



UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

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

TEMA:

**Rehabilitación integral de paciente con antecedente de consumo de tabaco y diagnóstico de
periodontitis estadio IV, grado C, de extensión generalizada, atendido en la Carrera de
odontología, ULEAM 2025-2**

AUTORA:

Adriana Stefany Paredes

TUTORA:

Od. Sol Holguín García. Esp.

MANTA-MANABÍ-ECUADOR

2026

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

CERTIFICACIÓN

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

Haber dirigido, revisado y aprobado preliminarmente el Trabajo de Integración Curricular bajo la autoría de la estudiante Paredes Veliz Adriana Stefanny legalmente matriculada en la carrera de Odontología, período académico 2026-1, cumpliendo el total de 384 horas, cuyo tema del proyecto es "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.

Lo certifico,

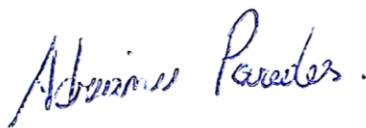

 Od. Sol Holguín García, Esp.
 Docente Tutor(a)
 Área: Odontología

Od. Sol Holguín García, Esp.
 ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRÍA
 REGISTRO 0762170244

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Yo, Adriana Stefany Paredes Veliz con C.I # 1312047044 en calidad de autor del proyecto de investigación titulado **“Rehabilitación integral de paciente con antecedente de consumo de tabaco y diagnóstico de periodontitis estadio IV, grado C, de extensión generalizada, atendido en la Carrera de odontología, ULEAM 2025-2”** 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.



Adriana Stefany Paredes Veliz

Nombre del alumno

1312047044

C.I

DEDICATORIA

Dedico este logro, en primer lugar, a Dios, por ser mi guía y mi fortaleza. En los momentos más difíciles me dio la fuerza para seguir adelante y nunca permitió que perdiera la esperanza de alcanzar este sueño.

A mis queridos padres, Marcos y Cruz, por su amor incondicional, sus sacrificios y por creer siempre en mí. Gracias por su apoyo económico, paciencia y por ser el pilar más importante de mi vida. En especial a mi mamá, quien tantas noches permaneció despierta estudiando a mi lado.

A mi hermanito, Marcos Jr., a quien amo profundamente. Tu llegada llenó mi vida de felicidad y eres una de las personas más importantes para mí.

A mi prometido, Jacob S., por creer en mí desde el primer momento, por su amor, paciencia y apoyo incondicional, y por celebrar cada uno de mis logros como si fueran propios. Gracias a Dios por poner en mi vida a un compañero tan maravilloso.

A mis queridos amigos Gemita, Naydelin, David y Miguel V., gracias por su amistad, apoyo y por todos los momentos compartidos. Les deseo muchas bendiciones y éxitos.

A mis docentes, por compartir sus conocimientos e inspirarme a ser una mejor profesional y persona. En especial a mi tutora, la Dra. Sol, por su guía constante y por enseñarme el amor por la odontopediatría.

Finalmente, a mis pacientes, gracias por confiar en mí desde mis primeros procedimientos clínicos. Su paciencia y disposición fueron fundamentales para mi formación como odontóloga.

RESUMEN

El presente análisis de caso fue realizado en la Carrera de Odontología de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí durante el período 2025-2. En este trabajo se aborda la rehabilitación integral de un paciente masculino de 77 años con antecedente de tabaquismo y diagnóstico de periodontitis estadio IV, grado C, de extensión generalizada. Esta enfermedad periodontal es considerada una de las más severas, ya que provoca una importante pérdida dental, dificultades funcionales y alteraciones estéticas que afectan de manera significativa la calidad de vida del paciente. Durante la evaluación clínica y radiográfica se evidenció movilidad dental severa, pérdida ósea tanto vertical como horizontal, erosión dental, reabsorción gingival y lesiones periapicales, lo que determinó un pronóstico desfavorable para las piezas dentarias remanentes.

Para el manejo del caso se realizó una evaluación integral clínica y radiográfica, seguida de un tratamiento multidisciplinario y secuencial. La intervención incluyó terapia periodontal inicial, eliminación de factores etiológicos, exodoncia de las piezas con mal pronóstico, regularización del reborde alveolar y posterior rehabilitación mediante prótesis total. Además, se efectuaron controles postoperatorios y seguimiento de la cicatrización para asegurar una adecuada recuperación de los tejidos.

Los resultados obtenidos mostraron una notable mejoría en la función, estética y bienestar emocional del paciente, logrando una correcta adaptación a la prótesis y recuperación de la función masticatoria y fonética. Finalmente, este caso resalta la importancia de un manejo integral y del control de factores de riesgo, como el tabaquismo, para mejorar el pronóstico y el éxito de la rehabilitación oral en pacientes con periodontitis avanzada.

Palabras clave: Periodontitis, prótesis dentales, pérdida de hueso alveolar, tabaquismo, rehabilitación bucodental.

ABSTRACT

This case analysis was conducted in the Dentistry Program at Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí during the 2025-2 academic period. The study describes the comprehensive rehabilitation of a 77-year-old male patient with a history of smoking and a diagnosis of generalized Stage IV, Grade C periodontitis. This periodontal disease is considered one of the most severe forms, as it leads to significant tooth loss, functional impairment, and esthetic alterations that considerably affect the patient's quality of life. Clinical and radiographic examinations revealed severe tooth mobility, both vertical and horizontal alveolar bone loss, dental erosion, gingival recession, and periapical lesions, resulting in a poor prognosis for the remaining teeth.

Case management consisted of a comprehensive clinical and radiographic assessment followed by a multidisciplinary, sequential treatment approach. The intervention included initial periodontal therapy, elimination of etiological factors, extraction of teeth with a hopeless prognosis, alveolar ridge recontouring, and subsequent rehabilitation with complete dentures. Postoperative follow-up and monitoring of the healing process were also performed to ensure adequate tissue recovery.

The outcomes demonstrated significant improvements in the patient's oral function, esthetics, and emotional well-being, with successful adaptation to the complete dentures and restoration of masticatory and phonetic function. This case highlights the importance of comprehensive management and risk factor control, particularly smoking cessation, in improving prognosis and achieving successful oral rehabilitation in patients with advanced periodontitis.

Keywords: Periodontitis, Dental Prosthesis, Alveolar Bone Loss, Smoking, Oral Rehabilitation.

ÍNDICE

CERTIFICACIÓN	II
DECLARACIÓN DE AUTORÍA.....	III
DEDICATORIA	IV
RESUMEN.....	V
ABSTRACT	VI
INTRODUCCIÓN	9
CAPITULO I: EL PROBLEMA.....	10
Planteamiento del problema	10
1.2 Objetivos	12
1.2.1 Objetivo general	12
1.2.2. Objetivos Específicos	12
1.3 Justificación	12
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO.....	14
2.1 Antecedentes	14
2.2 Bases Teóricas.....	14
2.2.1 Periodoncia	14
2.2.2 La periodontitis.....	15
2.2.3 Clasificación.....	15
2.2.4 Periodontitis Estadio IV/Grado C generalizada	17
2.2.5 Epidemiología y relevancia clínica.....	17
2.2.6 Etiología y fisiopatología.....	17
2.3 Características clínicas y radiográficas del Estadio IV / Grado C generalizado: .	18
2.3.1 Caries dental.....	18
2.3.2 Patología pulpal/apical.	18
2.3.3 Exodoncias.....	18
2.3.4 Dientes fracturados	18
2.3.5 Raíces dentales retenidas	19

2.3.6	Extracciones preprotésicas.....	19
2.3.7	Regularización ósea.....	19
2.3.8	Prótesis total removible	19
2.3.9	Dimensión vertical.....	20
2.3.10	Componentes estéticos.....	20
2.3.11	Componentes faciales	20
2.3.12	Selección de los dientes	21
CAPÍTULO III- MARCO METODOLÓGICO.....		22
3.1	Diseño del estudio	22
3.2	Criterios de inclusion del caso	22
3.3	Criterios de exclusión.....	22
3.4	Actividades.....	22
3.5	Instrumentos de recolección de datos.....	22
3.6	Recursos humanos	23
3.7	Recursos Materiales.....	23
PRESENTACIÓN DEL CASO.....		24
CAPÍTULO IV. RESULTADOS		25
Resultados.....		25
DISCUSIÓN.....		34
CONCLUSIONES		36
RECOMENDACIONES		37
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS		38
ANEXOS.....		40

INTRODUCCIÓN

Recuperar la función del sistema estomatognático en pacientes que han padecido de disfunciones al hablar, masticar o tragar a causa de perder uno o más dientes es el objetivo de la rehabilitación oral. El sistema masticatorio es un complejo sistema neuromuscular y esquelético que incluye los músculos, huesos, nervios y tejidos periodontales, su reconstrucción debe ser realizada a partir de un trabajo interdisciplinario con el objetivo de alcanzar una rehabilitación que satisfaga las necesidades funcionales, biológicas y estéticas. La pérdida de las piezas dentales provoca cambios como la reducción de la fuerza al masticar, la pérdida de la sensación propioceptiva y efectos estéticos negativos en el área facial. También tiene un significativo impacto psicológico porque el paciente queda privado de una parte esencial de su identidad y puede experimentar dificultad para adaptarse, lo cual afecta su bienestar psicosocial y, por lo tanto, su calidad de vida. (1)

El propósito de esta investigación de caso es restaurar integral y oralmente a un paciente con enfermedad periodontal de grado C, estadio IV, que presenta una pérdida generalizada del soporte óseo de los dientes y ha consumido tabaco en el pasado. En este caso se trabajó con diversas áreas de la especialidad: periodoncia, cirugía bucodental y prótesis total.

