente llega con múltiples problemas, la mejor herramienta es un plan ordenado y en equipo. No se trata solo de aplicar técnicas aisladas, sino de coordinar cada especialidad y hacer un seguimiento real en el tiempo. Esta planificación personalizada es la única forma de asegurar que los resultados no sean temporales, sino que la paciente mantenga su salud y funcionalidad con una calidad que perdure.

Recomendaciones

Controles periódicos clínicos y radiográficos

La condición periodontal y la estabilidad de las restauraciones. Los controles periódicos permiten detectar de manera temprana cualquier desgaste, movilidad dentaria, lesión periapical o alteración protésica, asegurando la durabilidad de los resultados clínicos.

Refuerzo de la educación en higiene oral

No podemos bajar la guardia con la higiene oral. Es vital mantener a la paciente motivada para que no descuide su técnica de cepillado ni el uso del hilo dental y enjuagues. Si ella no mantiene este compromiso en casa, todo el trabajo de rehabilitación correría peligro, solo con una limpieza impecable evitaremos que aparezcan nuevas caries o que la inflamación periodontal regrese, algo crítico en un caso de esta complejidad.

Evaluación y ajustes protésicos periódicos

Resulta indispensable establecer un cronograma de revisiones periódicas para evaluar el asentamiento de la prótesis. El objetivo es detectar desajustes de forma preventiva, evitando que las piezas pilares soporten cargas oclusales excesivas o traumas por palanca. Estos controles garantizan que la distribución de fuerzas se mantenga dentro de los límites fisiológicos, preservando la salud de los tejidos y la estabilidad funcional lograda en la rehabilitación.

Documentación y seguimiento a largo plazo

El seguimiento es indispensable para poder ver la evolución del caso, se va a mantener un base con registros radiográficos y protocolos clínicos detallados que permitan realizar un análisis comparativo y fundamentar cualquier ajuste futuro.

Esta documentación sistemática se constituye como un reporte de caso que aporta evidencia sobre el manejo de rehabilitaciones complejas sirviendo como guía para protocolos clínicos interdisciplinarios similares al caso clínico

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Papapanou PN, Sanz M, Buduneli N, Dietrich T, Feres M, Fine DH, et al. Periodontitis: Consensus report of workgroup two of the World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. J Periodontol. 2018;89(Suppl 1): S173-S182. *(De base de datos PubMed / Journal of Periodontology)*.
2. Carr AB, Brown DT. McCracken's Removable Partial Prosthodontics. 13th ed. St. Louis: Elsevier; 2016. *(Texto base indexado en Scopus para biomecánica de PPR)*.
3. Lang NP, Lindhe J. Clinical Periodontology, and Implant Dentistry. 6th ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2015. *(Texto de referencia mundial para el manejo inter-fases en Scopus)*.
4. Zitzmann NU, Hagmann E, Weiger R. What is the prevalence of several types of prosthetic restorations in elderly populations? J Prosthet Dent. 2007;98(4):316-323. *(De Journal of Prosthetic Dentistry)*.
5. Budtz-Jorgensen E. Restoration of the partially edentulous mouth - a comparison of overdentures, removable partial dentures, and fixed partial dentures. J Prosthet Dent. 1996;75(1):36-44. *(De Journal of Prosthetic Dentistry)*.
6. DVD Dental. *Composite + onlay: técnicas avanzadas de restauración* [Internet]. DVD Dental; 2020 [citado 2026 ene 27].
7. Becker A, Chaushu S. Etiology of maxillary canine impaction: a review. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2015;148(4):557-567. *(Indexado en PubMed / Justifica el diagnóstico y comportamiento del canino retenido)*.
8. Ericson S, Kurol J. Radiographic examination of ectopically erupting maxillary canines. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 1988;93(6):503-512. *(Indexado en PubMed / Soporte radiográfico e imagenológico de caninos)*.
9. Bishara SE. Impacted maxillary canines: a review. I am J Orthod Dentofacial Orthop. 1992;101(2):159-171. *(Indexado en Scopus / Justifica el descarte de tracción ortodóntica en adultos)*.
10. Kokich VG, Mathews DP. Impacted teeth: surgical and orthodontic considerations. J Oral Maxillofac Surg. 1993;51(3):252-261. *(Indexado en PubMed / Sustenta los riesgos biológicos de la tracción en periodontos adultos)*.

