



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:

Tratamiento odontológico multidisciplinario para devolver funcionalidad
masticatoria y estética del paciente: Análisis De Caso

AUTORA:

María Emilia Vera Saltos

TUTORA:

Dra. María Teresa Restrepo E.

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, Carrera de Odontología, de la Universidad Laica "Eloy Alfaro" de Manabí, CERTIFICO:

Haber dirigido, revisado y aprobado preliminarmente el Trabajo de Integración Curricular, Proyecto de Investigación, bajo la autoría de la estudiante VERA SALTOS MARÍA EMILIA, legalmente matriculado/a 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 2026.

Lo certifico,

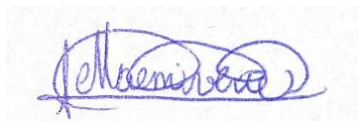

Dra. María Teresa Restrepo Escudero Mg.
Docente Tutor(a)
Área: Odontología

Dra. María Teresa Restrepo
DOCENTE ULEAM

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Yo, **María Emilia Vera Saltos** con C.I #**1315418614** en calidad de autor del proyecto de investigación titulado “**Tratamiento odontológico multidisciplinario para devolver funcionalidad masticatoria y estética del paciente: Análisis De Caso**” 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.



María Emilia Vera Saltos

1315418614

DEDICATORIA

A Dios, por bendecirme cada día; por demostrarme su amor de mil maneras y recordarme que lo *esencial es invisible a los ojos*.

A mis padres, Galo Vera y Amarilis Saltos, que me sostienen cuando todo se vuelve difícil, que siempre pusieron mi nombre en sus oraciones, por ingeniárselas para darme soluciones cuando me estancaba, por buscar conmigo pacientes para completar casuística; por enseñarme qué son los sueños y como atraparlos; gracias por ser fuertes y trabajadores, soy consciente de todo su esfuerzo, *los amo*.

A mis hermanos, Miky y Yostin, por estar siempre presente, por darme consejos, por ayudarme a hacer tareas, dibujos y hasta ganchos de ortodoncia; por alegrarse y compartir mis logros, por ser sinceros y acompañarme en este proceso, les agradezco.

A mi familia, que estuvieron cerca cuando mis papitos no podían, llevo cada táper con comida en mi corazón.

A mis amigos, porque entre desvelos, apuntes, risas y uno que otro colapso en clínicas, le pusieron mucho color a este viaje; cada recuerdo será una prueba de que sobrevivimos... y hasta nos reímos en el intento. Gracias por la paciencia, por enseñarme y regalarme una amistad que llevaré siempre conmigo. *(S-V-L-S-G-Z)*

Y, por último, *A MI*, por volver a tener confianza y por aprovechar las oportunidades que se presentaron durante el camino de este viaje que ahora culmino con satisfacción y alegría en el alma.

RESUMEN

La rehabilitación oral multidisciplinaria representa un enfoque fundamental en el manejo de pacientes con alteraciones complejas del sistema estomatognático, donde se comprometen la función masticatoria, la estética dental y la estabilidad oclusal. En este contexto, el presente capítulo aborda el caso clínico de una paciente de 47 años que acudió por dolor dental y necesidad de rehabilitación protésica, evidenciando múltiples patologías como enfermedad periodontal, edentulismo parcial, lesiones cariosas, compromiso pulpar y presencia de restos radiculares.

Se desarrolló un estudio clínico-descriptivo tipo reporte de caso, basado en una evaluación integral complementada con exámenes clínicos, radiográficos y registros diagnósticos. El tratamiento se ejecutó de manera secuencial, iniciando con la fase periodontal para el control de la infección, seguido de procedimientos quirúrgicos, manejo endodóntico y restaurador, culminando con la rehabilitación protésica mediante corona metal-cerámica y prótesis parcial removible de cromo-cobalto.

Durante el seguimiento, se observó una evolución clínica favorable, destacándose la disminución de los signos inflamatorios periodontales, la ausencia de sintomatología endodóntica, la adecuada adaptación de las restauraciones y la correcta integración funcional y estética de las prótesis. La paciente logró recuperar la capacidad masticatoria, la estabilidad oclusal y la armonía de la sonrisa, evidenciando una mejora en su calidad de vida.