Se argumentará de igual manera, basándose en varios autores, la decisión de cada procedimiento realizado al paciente de manera minuciosa. Se empezará con el control de la enfermedad periodontal y su relevancia antes de llevar a cabo cualquier tratamiento. En la zona quirúrgica bucal, se demostrará que el paciente tenía un estado dental irrecuperable; por lo tanto, el plan de tratamiento incluyó la extracción total de los órganos dentales restantes, además del procedimiento quirúrgico para eliminar una exostosis mandibular. El propósito fue acabar con las irregularidades óseas y asegurar una base alveolar uniforme, mejorando así las condiciones para la futura fase protésica., para concluir se confeccionará una prótesis total bimaxilar buscando reintegrar las funciones fonéticas y masticatorias del paciente, garantizando al mismo tiempo una armonía estética que impacte positivamente en su calidad de vida.

CAPITULO I: EL PROBLEMA

Planteamiento del problema

La periodontitis estadio IV, grado C, de extensión generalizada constituye una condición periodontal severa caracterizada por destrucción avanzada de los tejidos de soporte, pérdida de inserción clínica, movilidad dentaria, pérdida ósea extensa y compromiso funcional y estético, que en muchos casos puede conducir al edentulismo parcial o total. Esta condición representa un reto clínico importante, especialmente cuando se asocia a factores de riesgo modificadores como el antecedente de consumo de tabaco, el cual agrava la progresión de la enfermedad periodontal, compromete la respuesta del huésped, disminuye la capacidad de reparación tisular y puede afectar el pronóstico de los tratamientos rehabilitadores.

En pacientes con periodontitis avanzada asociada al tabaquismo, el deterioro severo de las estructuras periodontales puede limitar las alternativas terapéuticas conservadoras, haciendo necesario un abordaje integral que contemple tratamiento periodontal, exodoncias de piezas con pronóstico desfavorable, regularización del reborde alveolar y posterior rehabilitación protésica. No obstante, la secuencia y planificación de este tipo de tratamiento representa un desafío clínico, debido a la necesidad de restablecer la función masticatoria, la fonación, la estética y mejorar la calidad de vida del paciente mediante una rehabilitación oral integral.

En el contexto de la atención brindada en la Carrera de Odontología de la ULEAM durante el período 2025-2, se presenta el caso de un paciente con antecedente de consumo de tabaco y diagnóstico de periodontitis estadio IV, grado C, de extensión generalizada, con pérdida severa de estructuras de soporte y compromiso funcional significativo, cuya condición requiere un manejo secuencial complejo para su rehabilitación. Frente a esta problemática surge la necesidad de analizar cómo el abordaje integral de este caso clínico permite establecer una secuencia terapéutica adecuada para el manejo de la enfermedad periodontal avanzada y la posterior rehabilitación protésica total.

En este sentido, el problema central radica en determinar cómo desarrollar una rehabilitación integral en un paciente con estas características clínicas, considerando las implicaciones del antecedente de tabaquismo, la severidad del compromiso periodontal, la necesidad de exodoncias y acondicionamiento alveolar, así como la planificación protésica orientada a recuperar la función oral, la estética y mejorar la calidad de vida del paciente.

Pregunta de análisis del caso

¿Cómo se desarrolla el abordaje terapéutico para la rehabilitación integral de un paciente con antecedente de consumo de tabaco y diagnóstico de periodontitis estadio IV, grado C, de extensión generalizada, atendido en la Carrera de Odontología, ULEAM 2025-2?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general

- Realizar la rehabilitación oral integral del paciente mediante tratamiento periodontal, intervención quirúrgica y confección de prótesis total, con el fin de restablecer la función masticatoria, fonética y estética.

1.2.2. Objetivos Específicos

- Evaluar clínica y radiográficamente el estado periodontal y el pronóstico de los dientes remanentes.
- Controlar la infección periodontal mediante la terapia periodontal básica.
- Reevaluar el pronóstico de los dientes remanentes para definir el tratamiento quirúrgico.
- Realizar las exodoncias indicadas y la regularización del reborde alveolar y la adecuación quirúrgica de los rebordes alveolares para mejorar las condiciones del lecho protésico.
- Diseñar, confeccionar y adaptar la prótesis total que devuelva la armonía oclusal, la fonética, la funcionalidad y la apariencia facial del paciente.
- Efectuar un seguimiento y control de la evolución clínica y funcional del paciente posterior a la rehabilitación oral integral, con énfasis en la adaptación de los tejidos, la eficiencia masticatoria y el confort protésico.

1.3 Justificación

El presente análisis de caso se justifica por la relevancia clínica y académica de documentar el abordaje integral de un paciente con antecedente de consumo de tabaco y diagnóstico de periodontitis estadio IV, grado C, de extensión generalizada, condición que representa una de las formas más severas de enfermedad periodontal y que puede conducir a pérdida dentaria extensa, alteraciones funcionales, compromiso estético y afectaciones en la calidad de vida del paciente. La complejidad de este cuadro clínico, sumada a la influencia del tabaquismo como factor modificador del pronóstico periodontal, convierte su manejo en un desafío terapéutico que amerita ser analizado desde una perspectiva integral y secuencial. (4)

Desde el punto de vista clínico, este caso se justifica por la necesidad de analizar un abordaje terapéutico que integre las fases periodontal, quirúrgica y protésica, orientadas al control de la infección, la eliminación de factores etiológicos, la estabilización de los tejidos de soporte, la realización de las exodoncias indicadas, la regularización alveolar y la posterior rehabilitación mediante prótesis total. El estudio de esta secuencia terapéutica permite evidenciar la importancia

de establecer una base biológica adecuada para favorecer la predictibilidad, funcionalidad y longevidad del tratamiento rehabilitador. (3)

Asimismo, este análisis de caso posee pertinencia científica y académica porque permite sistematizar la toma de decisiones clínicas en pacientes con periodontitis avanzada y necesidad de rehabilitación compleja, aportando evidencia aplicada sobre protocolos de manejo multidisciplinario en escenarios de alta complejidad. En este sentido, documentar la transición terapéutica desde una condición periodontal severa hasta la rehabilitación protésica total puede constituir una referencia para la discusión clínica, la formación académica y el fortalecimiento de criterios para el manejo de casos similares. (5)

De igual manera, se justifica por su aporte práctico y social, al evidenciar cómo una rehabilitación oral integral puede contribuir a restablecer la función masticatoria, la fonación, la estética y favorecer mejoras en el estado nutricional, el bienestar psicológico y la calidad de vida del paciente. Además, resalta la importancia de intervenir sobre factores de riesgo como el tabaquismo, no solo para mejorar el pronóstico del tratamiento, sino también para prevenir recurrencias y reducir el riesgo de fracaso rehabilitador. (5)

En consecuencia, este análisis presenta un valor clínico, académico y formativo, al permitir comprender, documentar y evaluar un abordaje terapéutico integral en un paciente con periodontitis avanzada, generando aportes para la práctica odontológica y para el manejo de casos complejos en el ámbito de la rehabilitación oral.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Para la interrelación entre la periodoncia y las prótesis ha sido ampliamente debatida por dentistas, una condición periodontal sana y estable es un requisito necesario para el éxito y la estabilidad a largo plazo de la terapia protésica, y debe prestarse mucha atención antes, durante y después de la terapia protésica. Al mismo tiempo, los defectos de tejidos blandos y duros, los problemas estéticos y la pérdida de dientes relacionados con la atención periodontal deben resolverse mediante la terapia protésica. Las consideraciones periodontales en la odontología protésica tienen gran importancia clínica. (6)

La salud periodontal es un requisito esencial antes de cualquier procedimiento de rehabilitación oral, debido a que la existencia de inflamación de las encías, bolsas periodontales activas y pérdida de inserción comprometen de forma significativa los tratamientos con prótesis.

En circunstancias en las que es necesario realizar extracciones dentales, principalmente en pacientes con enfermedad periodontal avanzada: la literatura señala que es fundamental el tratamiento periodontal previo para disminuir la carga de bacterias, promover una cicatrización apropiada y proteger el tejido óseo residuo. (7)

2.2 Bases Teóricas

La rehabilitación oral es la rama de la odontología que tiene como objetivo restablecer la función masticatoria, la estética, la fonación y la salud oral del paciente, mediante un enfoque integral y secuencial que involucra diferentes especialidades. En pacientes con enfermedad periodontal avanzada, la rehabilitación oral requiere una planificación interdisciplinaria que garantice la estabilidad biológica de los tejidos antes de la colocación de cualquier aparato protésico.

En el presente análisis de caso se engloban de forma directa la periodoncia, la cirugía oral y la prótesis total removible, estas disciplinas permiten abordar las alteraciones del periodonto, la eliminación de piezas dentarias con pronóstico desfavorable y la posterior restitución protésica.

2.2.1. Periodoncia

Se encarga del diagnóstico, tratamiento y control de las enfermedades que afectan los tejidos de soporte dentario. En pacientes con periodontitis, la terapia periodontal previa es

indispensable para controlar la infección, reducir la inflamación y estabilizar los tejidos, creando condiciones adecuadas para los procedimientos quirúrgicos y protésicos.