11. Craddock HL, Youngson CC. Eruptive tooth movement — the current state of knowledge. *Br Dent J.* 2004;197(7):385-391. *(Indexado en Scopus / Justifica la biomecánica de la extrusión dentaria alveolar).*
12. Compagnon U, Woda A. Supraeruption of the unopposed maxillary first molar. *J Prosthet Dent.* 1991;66(1):29-34. *(De Journal of Prosthetic Dentistry / Modela el colapso del plano oclusal ante pérdida de antagonistas).*
13. Tonetti MS, Greenwell H, Kornman KS. Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition. *J Periodontol.* 2018;89(Suppl 1): S159-S172. *(De Journal of Periodontology / Respalda el diagnóstico epidemiológico de Periodontitis Estadio II).*
14. Sanz M, Herrera D, Kepler-Jensen A, Chapple I, Jepsen S, Meyle J, et al. Treatment of stage I–III periodontitis—The EFP S3 level clinical practice guideline. *J Clin Periodontol.* 2020;47(Suppl 22):4-60. *(Indexado en PubMed / Respalda cuantitativamente la reducción de profundidad de bolsa en fase higiénica).*
15. García-Calderón M, Torres-Lagares D, Infante-Cossío P, Gutiérrez-Pérez JL. Cirugía endodóntica e ortodóntica di incisivi superiori inclusi. *J Endod.* 2011;37(4):520-525. *(De Journal of Endodontics / Justifica la exodoncia en dientes impactados anteriores).*
16. Greenstein G. The role of bone grafts in periodontal therapy. *J Periodontol.* 2018;89(4):383-390. *(De Journal of Periodontology / Analiza las atrofas óseas causadas por la enfermedad periodontal avanzada).*
17. Avila G, Galindo-Moreno P, Soehren S, Misch CE, Morelli T, Wang HL. A novel decision-making process for tooth retention or extraction. *J Periodontol.* 2009;80(3):476-491. *(De Journal of Periodontology / Brinda los criterios de toma de decisiones entre conservar o extraer piezas).*
18. Schwendicke F, Frencken JE, Bjørndal L, Maltz M, Manton DJ, Ricketts D, et al. Managing carious lesions: Consensus recommendations on carious tissue removal. *Adv Dent Res.* 2016;28(2):58-67. *(Indexado en PubMed / Justifica el manejo de operatoria en cavidades Clase I y V con resinas de nanorelleno).*
19. Artun J, Osterberg SK. Periodontal status of teeth adjacent to unerupted anterior teeth following orthodontic alignment. *J Periodontol.* 1987;58(12):840-846. *(De Journal of Periodontology / Evidencia el peligro de pérdida ósea si se aplica ortodoncia en pacientes periodontales).*

20. Pihlstrom BL, McHugh RB, Oliphant TH, Ortiz-Campos C. Comparison of surgical and nonsurgical periodontal treatment. J Periodontol. 1983;54(6):324-330. (*De Journal of Periodontology / Parámetros cuantitativos para la estabilización de bolsas periodontales a ≤ 3 mm*).
21. Hargreaves KM, Berman LH. Cohen's Pathways of the Pulp. 11th ed. St. Louis: Elsevier; 2016. (*Indexado en Scopus y PubMed / Valida el protocolo de obturación hermética tridimensional en la pieza #23 con necrosis pulpar*).

ANEXOS

[illegible][illegible][illegible]

PROBABILITY

Let X be a discrete random variable with the following probability distribution:

X	$P(X=x)$
-4	0.05
-3	0.10
-2	0.15
-1	0.20
0	0.25
1	0.30
2	0.15
3	0.10
4	0.05
5	0.02
6	0.01
7	0.01
8	0.01
9	0.01
10	0.01

Find the mean and variance of X .

Solution:

Mean $E(X) = \sum x \cdot P(X=x)$

$E(X) = (-4)(0.05) + (-3)(0.10) + (-2)(0.15) + (-1)(0.20) + (0)(0.25) + (1)(0.30) + (2)(0.15) + (3)(0.10) + (4)(0.05) + (5)(0.02) + (6)(0.01) + (7)(0.01) + (8)(0.01) + (9)(0.01) + (10)(0.01)$
 $E(X) = -0.20 - 0.30 - 0.30 - 0.20 + 0 + 0.30 + 0.30 + 0.30 + 0.20 + 0.10 + 0.06 + 0.07 + 0.08 + 0.09 + 0.10$
 $E(X) = 1.375$