Se concluye que el éxito de la rehabilitación oral no depende únicamente de la técnica aplicada, sino de una adecuada planificación interdisciplinaria basada en principios biológicos, que permite integrar de manera secuencial los diferentes procedimientos clínicos para obtener resultados predecibles y estables.

Palabras clave: rehabilitación oral; enfoque multidisciplinario; prótesis dental; función masticatoria.

ABSTRACT

Multidisciplinary oral rehabilitation represents a fundamental approach in the management of patients with complex alterations of the stomatognathic system, where masticatory function, dental aesthetics, and occlusal stability are compromised. In this context, the present chapter describes the clinical case of a 47-year-old female patient who presented with dental pain and the need for prosthetic rehabilitation, exhibiting multiple conditions including periodontal disease, partial edentulism, carious lesions, pulpal involvement, and the presence of retained root fragments.

A descriptive clinical case report was conducted based on a comprehensive evaluation supported by clinical and radiographic examinations, as well as diagnostic records. The treatment was carried out sequentially, beginning with the periodontal phase to control infection, followed by surgical procedures, endodontic and restorative management, and culminating in prosthetic rehabilitation through a metal-ceramic crown and a cobalt-chromium removable partial denture.

During the follow-up period, a favorable clinical outcome was observed, highlighted by the reduction of periodontal inflammatory signs, the absence of endodontic symptoms, the satisfactory adaptation of the restorations, and the proper functional and aesthetic integration of the prosthetic devices. The patient regained masticatory capacity, occlusal stability, and smiling harmony, demonstrating an improvement in quality of life.

It is concluded that the success of oral rehabilitation depends not only on the techniques applied but also on adequate interdisciplinary planning based on biological principles, which allows for the sequential integration of different clinical procedures to achieve predictable and stable outcomes.

Keywords: oral rehabilitation; multidisciplinary approach; dental prosthesis; masticatory function.

INDICE

DECLARACIÓN DE AUTORÍA	III
DEDICATORIA	IV
RESUMEN.....	V
ABSTRACT.....	VI
INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I.- EL PROBLEMA.....	10
1.1. Planteamiento del problema.....	10
1.2. Formulación del problema de investigación	10
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	11
1.3.1 Objetivo general.....	11
1.3.2 Objetivos específicos	11
1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	12
CAPÍTULO II.- MARCO TEÓRICO	13
2.1. Antecedentes de la investigación	13
2.2. Bases teóricas.....	14
2.2.1 Sistema estomatognático y función masticatoria	14
2.2.2 Función masticatoria	14
2.2.3 Salud periodontal	14
2.2.4 Operatoria dental.....	15
2.2.5 ICDAS (Sistema internacional de detección y valoración de caries)	15
2.2.6 Endodoncia	16
2.2.7 Prótesis fija.....	16
2.2.8 Extracción dental	17
2.2.9 Exostosis	17

2.2.10 Prótesis parcial removible	18
CAPÍTULO III.- MARCO METODOLÓGICO	19
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	19
3.2. Métodos. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	19
3.3. Criterios de inclusión y exclusión.....	20
3.3.1 Criterios de inclusión	20
3.3.2 Criterios de exclusión	20
3.4. Consideraciones éticas	20
CAPÍTULO IV.- PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DEL CASO	21
4.1. Presentación del caso	21
4.2. Examen clínico.....	21
4.3. Diagnóstico	23
4.4. Plan de tratamiento	24
4.5. Evolución	30
4.6. Discusión.....	34
CAPÍTULO V.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	37
5.1. Conclusiones	37
5.2. Recomendaciones	37
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	38
ANEXOS	41

INTRODUCCIÓN

La rehabilitación oral es una de las principales terapéuticas para restablecer la estética, la función masticatoria y fonética en pacientes con pérdida dental. En la práctica odontológica, el enfoque interdisciplinario en la rehabilitación oral representa un reto, ya que existe la necesidad de integrar criterios funcionales, biológicos y estéticos en cada tratamiento de forma individual como un todo en conjunto, asegurando la salud periodontal y la longevidad del tratamiento (1).