2.2.2. La periodontitis

La periodontitis se establece como una enfermedad inflamatoria crónica, multifactorial, intrínsecamente ligada a la presencia de biopelículas de placa bacteriana disbióticas en el área subgingival. Más que una simple infección, la periodontitis representa una patología donde la respuesta inflamatoria del huésped juega un rol central, desencadenando la destrucción progresiva e irreversible de los tejidos de soporte del diente, es decir, el aparato periodontal, incluyendo el ligamento, el cemento radicular y el crucial hueso alveolar. Clínicamente, su progresión suele iniciar con una fase de gingivitis, caracterizada por la inflamación, enrojecimiento y sangrado de las encías sin pérdida de soporte. Sin embargo, cuando la inflamación persiste, se produce la pérdida de inserción clínica (CAL) y la reabsorción ósea, marcando la transición a la periodontitis y la formación de bolsas periodontales. Esta destrucción no siempre es lineal, sino que tiende a ser episódica y puede verse drásticamente acelerada por factores de riesgo clave. El cálculo (sarro) es considerado un factor de retención de la placa, no la causa principal; sin embargo, los factores sistémicos, especialmente el hábito tabáquico (cuya intensidad influye directamente) y la diabetes mellitus mal controlada son determinantes que modulan la velocidad y gravedad de la enfermedad.

2.2.3 Clasificación

La clasificación más reciente y vigente de la periodontitis es la establecida por la American Academy of Periodontology (AAP) y la European Federation of Periodontology (EFP) durante el World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-implant Diseases and Conditions realizado en 2017, cuyos documentos de consenso fueron publicados oficialmente en 2018. Esta clasificación reemplazó completamente el sistema anterior de 1999 y, hasta el año 2025, continúa siendo la referencia internacional aceptada tanto en la práctica clínica como en la investigación científica. (3)

Uno de los cambios conceptuales más importantes de esta nueva clasificación es que la periodontitis deja de subdividirse en “periodontitis crónica” y “periodontitis agresiva”. Estas categorías fueron eliminadas debido a la falta de evidencia científica que demostrara que se trataban de entidades biológicamente distintas. En su lugar, todas las formas de la enfermedad se agrupan bajo un único diagnóstico denominado simplemente periodontitis, el cual se describe y

caracteriza mediante un sistema combinado de estadios y grados. Este enfoque permite una evaluación más precisa de la severidad, complejidad, velocidad de progresión y pronóstico de la enfermedad. El estadio de la periodontitis se utiliza para describir la gravedad de la destrucción periodontal y la complejidad del manejo clínico. Se divide en cuatro estadios, numerados del I al IV Y se determina principalmente en función de la pérdida clínica de inserción interdental, la pérdida ósea radiográfica, la profundidad de sondaje, la presencia de defectos óseos verticales, la afectación de furcaciones, la movilidad dental y la pérdida dentaria atribuible a la periodontitis. El Estadio I corresponde a una periodontitis inicial, con pérdida de inserción leve y mínima pérdida ósea. El Estadio II representa una periodontitis establecida o moderada, con mayor pérdida de inserción y pérdida ósea más evidente. El Estadio III describe una periodontitis severa caracterizada por una destrucción significativa del soporte periodontal, presencia frecuente de defectos óseos complejos, furcaciones avanzadas y riesgo de pérdida dentaria. Finalmente, el Estadio IV corresponde a una periodontitis muy avanzada, en la que además del daño periodontal severo existe compromiso funcional, colapso de la oclusión, migración patológica, pérdida de múltiples dientes y necesidad de rehabilitación compleja. (5)

Además del estadio, la clasificación incorpora el concepto de grado, el cual evalúa la velocidad de progresión de la enfermedad, el riesgo futuro de mayor destrucción periodontal y la posible repercusión sistémica del proceso inflamatorio. La gradación se divide en tres niveles: Grado A, B y C. Cuando la enfermedad avanza lentamente y apenas se observa pérdida de hueso con el tiempo, se trata del Grado A. El Grado B se refiere a un progreso moderado, que es el patrón más frecuente. El Grado C indica una evolución rápida y agresiva, que se distingue por una destrucción periodontal excesiva en comparación con el volumen de biofilm existente. Para establecer el grado, se toman en cuenta factores clínicos y radiográficos, así como la existencia de factores de riesgo, sobre todo la diabetes mellitus mal controlada y el tabaquismo. Estos pueden alterar el grado incluso si no se cuenta con datos longitudinales precisos. La clasificación también especifica la extensión y distribución de la periodontitis. Esta puede ser localizada, cuando afecta a menos del 30 % de los dientes presentes, o generalizada, cuando compromete el 30 % o más de la dentición. (8)

2.2.4 Periodontitis Estadio IV/Grado C generalizada

La periodontitis Estadio IV representa la forma más severa de la enfermedad, caracterizada por una pérdida extensa del soporte periodontal, movilidad dentaria avanzada, colapso de la oclusión, pérdida de múltiples dientes y una afectación significativa de la función oral. Por su parte, el Grado C identifica a aquellos pacientes con una progresión rápida de la enfermedad, asociada frecuentemente a factores modificadores de riesgo como el tabaquismo y ciertas condiciones sistémicas, lo que incrementa el riesgo de deterioro periodontal acelerado y pérdida dentaria temprana.

2.2.5 Epidemiología y relevancia clínica

La periodontitis severa es una causa importante de daño de tejidos de soporte y pérdida dentaria. Los pacientes que se encuentran en el Estadio IV/Grado C son los más complicados y destructivos, con una alta probabilidad de pérdida dental y necesidad de un tratamiento complejo. Considerando que el grado C implica progresión rápida, los desenlaces negativos (pérdida dentaria adicional, necesidad de extracciones extensas, edentulismo total) son frecuentes si no se controla la etiología y los factores de riesgo.

2.2.6 Etiología y fisiopatología

El tabaquismo ha sido registrado de manera extensa como un factor de riesgo fundamental para el avance, la evolución y la severidad de la periodontitis. El consumo prolongado de tabaco modifica la vascularización de los tejidos periodontales se reduce y la reacción inmunitaria del hospedador promueve un ambiente microbiológico más patógeno, lo cual propicia el deterioro periodontal más veloz y sigilosa. En pacientes que han fumado o fuman y tienen antecedentes de consumo si se prolongan, estos cambios pueden llevar a etapas avanzadas de periodontitis, como el estadio IV o grado C generalizada, que finaliza con la pérdida completa de los dientes naturales.

Estadio IV / Grado C generalizado, que concluye con la pérdida completa de los dientes naturales. La pérdida dentaria total secundaria a periodontitis avanzada representa una consecuencia clínica de alto impacto, con repercusiones funcionales, estéticas, psicológicas y sociales. Además, plantea importantes desafíos terapéuticos en cuanto a la rehabilitación oral, especialmente en pacientes con antecedentes de tabaquismo, debido a la reabsorción ósea severa y al mayor riesgo de complicaciones en tratamientos protésicos e implantológicos. En este contexto, la correcta identificación, clasificación y comprensión de la periodontitis en su forma

más avanzada resulta fundamental tanto para la práctica clínica como para el desarrollo de estrategias preventivas y terapéuticas basadas en evidencia científica. (9)

2.3 Características clínicas y radiográficas del Estadio IV / Grado C generalizado:

Bolsas periodontales profundas ($>6-7$ mm), pérdida de inserción clínica importante (CAL ≥ 5 mm en múltiples sitios), movilidad dentaria avanzada, furcaciones severas (grado III/IV), abscesos periodontales recurrentes, recesiones extensas y destrucción ósea horizontal y vertical hasta el tercio medio/apical de las raíces. Radiográficamente se observa pérdida ósea extensa (afectación de más del 50% en múltiples dientes en casos avanzados), colapso de la altura alveolar y raíces expuestas en panorámica. La extensión “generalizada” se define habitualmente cuando $>30\%$ de los dientes están afectados. Estos signos ayudan a clasificar en Estadio IV y, junto con historia de progresión rápida, asignar Grado C.

2.3.1 Caries dental.

Cuando la caries dental ha avanzado significativamente, a menudo no hay suficiente tejido dental sano para permitir una restauración de ningún tipo. Esto haría que un diente fuera irrecuperable, dejando la extracción como única opción viable de tratamiento. La caries es ampliamente aceptada como la principal causa de extracción dental. (10)

2.3.2 Patología pulpal/apical.

Una secuela común de la caries dental es la patología pulpar y periapical. Una extracción dental estaría indicada para un diente con patología pulpar o apical que no puede resolverse con tratamiento endodóntico o que no sería restaurable tras el tratamiento. En algunos casos, se indica una extracción dental cuando el paciente decide no someterse a tratamiento endodóntico pero aún desea que se trate el diente. (10)

2.3.3 Exodoncias.

Se puede ofrecer una extracción dental a los pacientes por múltiples razones. Aunque siempre se pone énfasis en conservar la mayor parte posible de la dentición, hay casos en los que esto ya no es factible ni lo mejor para el paciente. (10)

2.3.4 Dientes fracturados

Los dientes fracturados que no puedan restaurarse o conservarse adecuadamente requerirán extracción. (10)

2.3.5 Raíces dentales retenidas

Pueden estar presentes tras fracturas de corona debidas a caries o traumatismos, o tras una extracción dental incompleta. Algunas situaciones permiten la retención de una raíz dental, como por motivos protésicos o por el riesgo de dañar las estructuras circundantes en un intento de recuperarlas. Sin embargo, pueden causar infección y dolor. (10)

2.3.6 Extracciones preprotésicas

Se puede considerar la extracción de algunas piezas dentales si se considera que los dientes tienen un pronóstico desfavorable que luego afectarán negativamente la instalación de la prótesis. (10)

2.3.7 Regularización ósea

Es un procedimiento quirúrgico bucal que implica alisar las irregularidades del hueso de la parte superior o inferior de la boca. También se le conoce como cirugía preprotésica, ya que, en muchas ocasiones, se lleva a cabo con el propósito de insertar una prótesis o dentadura postiza. La regularización de los huesos bucales es apropiada cuando las anomalías óseas:

- Impiden asentar prótesis
- Dificultan el habla (torus mandibulares).
- Causan heridas al comer.
- Presentan dolor

2.3.8 Prótesis total removible

Las prótesis totales removibles son prótesis dentales artificiales completas que sustituyen todos los dientes de una arcada (maxilar superior o mandíbula) cuando una persona ha perdido todos sus dientes naturales. Se llaman removibles porque el paciente puede retirarlas y colocarlas por sí mismo están apoyadas en los tejidos blandos y hueso de la boca, sin dientes naturales de soporte.