Variance $Var(X) = \sum x^2 \cdot P(X=x) - (E(X))^2$

$Var(X) = (-4)^2(0.05) + (-3)^2(0.10) + (-2)^2(0.15) + (-1)^2(0.20) + (0)^2(0.25) + (1)^2(0.30) + (2)^2(0.15) + (3)^2(0.10) + (4)^2(0.05) + (5)^2(0.02) + (6)^2(0.01) + (7)^2(0.01) + (8)^2(0.01) + (9)^2(0.01) + (10)^2(0.01)$
 $Var(X) = 0.80 + 0.90 + 0.60 + 0.20 + 0 + 0.30 + 0.60 + 0.90 + 0.80 + 0.50 + 0.36 + 0.49 + 0.64 + 0.81 + 1.00$
 $Var(X) = 6.56 - (1.375)^2$
 $Var(X) = 6.56 - 1.890625$
 $Var(X) = 4.669375$

Signature: A. J. J.

Date: 10/10/2010

 UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABI
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGIA
ASENTIMIENTO INFORMADO PROYECTO DE INVESTIGACION

 UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABI
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGIA
ASENTIMIENTO INFORMADO PROYECTO DE INVESTIGACION

3. INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE (PREFILLAR SIEMPRE USAR)

A. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN					
¿Cómo afecta la evaluación de evidencia y validación preclínica en pacientes con periodontitis?					
B. NÚMERO DE INVESTIGADOR PRINCIPAL Y DATOS DE CONTACTO					
Nombre completo:		Michelle Anali Narvaez Paez	Código:		0509484352
Teléfono:		1155-757611	Correo electrónico:		+1155-757611@fuer.unma.edu.ec
C. NOMBRE DEL INSTITUTO DONDE SE ENCUENTRA VUESTRO INSTITUTO (¿A PLICA?)					
Nombre completo:		Universidad Lica (Fuerza de Manabí)			
D. NOMBRE DEL PROYECTO/CONTRATO Y DATOS DEL CENTRO (¿A PLICA?)					
Nombre completo:		Código:			
Teléfono:		Correo electrónico:			
E. NOMBRE DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN DE VUESTRO HEMISFERIO QUE EVALUÓ Y APROBÓ EL ESTUDIO Y DATOS DEL CENTRO					
Nombre completo:		CEI San Manuel Suesi Zambrano, Esp.	Código:		1155374125
Teléfono:		098915167	Correo electrónico:		comet@sanmanuelgarcia@sanmanuel.edu.ec
F. NOMBRE DEL CENTRO O ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE REALIZA LA INVESTIGACIÓN					
Nombre del centro:		Centro de Investigación en seres humanos de la universidad Lica (Fuerza de Manabí) (CIRH-UELMAN)			

Clinica de la Facultad de Odontología de la Universidad Lica (Fuerza de Manabí)

7. INTRODUCCIÓN

El presente caso clínico tiene como finalidad documentar de manera detallada la evaluación, diagnóstico, tratamiento y evolución de un paciente atendido en la Facultad de Odontología de la Universidad Lica (Fuerza de Manabí). Este reporte académico puede servir de base para futuros trabajos, talleres, cursos, los procedimientos médicos y los resultados obtenidos, con el propósito de los nuevos datos de confiabilidad y consentimiento informado para la presentación de casos.

8. PROPÓSITO DEL ESTUDIO

1. Describir las antecedentes en clínica y hallazgos relevantes del paciente atendido.
2. Realizar una evaluación odontológica integral para identificar el diagnóstico clínico.
3. Registrar y documentar el tratamiento realizado y la evolución del paciente.
4. Evaluar la efectividad del abordaje interdisciplinario basado en periodoncia, endodoncia, operatoria, cirugía y prótesis en la rehabilitación oral integral.
5. Determinar los cambios funcionales, estéticos y evaluados obtenidos tras la aplicación de la sucesiva la terapéutica planificada