La estética dental hoy en día se considera como un tema primordial dentro de la sociedad, con el pasar del tiempo esta se ha convertido en una carta de presentación para los pacientes, teniendo en cuenta que su generalidad se hace propia según la raza, el sexo y la cultura. Aunque muchos pacientes aún consideran que la estética odontológica se basa principalmente en el color de los dientes, en realidad su objetivo es crear sonrisas armónicas y funcionales. Esta puede verse afectada por fracturas o pérdida de piezas dentales, maloclusiones, lesiones cariosas y alteraciones periodontales, entre otros factores. Por ello, el color dental no debe considerarse de forma aislada, sino como un componente más dentro de la armonía integral de la sonrisa .(2, 3).

Por otro lado, está claro que alteraciones como las que se mencionan anteriormente no solo afectan la estética, sino también la estabilidad de las funciones vitales del paciente y su calidad de vida; la pérdida de piezas dentales o la presencia de caries que comprometen el nervio dentario y repercuten al dolor por ejemplo traen consigo el déficit de una masticación óptima, como consecuencia de esto, se produce alteración en la digestión, la salud sistémica y la calidad de vida del paciente (4).

Dentro del enfoque multidisciplinario del análisis de este caso, en el plan de tratamiento se incluyen especialidades como periodoncia para optimizar la salud del soporte dental y óseo; endodoncia para mantener piezas dentales que bien pueden ser pilares para las prótesis fija y removible posteriormente y la operatoria dental, que disminuye la probabilidad de destrucción de la estructura de las piezas afectadas y se asegura su permanencia en boca sin dolor.

CAPÍTULO I.- EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La pérdida progresiva de la función estomatológica por múltiples factores patológicos representa un reto en la odontología actual (5). En el presente caso analizado, la paciente presenta un conjunto de alteraciones en relación con la pérdida funcional y estética, como enfermedad periodontal, pérdida de dientes posteriores, restauraciones anteriores con filtración y compromiso pulpar y presencia de restos radiculares. Todas estas condiciones no solo comprometen la funcionalidad adecuada del sistema estomatognático sino también la estética y calidad de vida del paciente.

La pérdida de piezas dentales provoca una alteración en la dimensión vertical, lo que genera la sobrecarga oclusal en dientes remanentes y la inestabilidad mandibular, además de afectar la función masticatoria y fonética (6,7). La presencia de restauraciones con filtración que comprometen la pulpa dental y restos radiculares exponen al paciente a la formación de abscesos por infecciones de origen dental (8,9); a esto se suma la enfermedad periodontal, misma que afecta el soporte dental, y la falta de control provoca la pérdida progresiva de reborde alveolar. Por lo tanto, periodontalmente es el punto inicial que se debe controlar para asegurar la longevidad de cualquiera que sea el tratamiento a ejecutar para dar solución a las alteraciones antes mencionadas (10).

El eje principal radica en diseñar un plan de tratamiento multidisciplinario de tal manera que sea integral y capaz de abordar simultáneamente todas las necesidades de la paciente. La complejidad del caso clínico exige la intervención coordinada de las diferentes especialidades con el fin de restablecer la función masticatoria, así como la estética, y, por supuesto garantizar la estabilidad y longevidad del tratamiento.

1.2. Formulación del problema de investigación

¿Cuál es el impacto del tratamiento multidisciplinario en la calidad de vida de la paciente al devolverle la funcionalidad masticatoria y estética?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo general

- Restablecer la función masticatoria y la estética de la paciente mediante un enfoque interdisciplinario.