Ayudan a restaurar la función masticatoria, el habla, la estética facial y la autoestima del paciente, con un tiempo clínico de adaptación.

2.3.9 Dimensión vertical

La dimensión vertical se define como la distancia medida en línea recta entre dos puntos anatómicos seleccionados. La dimensión vertical en oclusión (VDO) se define como "la longitud de la cara cuando los dientes (bordes oclusales, puntos centrales o cualquier otro registro) están en contacto y la mandíbula está en relación céntrica o los dientes están en oclusión céntrica, por otro lado la dimensión vertical en reposo (VDR) se define como "la longitud de la cara cuando la mandíbula está en posición de reposo". Esta es la posición de la mandíbula en relación con el maxilar cuando los músculos están en un estado de equilibrio tónico. (11)

Esta posición está influida por los músculos de la masticación, que participan en el habla, la deglución y la respiración. La posición de reposo se consigue cuando hay un equilibrio entre la gravedad y el tono muscular en reposo. La posición de reposo fisiológica se denomina correctamente "rango de postura" en lugar de posición de reposo único, ya que la actividad electromiografía (EMG) indica que la posición de reposo clínico no corresponde a una actividad muscular mínima, que es varios milímetros inferiores a la posición de reposo clínico. (11)

2.3.10 Componentes estéticos

Esto incluye componentes faciales, consideraciones dento-labiales, dentales y dentales como la forma del diente, la forma y la dimensión del diente. Fonética junto con la salud gingival del paciente.

2.3.11 Componentes faciales

La selección de la forma y tamaño del diente está determinada principalmente por el perfil del paciente visto desde el lado frontal. Existen diferentes perfiles frontales de los pacientes, que incluyen perfil cuadrado, perfil afilado, afilamiento cuadrado y perfil ovoide frontal del paciente. El perfil frontal es uno de los aspectos de la selección del tamaño y la forma del diente en términos de estética en la fabricación de una dentadura completa. La línea interpupilar debe estar perpendicular a la línea media de la cara. La línea media de la cara es la línea importante que desempeña un papel fundamental en la formación de la estética en la parte frontal de la prótesis completa. La línea media se marca uniendo la glabella con la punta de la nariz mediante filtrum y la punta de la barbilla.

2.3.12 Selección de los dientes

En la selección de dientes se requieren algunos registros pre-extracción junto con registros posteriores para la adecuada decisión del tono, forma y tamaño del diente, ayudando a determinar la forma, color y tamaño de los dientes naturales (12)

Se deben usar dientes más grandes en el caso de la cara grande y dientes más pequeños en el de la cara, cuando el paciente está relajado, los dientes maxilares anteriores deben sostener el labio maxilar, debe determinarse la forma oclusal de los dientes posteriores, igual que los dientes anatómicos modificados deben usarse en pacientes con buenas crestas residuales. Y dientes no anatómicos o de cero grados para pacientes con crestas reabsorbidas. (12)

CAPÍTULO III- MARCO METODOLÓGICO

3.1 Diseño del estudio

El presente trabajo corresponde a una investigación de tipo descriptiva, con enfoque cualitativo, bajo la modalidad de estudio de caso clínico. Este diseño metodológico permite analizar de manera detallada el caso de un paciente con diagnóstico de periodontitis Estadio IV / Grado C generalizada, enfatizando sus características clínicas, radiográficas y etiopatogénicas, así como los factores de riesgo asociados, en especial el tabaquismo, y su relación con la progresión acelerada de la enfermedad y la pérdida dentaria total. (2)

3.2 Criterios de inclusion del caso

- a) Paciente con enfermedad periodontal avanzada con antecedentes de tabaquismo.

3.3 Criterios de exclusión

- a. Niños de 5 a 11 años que acuden a la clínica de Odontopediatría, cuyos padres no hayan suscrito el consentimiento informado.
- b. Adolescentes de 12 a 14 años, que no hayan suscrito el asentamiento informado y cuyos padres no hayan suscrito el consentimiento informado.
- c. Personas inmunocomprometidas o con enfermedades catastróficas.

3.4 Actividades

Tiempo y lugar

- I. Responsables: Investigador principal, estudiante Adriana Paredes Veliz
- II. Lugar donde se realizará la actividad: Clínica Odontológicas de la Carrera de Odontología, Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí
- III. Periodo de desarrollo de la actividad: Septiembre-Enero 2026
- IV. Tiempo de duración de la actividad: 5 meses

3.5 Instrumentos de recolección de datos

- Consentimiento informado
- Historia Clínica Odontologica formato 033 MSP
- Periodontograma

3.6 Recursos humanos

Investigador principal: Adriana Paredes

3.7 Recursos Materiales

- ✓ Historia Clínica Odontológica formato 033 MSP
- ✓ Consentimientos informados.
- ✓ Exámenes complementarios: Radiografías periapicales y panorámicas.

PRESENTACIÓN DEL CASO.

Paciente masculino de 77 años acude a consulta odontológica para evaluación integral por medio de un examen clínico y posterior radiográfico luego del análisis de antecedentes, se evidencio diferentes hallazgos principalmente de origen periodontal que en consecuencia alteraban la función, forma y estética dental, se puede evidenciar que el maxilar existe la ausencia de la mayoría de las piezas dentales y la remanencia únicamente de las piezas 24, 25 y 28, las cuales presentan clínicamente movilidad dental grado 3 con desplazamiento vertical y horizontal, evidenciado en las radiografías en la que se identifica pérdida ósea vertical a nivel del tercio apical.

La reabsorción ósea evidente permite identificar la zona edéntula en la clase III de la clasificación de Seibert sobre los defectos del reborde alveolar. Las piezas dentales inferiores remanentes presentan alteraciones dentales, como desgaste oclusal, bordes delgados, zona de aparente exposición de dentina compatible con Erosión dental. En el cuadrante III clínicamente presentan Erosión dental, movilidad grado 1 y reabsorción gingival clase IV de Miller. Se agrega en esta zona la ausencia de la pieza 36 lo que incentivo la inclinación mesial de la pieza 37. En el examen radiográfico se evidencio lesión periapical de la pieza 32 sintomático a los estímulos térmicos, y de percusión, además la pérdida ósea se evidencio en un patrón horizontal a nivel medio, a excepción de la pieza 37 con un patrón vertical en mesial a nivel apical. El sextante IV clínicamente presenta características similares a las piezas contralaterales, pero sin presencia de las piezas 45, 46 y 47 con la pieza 44 con perdida dentaria marcada que se extiende hacia ocluso distal y exposición pulpar asintomático. Radiografía mente el patrón de pérdida ósea es horizontal y en relación con la reabsorción del reborde en la zona edéntula.

Las piezas que el paciente aún conserva no tienen un pronóstico optimista para garantizar la estabilidad y el soporte de futuras prótesis.

Con los estudios realizados tanto clínicos y radiográficos y el antecedente de tabaquismo factor modificador de la enfermedad, este caso se categoriza como periodontitis Estadio IV por la complejidad del tratamiento terapéutico, el compromiso funcional y la pérdida severa de dientes. Por su parte, se clasifica como Grado C debido a la rápida evolución de la enfermedad asociada con un factor de riesgo significativo.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

Resultados

La rehabilitación oral se llevó a cabo de forma gradual y mostró un progreso positivo en la salud del paciente.

En la primera cita se procedió a explicarle detalladamente al paciente cómo sería su plan de tratamiento, una vez que él mismo aceptó se comenzó con el llenado del consentimiento informado e historia clínica, También Se hizo uso del periodontograma para evaluar El estado de las encías y su soporte dentario, se le explicó que a la percusión sus dientes presentaban movilidad y excesivo cálculo dental, también se pudo visualizar inflamación gingival generalizada confirmando el compromiso periodontal avanzado, Fotografía Inicial Pre-rehabilitación Oral con revelador de placa (fig. 1)

Toma de Rx Panorámica inicial que evidencia pérdida ósea horizontal y vertical generalizada, asociada a un severo compromiso del soporte periodontal. (fig. 2)

Toma de serie radiográfica periapical inicial. Superior e inferior. (fig. 3)



Figura 1 Registro fotográfico intraoral Inicial Pre-rehabilitacion Oral.

Fuente: Paredes, 2026.

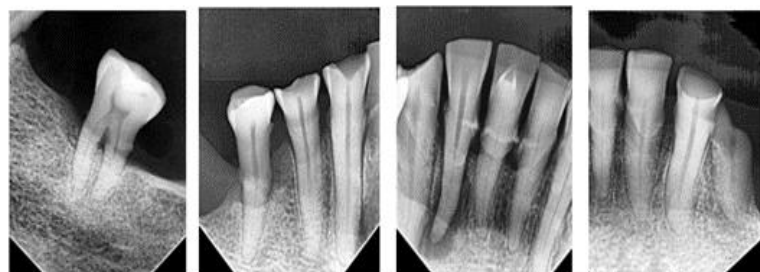


Figura 2. Rx Panorámica inicial

Fuente: Paredes, 2026.