9. PROCEDIMIENTOS PARA REALIZAR					
Nº.	Antecedentes	Notificación del estudio	Lugar de ejecución	Responsable	Tiempo de duración
1	Antecedente inicial y registro de antecedentes periodontales y clínicos. Examen clínico intraoral y extraoral completo.	Describir la historia clínica y clínica e identificar signos clínicos completos, documentar el estado inicial y planificar el abordaje diagnóstico y tratamiento rehabilitador.	Clinica de la Facultad de Odontología UELMAN	Michelle Anali Narvaez Paez	Periodo 2025
2	Elaboración de historia clínica odontológica y toma de radiografías y exámenes complementarios.	Registre de manera oficial la condición del paciente para luego empezar el tratamiento.	Clinica de la Facultad de Odontología UELMAN	Michelle Anali Narvaez Paez	Periodo 2025
3	Derivante multidisciplinario con ultrasonido y radiografía de las piezas dentarias. Perfilado dentario.	Ejecutar la intervención clínica del tratamiento con la eliminación de cálculo y placa bacteriana supra y subgingival, lo que permite mejorar el estado periodontal del paciente preexistente para la rehabilitación.	Clinica de la Facultad de Odontología UELMAN	Michelle Anali Narvaez Paez	Periodo 2025
4	Extracción de caries retentiva e inclusión central extractiva, que altera la estética y dificulta la correcta planificación posterior.	Es necesario la extracción del caries debido a que puede causar alteraciones y patología en boca. "El control estético genera desconfianza ocular, si estar fuera del plan oficial, dificulta la correcta función e estabilidad del tratamiento odontológico"	Clinica de la Facultad de Odontología UELMAN	Michelle Anali Narvaez Paez	Periodo 2025
5	Tratamiento endodóntico en pieza #23	Realizar el tratamiento para comenzar a reducir la infección que tenga el diente.	Clinica de la Facultad de Odontología UELMAN	Michelle Anali Narvaez Paez	Periodo 2025
6	Restauraciones de caries clase V y clase I, en piezas anteriores para estética y funcionalidad dentaria.	Eliminar el foco infeccioso de caries para dejar una buena estética en cada pieza dental.	Clinica de la Facultad de Odontología UELMAN	Michelle Anali Narvaez Paez	Periodo 2025
7	Toma de impresión dental, para realizar los apoyos en las piezas maxilares, posterior toma de impresión dentalizado reguardando con protección luz ultravioleta.	Posteriormente se llevará a cabo el registro intermaxilar para dimensionar las relaciones oclusales, conformando con la grilla de adaptación mecánica y la grilla de dentura en cera. Finalmente, se efectuará la extracción de la prótesis maxilar en un consultorio protodentario, verificando ajuste, retención, comodidad y función adecuada.	Clinica de la Facultad de Odontología UELMAN	Michelle Anali Narvaez Paez	Periodo 2025
8	Calentamiento y entrega de la prótesis dental, controlarse post colocación.	Entregar al paciente sobre sus cues, regueros y cuidados, con el objetivo de mejorar su calidad de vida, la estética y la calidad de vida del paciente. Identificar y corregir posibles molestias, aparte la adaptación.	Clinica de la Facultad de Odontología UELMAN	Michelle Anali Narvaez Paez	Periodo 2025

[illegible]

ANEXO 11. Formato de Carta de exención

Oficio circular No. 0033-CEISH-JMSZ-2026
Manta, 26 de enero de 2026

Señor/a,
Michelle Anahi Narváez Pincay
Investigadora Principal:
Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí
Presente

De mi consideración,

El Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí (CEISH-Uleam), una vez que revisó el protocolo de investigación titulado: "Camino retenido con indicación de exodoncia y rehabilitación protésica en paciente con periodontitis localizada. Análisis de caso". Codificado como "CEISH-Uleam_0565" notifica a Usted que este proyecto es una investigación exenta de evaluación por parte del CEISH-Uleam, de acuerdo con lo establecido en la normativa legal vigente.

Descripción de la Investigación:

- Tipo de estudio: Observacional
- Duración del estudio:

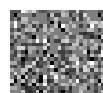
Instituciones participantes: Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí
Investigador del estudio: Michelle Anahi Narváez Pincay

Documentación de la investigación:

Nombre de Documentos	Número de páginas	Fecha
Declaración de responsabilidad	3	3/12/2026
Carta de interés de el/los máximas autoridades de el/los establecimientos	No aplica	No aplica
Solicitud de exención con justificación para considerarlo exento	No aplica	No aplica
Formulario para la presentación de protocolos de investigaciones	No aplica	No aplica
Instrumentos que se emplearán para la ejecución del estudio	No aplica	No aplica

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

Atentamente,



Juan Manuel Sierra
Zambrano

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

Fotografías extraorales iniciales



Fotografías intraorales iniciales



Tratamiento periodontal. Detartraje



Cicatrización cirugía



Prueba de metal



Fotografías finales Extra orales



Fotografías finales Intraorales