1.3.2 Objetivos específicos

- Realizar una valoración clínica y radiográfica integral del paciente para establecer un diagnóstico preciso y un plan de tratamiento adecuado.
- Desarrollar una planificación de rehabilitación oral individualizada, teniendo en cuenta aspectos funcionales y estéticos.
- Ejecutar las fases clínicas del tratamiento de forma ordenada e integral.
- Evaluar los resultados obtenidos en términos de función, estética y comodidad del paciente una vez finalizado el tratamiento.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La rehabilitación oral es una de las principales terapéuticas para restablecer la estética, la función masticatoria y fonética en pacientes con pérdida dental. En la práctica odontológica, el enfoque interdisciplinario en la rehabilitación oral representa un reto debido a la necesidad de integrar criterios biológicos, funcionales y estéticos en cada tratamiento de forma individual como un todo en conjunto, asegurando la salud periodontal y la longevidad del tratamiento (1,11).

La presente propuesta de caso clínico se justifica por su relevancia académica y científica. Desde el punto de vista científico permite documentar de manera sistemática el proceso de diagnóstico, planificación, ejecución y seguimiento de un tratamiento incluyendo especialidades como la endodoncia, la operatoria dental y la rehabilitación protésica, aportando a la literatura clínica la descripción de un abordaje integral que puede servir de referencia para casos similares.

En lo que respecta al ámbito académico, el caso proporcionará una ocasión para aplicar los saberes adquiridos durante la formación odontológica dentro de un contexto real, permitiendo el alumno genere la integración de los conocimientos teóricos con los conocimientos prácticos y el desarrollo de competencias preprofesionales.

Con relación a la dimensión social y clínica, a través de la rehabilitación oral bajo un enfoque interdisciplinario, se devuelve al paciente la posibilidad de volver a masticar y se mejora la calidad de vida, restaurando la función y estética dental, la cual puede llegar a ser un factor que influya directamente en su bienestar tanto físico como emocional. Así mismo el caso representará un ejemplo o guía para futuros tratamientos en pacientes con características clínicas similares, fortaleciendo la importancia del manejo individualizado y basado en evidencia científica.

Dicho esto, la presentación y análisis de este caso clínico se justifica como un proyecto de graduación que contribuye en la preparación profesional del estudiante, además de enriquecer la práctica odontológica con un reporte paso a paso sustentado en evidencia científica actual.

CAPÍTULO II.- MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

La restauración de la función masticatoria y la estética, a través de la rehabilitación completa, constituyen tratamientos que se ejecutan de forma primordial en la actualidad en pacientes con pérdida dental, desgaste excesivo de piezas dentales, alteraciones oclusales, entre otras, en el entorno histórica la rehabilitación se realiza de forma aislada por diferentes especialidades, pero desde inicios del siglo XX, estudios han demostrado que trabajar de dicha forma no garantiza la estabilidad y armonía de los resultados finales por lo que, a partir de aquello se llevaron a cabo tratamientos donde las diferentes especialidades actúan simultáneamente y de forma integral, dando mejores resultados y mayor satisfacción tanto en los pacientes como en los profesionales (12).

Algunos autores como “Okeson y Carlsson” sugieren que la función masticatoria no solamente depende de la presencia de los dientes, sino también de la estabilidad oclusal manteniendo una relación adecuada, salud periodontal óptima y el equilibrio estructural. Con base a esto se ha dado paso al desarrollo de la planificación de tratamientos multidisciplinarios, basándose en el análisis integral y la ejecución terapéutica sincronizada. (13,14).

En cuanto a la estética dental Mejía, con su estudio “impacto psicosocial de la estética dental en adolescentes” y Cárdenas, con un estudio similar pero en adultos, demuestra la importancia que esta tiene en el entorno social hoy en día, sin importar la edad, siendo una de las principales necesidades de un paciente alcanzar los estándares de belleza social, considerando que esta puede variar según el lugar geográfico, la cultura, etc. (2,15)

Por otro lado, Grijalva, Guerrero y Marín, resaltan la necesidad e importancia de ejercer tratamientos multidisciplinarios donde se vean involucradas las diferentes especialidades según la necesidad del paciente, mismas que pueden ser: la periodoncia para restablecer tejido periodontal que pueda haberse afectado por la presencia de placa bacteriana y la formación de cálculo dental, la operatoria dental para tratar las piezas con afectación de caries, endodoncia para tratar piezas con compromiso pulpar pero que aún son necesarias mantenerlas en la boca, prótesis dental, cirugía y otras. En conjunto, el tratamiento multidisciplinario representa un modelo moderno y eficaz en

la actualidad para devolver función masticatoria y estética al paciente en especial en casos complejos que requieren de la intervención sincrónica de más de 2 especialidades (6,16,17).