Figura 3 Collage de la serie radiográfica periapical inicial. Superior e inferior
Fuente: Paredes, 2026.



En la segunda y tercera cita, realizada siete días después, se procedió a la eliminación del cálculo y placa, con el objetivo de tener una disminución de la carga bacteriana y reducir la inflamación gingival. (fig. 3)



Figura 3 Vista anterior, inferior. (A) con depósitos calcificados (B) posterior al tratamiento de detartraje
Fuente: Paredes, 2026

Se evaluó que dientes se podían conservar para la relación de una prótesis parcial sin embargo al concluir el destreje se evidencio una pérdida osea muy avanzada con movilidad en todas las piezas dentales descartando esta opción, se documentó después 3 días posteriores a la intervención. La vista frontal depósitos calcificados visibles - encías enrojecidas, vista lateral izquierda desgaste oclusal severo y presencia de fistula, Vista lateral derecha, perdida de soporte óseo severa, Vista oclusal superior e inferior con depósitos calcificados visibles y posterior al detartraje (fig. 4-5-6-7)



Figura 4 Vista frontal, primera imagen con depósitos calcificados, segunda imagen posterior al detartraje
Fuente: Paredes, 2026



Figura 5 Vista lateral izquierda, desgaste oclusal severo y presencia de fistula, (A) Antes del tratamiento, (B) posterior al detartraje

Fuente: Paredes, 2026



Figura 6 Vista lateral derecha, perdida de soporte óseo severa

Fuente: Paredes, 2026



Figura 7 Vista oclusal inferior y superior, con depósitos calcificados visibles y posterior al detartraje

Fuente: Paredes, 2026

Se decidió otorgar un período de descanso a los tejidos orales para permitir su estabilización antes de realizar los procedimientos quirúrgicos por 7 días más, se recomendó al paciente realizar las técnicas del cepillado correctamente y el uso de colutorio para bajar el riesgo de infecciones post operatoria. Una vez cumplido este período, se iniciaron las exodoncias dentales de manera progresiva, comenzando por un sector del arco dentario con el objetivo de reducir el trauma quirúrgico y se finalizó suturando cada pieza extraída con sutura de seda no reabsorbible.

Siete días después, se procedió a la extracción de las piezas dentarias restantes, durante el mismo acto quirúrgico se realizó la regularización del reborde alveolar, debido a la presencia de múltiples exostosis óseas, especialmente en el sector anterior inferior, con el fin de preparar adecuadamente los tejidos para la futura rehabilitación protésica. (fig. 8)

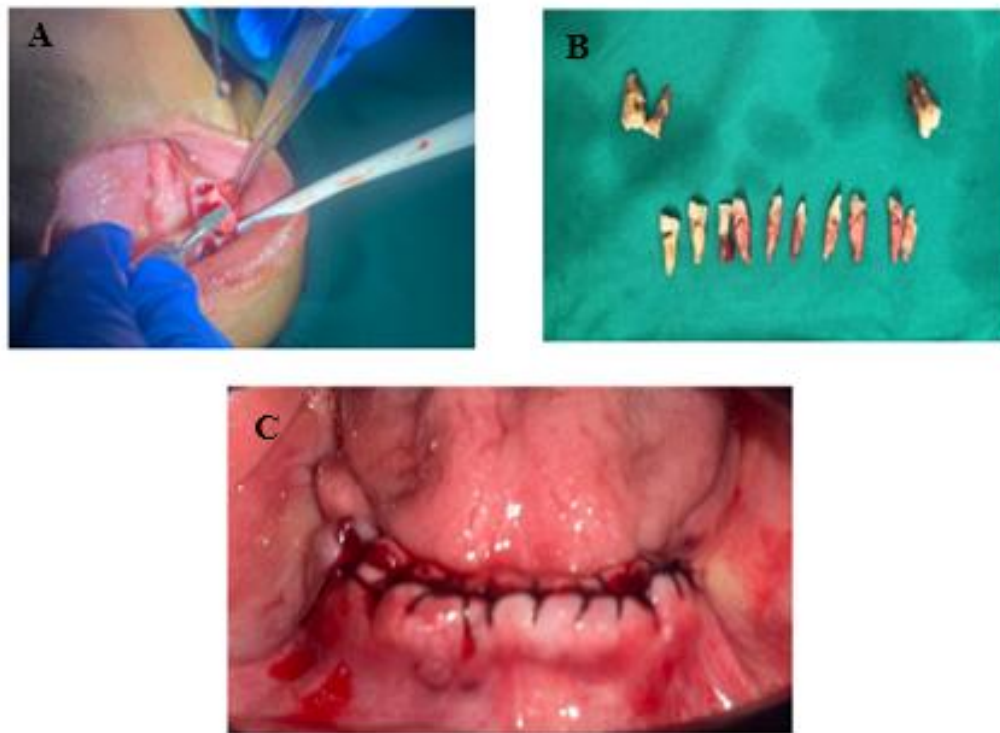


Figura 8 Collage de imágenes, (A) extracción de piezas dentarias remanentes. (B) Piezas dentarias extraídas. (C) finalizó suturando cada pieza extraída con sutura de seda no reabsorbible.

Fuente: Paredes, 2026

Culminada la etapa quirúrgica, se esperó un período de un mes para la cicatrización de los tejidos.

Después de este periodo, se observó una cicatrización apropiada y sin complicaciones, con tejidos blandos en circunstancias propicias para comenzar a fabricar la prótesis total. (fig.9)

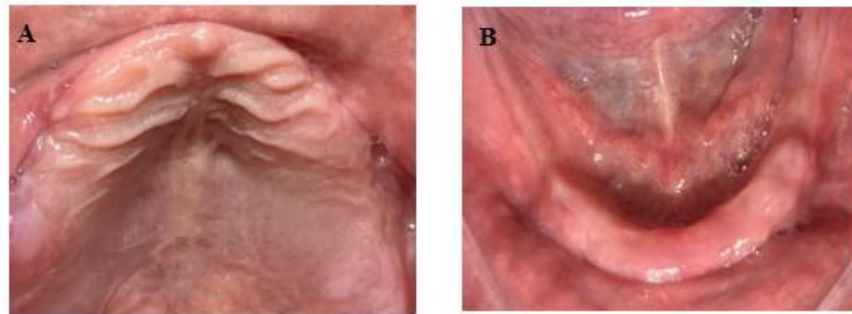


Figura 9 Collage de imágenes, (A) cicatrización apropiada en arcada superior. (B) cicatrización en arcada inferior.

Fuente: Paredes, 2026

Se llevó a cabo la elaboración de la prótesis total superior e inferior, procedimiento que duró alrededor de tres semanas, la prótesis fue instalada, el paciente asistió a la cita de control cinco días después, en la cual se mostró un hematoma superior e inferior, vinculado con la adaptación de la prótesis. (fig.10 - 11)



Figura 10 Collage de imágenes, (A) Modelos de estudio y elaboración de cucharillas individuales. (B) prueba de cera. (C) Impresión definitiva.

Fuente: Paredes, 2026

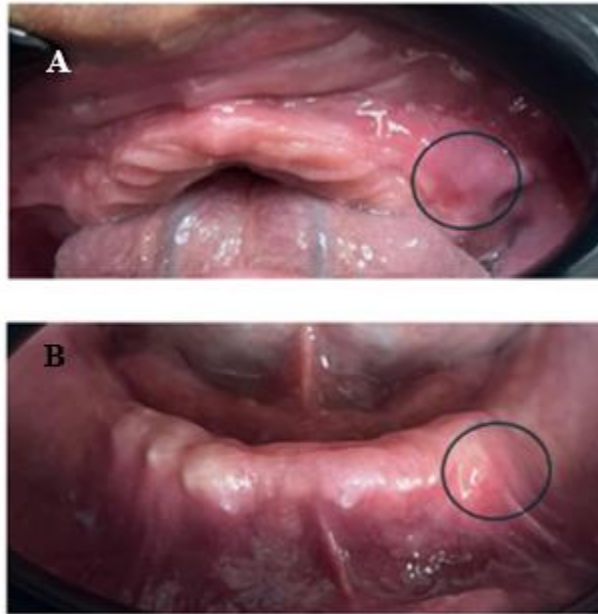


Figura 11 Collage de imágenes, (A) hematoma en el maxilar superior. (B) hematoma en el maxilar inferior.

Fuente: Paredes, 2026

Se realizó el alivio correspondiente de la prótesis, logrando la eliminación de las molestias referidas. (fig.12)



Figura 12 realizacion de los alivios en la prótesis tratando de mitigar las molestias

Fuente: Paredes, 2026

En la última cita de control, el paciente manifestó sentirse cómodo con la prótesis, refirió haber recuperado su autoestima, así como una mejora significativa en la función masticatoria y fonatoria, indicando que pudo volver a hablar sin mascarilla y consumir alimentos que anteriormente no podía ingerir. (fig.13 - 14)



Figura 13 Collage de imágenes, **fotografía frontal y laterales** del paciente antes del tratamiento.

Fuente: Paredes, 2026

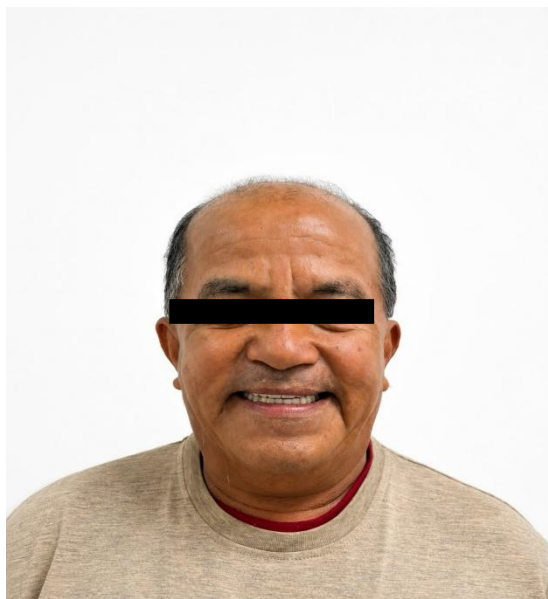
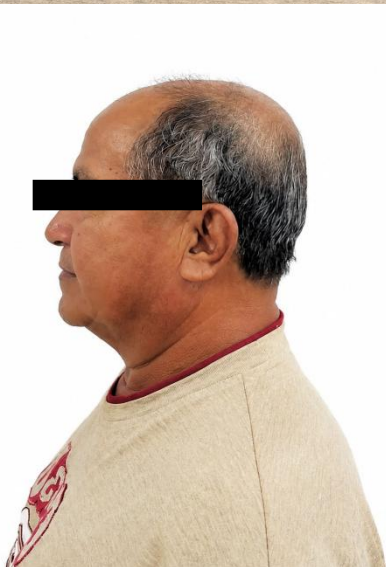


Figura 14 Collage de imágenes, *fotografía frontal y laterales* del paciente después del tratamiento.

Fuente: Paredes, 2026



DISCUSIÓN.

El desafío clínico de restablecer la salud dental en pacientes con enfermedades periodontales avanzadas y pérdida total de los dientes representa una planificación secuencial basada en fundamentos biológicos. En estos casos, la eficacia terapéutica no depende únicamente de la creación y colocación de una prótesis completa, sino también en la gestión adecuada de los tejidos periodontales residuales, la adecuada preparación quirúrgica del reborde alveolar y el respeto a los periodos de cicatrización. Desde esta perspectiva, la rehabilitación debe ser entendida como un proceso integral que empieza con el manejo de la infección y termina con la recuperación estética y funcional del paciente.

Autores como (13) han indicado que el pronóstico de cualquier tratamiento de rehabilitación depende de la fase inicial periodontal. La regulación de la placa y la remoción de los cálculos supragingival y subgingival facilitan la disminución de la inflamación gingival y la estabilización de los tejidos previo a intervenciones quirúrgicas más drásticas.

La mejoría clínica notada a los tres días después del detartraje corrobora lo mencionado en la literatura acerca de la respuesta positiva de los tejidos al eliminar el factor primario de causa. Este descubrimiento enfatiza la relevancia de empezar con la terapia periodontal, incluso en pacientes con un pronóstico dentario desfavorable.

Respecto a la etapa quirúrgica, diversas investigaciones concuerdan en que llevar a cabo exodoncias graduales puede reducir el trauma postoperatorio y promover una recuperación más regulada de los tejidos blandos y duros. Igualmente, el proceso de regularización del reborde alveolar es esencial cuando se presentan anomalías óseas, como la exostosis, que podrían poner en riesgo la estabilidad y adaptación proteica. La bibliografía subraya que la existencia de rebordes irregulares puede provocar áreas de sobrepresión, ulceraciones y dolor tras la instalación, impactando el éxito de la rehabilitación. En esta situación, la elección de llevar a cabo la normalización ósea durante la intervención quirúrgica posibilitó la formación de una base anatómica apropiada para la futura prótesis completa, potenciando su soporte y estabilidad. (14)

El período de cicatrización previo al inicio de la fase protésica también es un aspecto ampliamente discutido en rehabilitación oral. Autores como (15) coinciden en que respetar los tiempos biológicos de reparación tisular es esencial para evitar reabsorciones aceleradas,

inestabilidad protésica y complicaciones postoperatorias. La adecuada cicatrización observada al mes de la intervención quirúrgica evidencia que el protocolo aplicado fue correcto y permitió iniciar la confección protésica en condiciones favorables.

La aparición de un hematoma localizado posterior a la instalación protésica se relaciona como una complicación leve asociada a zonas de presión excesiva en prótesis totales recientes. Este acontecimiento enfatiza la relevancia de los controles posteriores a la instalación, ya que permiten realizar ajustes oportunos y prevenir lesiones mayores en la mucosa. La resolución inmediata mediante alivio protésico demuestra que el seguimiento clínico es tan importante como la fase de elaboración de la prótesis.

Otro punto importante es que más allá de los aspectos clínicos y técnicos, la rehabilitación con prótesis total tiene un impacto significativo en la calidad de vida del paciente como la recuperación de la función masticatoria y fonatoria, así como la mejora en la autoestima y en la interacción social, han sido ampliamente documentadas como beneficios fundamentales del tratamiento protésico. En el presente caso, la satisfacción del paciente y la recuperación de su seguridad al hablar y alimentarse evidencian que el éxito terapéutico no debe medirse únicamente en términos biológicos, sino también en función del bienestar psicológico y social.

En resumen, este caso demuestra que la rehabilitación de un paciente con edentulismo total y periodontitis avanzada necesita una planificación que contemple el control etiológico, la adecuada gestión quirúrgica del reborde alveolar, la consideración de los periodos de cicatrización y un seguimiento postprotésico constante. La incorporación adecuada de estas etapas hace posible alcanzar resultados funcionales, estéticos y emocionales que sean satisfactorios y aseguran una rehabilitación adecuada.

CONCLUSIONES

La rehabilitación oral en pacientes que padecen periodontitis estadio IV, grado C generalizada requiere un abordaje multidisciplinario y secuencial, donde el control inicial de la enfermedad periodontal garantiza el éxito de las fases quirúrgicas y protésicas.

El caso clínico demostró que, ante un pronóstico dentario desfavorable y pérdida ósea severa, la exodoncia total acompañada de la regularización del reborde alveolar es una alternativa para lograr una rehabilitación protésica funcional.

El tiempo adecuado de cicatrización y los controles fueron determinantes para obtener condiciones tisulares favorables, evitando así complicaciones postoperatorias y favoreciendo la correcta adaptación de la prótesis total.

La rehabilitación no solo mejoro los aspectos funcionales, también tuvo un impacto significativo en la calidad de vida del paciente, reflejado en la recuperación de la autoestima y la reintegración social.

Finalmente, se confirma la importancia de intervenir oportunamente los factores de riesgo como el tabaquismo y de realizar controles periódicos, ya que estos influyen en la progresión de la enfermedad periodontal y en el éxito a largo plazo del tratamiento rehabilitador.

RECOMENDACIONES

Fortalecer la importancia de tratar la enfermedad periodontal a tiempo para prevenir la pérdida de las piezas dentales.

Realizar un correcto diagnóstico que sea beneficioso para el paciente y se asemeje a sus expectativas.

Reforzar los hábitos de higiene oral y controles periodontales para detectar alguna nueva anomalía de ser el caso.

Promover el progreso y la documentación de los casos clínicos para potenciar la evidencia científica

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Al Kawas S, et al. The impact of smoking different tobacco types on the subgingival microbiome and periodontal health: a pilot study. *Scientific Reports*. 2021 Enero; 13(11). doi: 10.1038/s41598-021-89261-w
2. Blanco T, et al. Diagnostic modulation of subgingival proteomic biomarkers by age and smoking habits in periodontitis. *Journal of Clinical Periodontology*. 2026 Enero; 1(16). doi: 10.1002/jper.70054
3. Bouchard P, et al. Risk factors in periodontology: a conceptual framework. *Journal of Clinical Periodontology*. 2017 FEBRERO; 44(2). doi: 10.1111/jcpe.12650
4. Caton J, et al. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions - Introduction and key changes from the 1999 classification. *Journal of Clinical Periodontology*. 2018 Junio; 45(20). doi:10.1111/jcpe.12935.
5. Emami E, et al. The impact of edentulism on oral and general health. *International Journal of Dentistry*. 2013 Mayo; 498305(7). doi:10.1155/2013/498305.
6. Jiang Y, et al. The Impact of Smoking on Subgingival Microflora: From *Periodontal Health to Disease*. *Frontiers in Microbiology*. 2020 Enero; 11(66). doi:10.3389/fmicb.2020.00066.
7. Kayaaltı S, et al. Evaluation of the Effects of Smoking on Trabecular Bone Microarchitecture Using Cone-Beam Computed Tomography in Periodontal Disease. *Cureus*. 2025 Diciembre; 17(12). doi:10.7759/cureus.98851.
8. Kohler J, et al. Smoking induces increased apoptosis in osteoblasts: changes in bone matrix organic components. *Scientific Reports*. 2023 Abril; 13(6938). doi:10.1038/s41598-023-33965-8.
9. Korkmaz M, et al. Comparison of trabecular bone structure in individuals with healthy periodontium and stage III/IV, grade C periodontitis by fractal analysis. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology*. 2023 Marzo; 135(3). doi:10.1016/j.oooo.2022.09.041.