2.2. Bases teóricas

2.2.1 Sistema estomatognático y función masticatoria

El sistema estomatognático es todo un conjunto de estructuras anatómicas funcionales, como músculos, huesos, órganos dentales, ligamentos, articulación que trabajan en armonía para dar ejecución a las diferentes funciones vitales como la masticación, fonación, expresiones faciales. Si uno de estos pierde su estabilidad en la cavidad bucal dichas funciones se ven afectadas (18,19).

2.2.2 Función masticatoria

La función masticatoria es una de las principales funciones vitales de un individuo, ya que de ella depende la calidad de alimentación y la digestión del paciente, por lo que se habla de estabilidad general en la salud del paciente, y además estimula procesos que mantienen el equilibrio de las estructuras, influyendo en la armonía del crecimiento y su desarrollo. Caracterizada por movimientos motores, rítmicos y de aprendizaje, combinando actividades reflejas como voluntarias, y a lo largo de la vida y de la cotidianidad se vuelve automática (18,19).

2.2.3 Salud periodontal

La salud periodontal es un tema importante para tomar en consideración al iniciar una rehabilitación oral, según Sojod, la enfermedad periodontal está relacionada directa o indirectamente con la diabetes, enfermedades cardiovasculares, complicaciones en el embarazo, entre otras; además de que después de la caries dental la periodontitis es considerada la segunda patología más frecuente lo que convierte a la enfermedad periodontal en un factor de riesgo. Previo a una rehabilitación oral es importante crear un ambiente bucal óptimo y de calidad para recibir los diferentes tratamientos y dar mayor ajuste y longevidad a los mismos, esto con la ejecución de raspado y alisado radicular en áreas que lo requieren, eliminación completa de placa y cálculo dental, además, de educación al paciente sobre la higiene bucal en casa lo que permite que los tejidos blandos disminuyan la inflamación y creen un sellado real sobre el que se va a tomar las

diferentes medidas e impresiones para elaboración protésica, evitando así futuros desajustes de los mismos (6,10,17,20).

2.2.4 Operatoria dental

La caries dental es una de las enfermedades de mayor prevalencia; esta no es trasmisible, es infecciosa crónica multifactorial, empieza desmineralizando la estructura dentaria y posteriormente cavita la misma, su evaluación precisa es imprescindible ya que hoy en día se ha dado apertura a la odontología mínimamente invasiva considerando eliminar la menor cantidad de tejido. Por otro lado, se tienen las lesiones no cariosas que se conocen también como desgastes dentales, a nivel cervical estas pueden provocar sensibilidad dental, siendo un malestar para el paciente, estas pueden ser provocadas por bruxismo o la pérdida misma de piezas dentales, el uso de cepillos de cerdas duras o la fuerza excesiva al cepillarse. Es importante la identificación adecuada del tejido carioso para su correcta eliminación y la aplicación de una operatoria dental mínimamente invasiva, sin debilitar estructura dentaria, creando sellados correctos y respetando espacios biológicos. La operatoria dental es un área en constante evolución en cuanto a técnicas y materiales, lo que destaca la recomendación de elegirlos bajo consideraciones estéticas, biocompatibilidad y durabilidad de estos (8,21,22).

2.2.5 ICDAS (Sistema internacional de detección y valoración de caries)

Es un sistema estandarizado que se sustenta en la mejor evidencia con el objetivo de optimizar la calidad de la información que se utiliza para tomar la decisión adecuada sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de una lesión cariosa; tanto en el ámbito individual como en el de salud pública. Este sistema consiste en el uso de un conjunto de herramientas validadas que facilitan la detección de la lesión cariosa en todas sus etapas, desde las lesiones iniciales no cavitadas hasta las lesiones más avanzadas con cavidades profundas (23).