10. Misch C. Dental Implant Prosthetics. 2nd ed. St. Louis: *Elsevier*; 2015.
11. Newman M, et al. Carranza FA. Carranza's Clinical Periodontology. 13th ed. Philadelphia: *Elsevier*; 2018.
12. Nociti F, et al. Current perspective of the impact of smoking on the progression and treatment of periodontitis. *Periodontol 2000*. 2015 Diciembre; 67(1). doi:10.1111/prd.12063.
13. Okeson J. Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares. Barcelona: *Elsevier*; 2019.
14. Park J, et al. Periodontitis presenting among betel quid users: A case series. *Clinical Advances in Periodontics*. 2025 Septiembre; 15(3). doi:10.1002/cap.10311.
15. Sanz M, et al. Treatment of stage I–III periodontitis—The EFP S3 level clinical practice guideline. *Journal of Clinical Periodontology*. 2020 Mayo; 47(22). doi:10.1111/jcpe.13290.
16. Senaratne N, et al. Effect of different forms of tobacco on the oral microbiome in healthy adults: a systematic review. *Front Oral Health*. 2024 Febrero; 20. doi:10.3389/froh.2024.1310334.
17. Soltani P, et al. Application of Fractal Analysis in Detecting Trabecular Bone Changes in Periapical Radiograph of Patients with Periodontitis. *International Journal of Dentistry*. 2021 Octubre. doi:10.1155/2021/3221448.
18. Tonetti M, et al. Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition. *Journal of Periodontology*. 2018 Junio; 89(12). doi:10.1002/JPER.18-0006.
19. Zarb G, et al. Prosthodontic treatment for edentulous patients: complete dentures and implant-supported prostheses. 13th ed. St. Louis: *Mosby*; 2013.
20. Zhang M, et al. An update on periodontal inflammation and bone loss. *Frontiers in Immunology*. 2024 Junio; 15. doi:10.3389/fimmu.2024.1385436.

ANEXOS



UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABI
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGIA
ASENTIMIENTO INFORMADO PROYECTO DE INVESTIGACION PARA NIÑOS ENTRE 12 Y 18 AÑOS

PARTE I: INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE/REPRESENTANTE LEGAL

A. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN					
REHABILITACIÓN INTEGRAL DE PACIENTE CON ANTECEDENTE DE CONSUMO DE TABACO Y DIAGNÓSTICO DE PERIODONTITIS ESTADIO IV, GRADO C, DE EXTENSIÓN GENERALIZADA, ATENDIDO EN LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA, ULEAM 2025-2.					
B. NOMBRE DE INVESTIGADOR PRINCIPAL Y DATOS DE CONTACTO					
Nombres completos:	Adriana Stefany Paredes Veliz		Cedula:	1312047044	
Teléfono:	0960410838		Correo electrónico:	c11312047044@uleam.edu.ec	
Nombre de la institución a la cual se encuentra suscrito el investigador (SI APLICA):			Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí		
C. NOMBRE DEL PATROCINADOR Y DATOS DEL CONTACTO (SI APLICA)					
Nombres completos:			Cedula:		
Teléfono:			Correo electrónico:		
D. NOMBRE DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS QUE EVALUÓ Y APROBÓ EL ESTUDIO Y DATOS DEL CONTACTO					
Nombres completos:	Od. Juan Manuel Sierra Zambrano, Esp.		Cedula:	1310374119	
Teléfono:	0989693757		Correo electrónico:	comiteeticainvestigacion@uleam.edu.ec	
Nombre del comité:			Comité de ética e investigación en seres humanos de la universidad laica Eloy Alfaro de Manabí (CEISH -ULEAM)		
E. NOMBRE DEL CENTRO O ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE REALIZARÁ LA INVESTIGACIÓN					
Clínicas de la facultad de Odontología de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí					
F. INTRODUCCIÓN					
La periodontitis estadio IV, grado C es una enfermedad inflamatoria crónica y destructiva del aparato de soporte dental, caracterizada por una pérdida severa de inserción y hueso alveolar. Este proyecto presenta el análisis clínico de un caso con afectación generalizada, destacando su diagnóstico, factores asociados y enfoque terapéutico integral.					
G. PROPÓSITO DEL ESTUDIO					
1. Analizar las características clínicas, radiográficas y etiológicas de un caso de periodontitis estadio IV, grado C, de extensión generalizada. 2. Evaluar la respuesta al tratamiento periodontal integral y su impacto en la función y salud oral del paciente. 3. Promover la comprensión de la importancia del diagnóstico temprano y del control de factores de riesgo en la prevención de la progresión periodontal.					
H. PROCEDIMIENTOS POR REALIZAR					
No.	Actividad	Justificación del motivo	Lugar de ejecución	Responsable	Tiempo de duración
1.	Llenado 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.	Clinicas de odontología de la ULEAM	Adriana Stefany Paredes Veliz	Periodo 2025 (2)
2.	Detartraje supragingival con ultrasonido y subgingival de las piezas dentarias. Profilaxis dental	Permite eliminar cálculos y placa bacteriana supra y subgingival, mejorando la salud periodontal y preparando la cavidad oral para el tratamiento rehabilitador.	Clinicas de odontología de la ULEAM	Adriana Stefany Paredes Veliz	Periodo 2025 (2)
3.	Extracción de todas las piezas dentarias y regularización ósea	Pérdida severa de soporte óseo, movilidad avanzada y compromiso funcional, esta medida busca eliminar focos infecciosos, aliviar el dolor y permitir una futura rehabilitación protésica adecuada.	Clinicas de odontología de la ULEAM	Adriana Stefany Paredes Veliz	Periodo 2025 (2)
4.	Toma de impresión primaria con alginato para confección de cubeta individual	Permite obtener un modelo preliminar de los maxilares. Este modelo sirve para confeccionar una cubeta individual que garantiza una impresión definitiva más precisa, mejor adaptación y exactitud en la futura rehabilitación protésica.	Clinicas de odontología de la ULEAM	Adriana Stefany Paredes Veliz	Periodo 2025 (2)
5.	Toma de impresión definitiva con silicona de adición para la confección de placa base y rodets de cera	Registrar con precisión los tejidos de soporte, con el fin de obtener modelos asegurando estabilidad, adaptación y correcta determinación de planos oclusales y relaciones maxilomandibulares.	Clinicas de odontología de la ULEAM	Adriana Stefany Paredes Veliz	Periodo 2025 (2)
6.	Registro de relaciones maxilomandibulares; selección de dientes artificiales	Determinar las relaciones maxilomandibulares para establecer una oclusión funcional y armónica, así como seleccionar los dientes artificiales adecuados en forma, tamaño y color.	Clinicas de odontología de la ULEAM	Adriana Stefany Paredes Veliz	Periodo 2025 (2)
7.	Prueba estética y funcional en cera	Verificar la correcta posición de los dientes, la armonía facial, la fonética y la oclusión antes del procesamiento final de la prótesis.	Clinicas de odontología de la ULEAM	Adriana Stefany Paredes Veliz	Periodo 2025 (2)
8.	Colocación y entrega de las prótesis	Instruir al paciente sobre su uso, higiene y cuidados, con el objetivo de mejorar la función oral, la estética y la calidad de vida del paciente.	Clinicas de odontología de la ULEAM	Adriana Stefany Paredes Veliz	Periodo 2025 (2)
9.	Controles post-instalacion	Supervisar la adaptación de la prótesis, identificar y corregir posibles molestias, ajustar la oclusión y verificar la higiene, asegurando la funcionalidad, comodidad y durabilidad de la rehabilitación protésica a largo plazo	Clinicas de odontología de la ULEAM	Adriana Stefany Paredes Veliz	Periodo 2025 (2)
I. BENEFICIOS DE LA PARTICIPACIÓN Y FORMA DE SOCIALIZAR LOS RESULTADOS					
1. Fortalecimiento académico: Permite aplicar conocimientos teóricos en un caso clínico real, desarrollando pensamiento crítico y habilidades diagnósticas. 2. Actualización científica: Favorece la comprensión de las nuevas clasificaciones periodontales y protocolos terapéuticos. 3. Trabajo colaborativo: Promueve el intercambio de experiencias y la comunicación efectiva entre estudiantes y docente					



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

ASENTIMIENTO INFORMADO PROYECTO DE INVESTIGACION PARA NIÑOS ENTRE 12 Y
18 AÑOS

J. RIESGOS FISICOS Y PSICOLOGICOS A CORTO Y LARGO PLAZO DE LA PARTICIPACIÓN Y FORMAS DE MITIGARLOS	
Riesgos	Forma de mitigarlos
1. Lesión de tejidos blandos intra y extraorales durante el uso del explorador	Uso cuidadoso del instrumental
2. Reacción alérgica al látex	Se consultará verbalmente y registrará en la historia clínica si presenta alergia al latex
3. Dolor postoperatorio	Control con anestesia, analgésicos y cuidados domiciliarios.
4. Hemorragia o trauma en tejidos blandos	Aplicación de técnica quirúrgica correcta y control hemostático inmediato.
5. Lesión de encías 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 RESGUARDAR LA CONFIDENCIALIDAD DE DATOS	
1. Durante el desarrollo de la investigación la información obtenida; será entregada a la/el investigadora/or principal previamente ANONIMIZADOS .	
2. Al finalizar la investigación la información obtenida; será eliminada al cabo de 3 meses de entregado el producto final o será entregada de forma ANONIMIZADA a la/el director/ra de carrera con el propósito de contribuir al desarrollo de futuras investigaciones.	

PARTE II: CONSENTIMIENTO INFORMADO

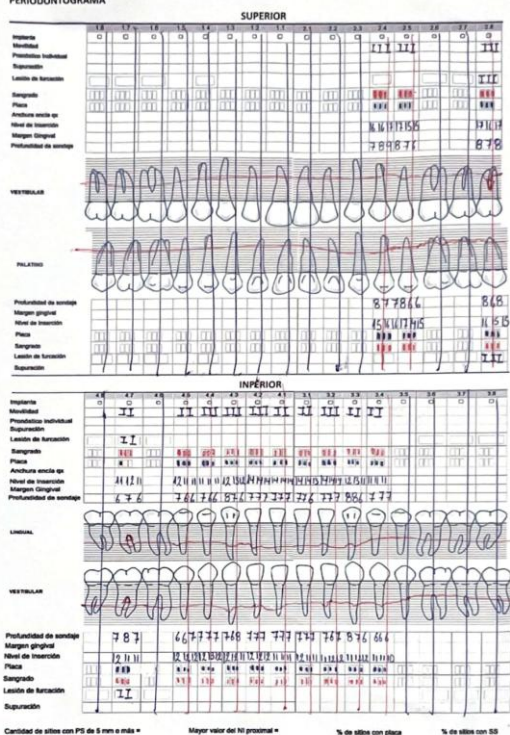
A. DECLARATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO		
Yo, en calidad de participante/representante legal del participante declaro que:		
1. He leído el consentimiento informado.	SI	NO
2. Han respondido a todas mis preguntas.	X	
3. Entiendo los riesgos y beneficios de participar.	X	
4. Entiendo que firmar este documento, NO implica renunciar a ninguno de los derechos que por ley me corresponden.	X	
5. He sido informado de todos y cada uno de los procedimientos que se realizarán para la ejecución de la investigación	X	
6. He sido informado que los cuestionarios y en general cualquier registro que contenga sus datos será resguardado en un sitio seguro.	X	
7. He sido informado que los resultados podrán ser publicados en revistas científicas u otros medios bibliográficos o pueden ser presentados en reuniones o eventos con fines académicos manteniendo el anonimato de estos sin revelar mi nombre o datos de identificación.	X	
8. He sido informado que al finalizar la investigación la información obtenida; será eliminada al cabo de 3 meses de entregado el producto final o será entregada de forma ANONIMIZADA a la/el director/ra de carrera con el propósito de contribuir al desarrollo de futuras investigaciones.	X	
9. He sido informado que los datos recolectados durante el proceso están sujetos a una política de estricta confidencialidad y que, por lo tanto, no puede ser divulgados a terceras personas sin nuestro consentimiento expreso. He sido informado que en el caso de que el investigador sea ordenado judicialmente o el mismo identifique situaciones que puedan representar un riesgo muy grave para mi persona mi representado legal en su defecto, el investigador entregará solo la información pertinente del asunto en cuestión a las entidades acertadas, manteniendo la confidencialidad de cualquier otra información.	X	
10. Me será entregada una copia, una vez suscrito este documento.	X	
11. Mi participación es voluntaria, por lo que tengo el DERECHO de retirar mi consentimiento en cualquier momento.	X	
12. Consiento voluntariamente mi participación o la de mi representado en el estudio.	X	

		
	Firma/Huella	Firma/Huella
Denominación	Firma participante/ representante legal	Firma testigo #1
Nombres completos:	Glorioso Del Jesus Mantuano	Adriana Stefany Paredes Veliz
Cédula:	1306119189	1312047044
Correo electrónico:		e11312047044@uleam.edu.ec
Teléfono:	0939579843	0960410838
Dirección:	Tarqui - Manta	Montecristi
Lugar y fecha:	Manta 05 de Octubre 2025	

[illegible]

A. IDENTIFICATION		B. PRACTICE TEST: THE PRE-CLINICAL AND CLINICAL ACTIVITY, WITH A MAXIMUM OF 10 "PRACTICE" PRACTICES FOR EACH STUDENT																C. STUDENT INFORMATION	
NAME	STUDENT ID	PRACTICE TEST: THE PRE-CLINICAL AND CLINICAL ACTIVITY, WITH A MAXIMUM OF 10 "PRACTICE" PRACTICES FOR EACH STUDENT																DATE	TIME
1	2	PRACTICE TEST: THE PRE-CLINICAL AND CLINICAL ACTIVITY, WITH A MAXIMUM OF 10 "PRACTICE" PRACTICES FOR EACH STUDENT																3	4
5	6	PRACTICE TEST: THE PRE-CLINICAL AND CLINICAL ACTIVITY, WITH A MAXIMUM OF 10 "PRACTICE" PRACTICES FOR EACH STUDENT																7	8
9	10	PRACTICE TEST: THE PRE-CLINICAL AND CLINICAL ACTIVITY, WITH A MAXIMUM OF 10 "PRACTICE" PRACTICES FOR EACH STUDENT																11	12
13	14	PRACTICE TEST: THE PRE-CLINICAL AND CLINICAL ACTIVITY, WITH A MAXIMUM OF 10 "PRACTICE" PRACTICES FOR EACH STUDENT																15	16
17	18	PRACTICE TEST: THE PRE-CLINICAL AND CLINICAL ACTIVITY, WITH A MAXIMUM OF 10 "PRACTICE" PRACTICES FOR EACH STUDENT																19	20
21	22	PRACTICE TEST: THE PRE-CLINICAL AND CLINICAL ACTIVITY, WITH A MAXIMUM OF 10 "PRACTICE" PRACTICES FOR EACH STUDENT																23	24
25	26	PRACTICE TEST: THE PRE-CLINICAL AND CLINICAL ACTIVITY, WITH A MAXIMUM OF 10 "PRACTICE" PRACTICES FOR EACH STUDENT																27	28
29	30	PRACTICE TEST: THE PRE-CLINICAL AND CLINICAL ACTIVITY, WITH A MAXIMUM OF 10 "PRACTICE" PRACTICES FOR EACH STUDENT																31	32
33	34	PRACTICE TEST: THE PRE-CLINICAL AND CLINICAL ACTIVITY, WITH A MAXIMUM OF 10 "PRACTICE" PRACTICES FOR EACH STUDENT																35	36
37	38	PRACTICE TEST: THE PRE-CLINICAL AND CLINICAL ACTIVITY, WITH A MAXIMUM OF 10 "PRACTICE" PRACTICES FOR EACH STUDENT																39	40
41	42	PRACTICE TEST: THE PRE-CLINICAL AND CLINICAL ACTIVITY, WITH A MAXIMUM OF 10 "PRACTICE" PRACTICES FOR EACH STUDENT																43	44
45	46	PRACTICE TEST: THE PRE-CLINICAL AND CLINICAL ACTIVITY, WITH A MAXIMUM OF 10 "PRACTICE" PRACTICES FOR EACH STUDENT																47	48
49	50	PRACTICE TEST: THE PRE-CLINICAL AND CLINICAL ACTIVITY, WITH A MAXIMUM OF 10 "PRACTICE" PRACTICES FOR EACH STUDENT																51	52
53	54	PRACTICE TEST: THE PRE-CLINICAL AND CLINICAL ACTIVITY, WITH A MAXIMUM OF 10 "PRACTICE" PRACTICES FOR EACH STUDENT																55	56
57	58	PRACTICE TEST: THE PRE-CLINICAL AND CLINICAL ACTIVITY, WITH A MAXIMUM OF 10 "PRACTICE" PRACTICES FOR EACH STUDENT																59	60
61	62	PRACTICE TEST: THE PRE-CLINICAL AND CLINICAL ACTIVITY, WITH A MAXIMUM OF 10 "PRACTICE" PRACTICES FOR EACH STUDENT																63	64
65	66	PRACTICE TEST: THE PRE-CLINICAL AND CLINICAL ACTIVITY, WITH A MAXIMUM OF 10 "PRACTICE" PRACTICES FOR EACH STUDENT																67	68
69	70	PRACTICE TEST: THE PRE-CLINICAL AND CLINICAL ACTIVITY, WITH A MAXIMUM OF 10 "PRACTICE" PRACTICES FOR EACH STUDENT																71	72
73	74	PRACTICE TEST: THE PRE-CLINICAL AND CLINICAL ACTIVITY, WITH A MAXIMUM OF 10 "PRACTICE" PRACTICES FOR EACH STUDENT																75	76
77	78	PRACTICE TEST: THE PRE-CLINICAL AND CLINICAL ACTIVITY, WITH A MAXIMUM OF 10 "PRACTICE" PRACTICES FOR EACH STUDENT																79	80
81	82	PRACTICE TEST: THE PRE-CLINICAL AND CLINICAL ACTIVITY, WITH A MAXIMUM OF 10 "PRACTICE" PRACTICES FOR EACH STUDENT																83	84
85	86	PRACTICE TEST: THE PRE-CLINICAL AND CLINICAL ACTIVITY, WITH A MAXIMUM OF 10 "PRACTICE" PRACTICES FOR EACH STUDENT																87	88
89	90	PRACTICE TEST: THE PRE-CLINICAL AND CLINICAL ACTIVITY, WITH A MAXIMUM OF 10 "PRACTICE" PRACTICES FOR EACH STUDENT																91	92
93	94	PRACTICE TEST: THE PRE-CLINICAL AND CLINICAL ACTIVITY, WITH A MAXIMUM OF 10 "PRACTICE" PRACTICES FOR EACH STUDENT																95	96
97	98	PRACTICE TEST: THE PRE-CLINICAL AND CLINICAL ACTIVITY, WITH A MAXIMUM OF 10 "PRACTICE" PRACTICES FOR EACH STUDENT																99	100

PERIODONTOGRAMA



PERIODONTOGRAMA