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.

2.2.6 Endodoncia

El tratamiento endodóntico se lleva a cabo por múltiples razones; una de ellas es el avance de caries con destrucción estructural o la filtración de restauraciones defectuosas presentes que llegan a comprometer el componente pulpar siendo irreversible, lo que conduce a realizar dicho tratamiento. La endodoncia es uno de los tratamientos con alta tasa de éxito siempre y cuando la pieza sea correctamente evaluada y posteriormente se le dé una rehabilitación adecuada, ya sea reconstrucción con fibras o la adaptación de una prótesis fija por la destrucción excesiva de la pieza dental (24,25).

Una de las opciones como parte de la rehabilitación de una pieza con tratamiento de endodoncia es la corona metal-cerámica que ofrece buena resistencia a los mecanismos de las fuerzas intraorales como la masticación; sin embargo, es importante recalcar que esta tiene alta elasticidad, lo que la hace susceptible a fracturas ante cargas excesivas de masticación o presión como en pacientes bruxistas. Por otro lado, esta nos permite crear cíngulos de apoyo a prótesis removible lo que la convierte en un buen complemento para una rehabilitación oral completa (26).

En el presente caso no se realizará la adaptación de un poste de fibra de vidrio, lo que por lo regular se suele recomendar para dar mayor resistencia al diente tratado endodónticamente, sin embargo, cuando la pieza tratada presenta suficiente tejido remanente este no es necesario ni obligatorio de colocarlo, como menciona Verástegui (27) la decisión de una restauración exitosa de una pieza endodonciada depende en gran medida de la evaluación exhaustiva del tejido remanente y de las dimensiones de la pieza, buscando el equilibrio entre el tejido remanente y el material de restauración para que esta pueda recibir y distribuir adecuadamente las fuerzas oclusales, de tal manera que se disminuya el riesgo de fisuras o fracturas, por ende, se reduce el riesgo de fracaso del tratamiento (26).

2.2.7 Prótesis fija

Corona metal-porcelana: Es un diseño de corona dental que cubre un muñón de un diente que ha perdido estructura dental coronaria por diferentes factores como caries, fracturas, desgastes, etc. Su diseño combina un núcleo metálico interno que aporta resistencia mecánica y adecuada

distribución de cargas oclusales, con un recubrimiento cerámico externo que permite reproducir características estéticas similares al diente natural (28).

Están indicadas en piezas que requieren de alta resistencia por su aporte masticatorio, o también porque el diente recibió tratamiento endodóntico y este requiere ser reforzado; también en casos donde se quiere nivelar la estética con durabilidad o estabilidad, además de ser una opción viable en la adaptación de prótesis parcial removible de cromo-cobalto, en cuya estructura lleva apoyos oclusales. Al ser las coronas metal-cerámica estables, resistentes y excelentes distribuidoras de fuerzas oclusales, se hace fiable a la adaptación de un apoyo en su cingulo, asegurando la longevidad de la pieza rehabilitada y la estabilidad de la prótesis (28,29).

2.2.8 Extracción dental

La extracción dental o exodoncia es el proceso quirúrgico por el cual se extrae un diente de su alvéolo. Hoy en día cada uno de los tratamientos que se realizan a un paciente se lo ejecuta de tal manera que sea mínimamente invasivo, evitando así mayor trauma al paciente, pérdida excesiva de tejidos circundantes y optimizar una mejor cicatrización (16).

Dentro de los aspectos a tomar en cuenta para una extracción dental, se encuentra la presencia de restos radiculares cuyo funcionamiento en la cavidad bucal ya está comprometido, un ejemplo de esto es que, su tamaño sea desproporcional al necesario para una rehabilitación y que su destrucción sea desfavorable para la adaptación de una prótesis fija (16,30).

2.2.9 Exostosis

La exostosis es un crecimiento benigno de la superficie ósea, asociado a factores genéticos, masticatorios y de bruxismo. El torus mandibular es uno de los más comunes y presentes en los pacientes odontológicos; su diagnóstico por lo general es durante un chequeo general, cuando este causa molestias al paciente, donde a pesar de que estos, por lo general son asintomáticos. El aumento exagerado de su tamaño puede ocasionar alteraciones en las funciones vitales de un individuo como la masticación, fonación y deglución o al requerir realizar tratamientos protésicos. Su tratamiento es la exéresis mediante anestesia local, troncular, levantamiento de colgajo y exéresis de la protuberancia ósea mediante instrumental rotatorio de baja velocidad simultáneamente con abundante irrigación con suero fisiológico regularizando toda el área donde

se encontraba el torus lingual, cuidando que la superficie quede completamente limpia para posteriormente suturar, reposicionando el colgajo en su sitio (31).

2.2.10 Prótesis parcial removible

Prótesis de cromo cobalto: Son prótesis que se adaptan para reemplazar piezas perdidas y devolver funcionalidad y la estética al paciente, se caracterizan por tener una base metálica con aleación de cromo y cobalto, lo que da como resultado una base rígida, ligera, de mayor durabilidad y con mejor adaptación al reborde alveolar del paciente (32).

Es una opción óptima para pacientes que buscan comodidad y estabilidad además de durabilidad, su estructura que incluye: conectores mayores, conectores menores, retenedores directos, apoyos oclusales y bases acrílicas; ofrece mejor distribución de las fuerzas masticatorias. Indicada para edentulismo parcial extenso donde se busca una estabilidad adecuada, ofrece buena relación costo-beneficio a largo plazo (32).

En consideración de la necesidad de aplicar un tratamiento particular que logre al tiempo satisfacer las expectativas del paciente y una óptima rehabilitación para devolverle su capacidad masticatoria, mejorando su calidad de vida al restaurar la función y estética dental, lo que puede llegar a influir directamente en su bienestar físico y emocional, se presenta el siguiente caso con el objetivo de restablecer la función masticatoria y estética con enfoque interdisciplinario a paciente atendida en las clínicas de la carrera de odontología de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.

CAPÍTULO III.- MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de investigación

Se trata de un estudio clínico-descriptivo de tipo reporte de caso clínico, orientado a registrar de forma detallada el proceso de diagnóstico, planificación, tratamiento y resultados obtenidos en la rehabilitación oral. El estudio se fundamenta en la revisión bibliográfica y en la documentación detallada de cada fase del tratamiento, permitiendo analizar la secuencia clínica desde el diagnóstico integral hasta la rehabilitación funcional del sistema estomatognático.

Sin embargo, este tipo de análisis es importante desde un punto de vista académico, ya que implica la integración de varias disciplinas odontológicas dentro de un plan de tratamiento y fomenta la aplicación del razonamiento clínico y la toma de decisiones basadas en evidencia. Además, permite valorar los protocolos de eficacia y se pueden dar como conclusión los resultados con base en criterios clínicos objetivos en función de la estabilidad funcional, la armonía estética y el equilibrio biológico del paciente dentro de un contexto clínico real.

Población y muestra: El estudio se centrará en un paciente atendido en las clínicas odontológicas de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.

3.2. Métodos. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

- Historia clínica (formulario 033 modificado)
- Consentimiento informado
- Exámenes complementarios: Radiografías panorámicas y periapicales.

3.2.1 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: *María Emilia Vera Saltos*, docente supervisor: Od. Maurizio Sebastián Rodríguez, docente tutor: Dra. María Teresa Restrepo E.

Tiempo de duración de la actividad: 16 semanas.

Periodo de seguimiento posterior: 3 semanas.

3.3. Criterios de inclusión y exclusión

3.3.1 Criterios de inclusión

Se consideraron pacientes que presentaran condiciones odontológicas complejas que requerían manejo integral con la participación de las siguientes especialidades: periodoncia, endodoncia, operatoria dental, cirugía y prótesis.

El caso seleccionado debía permitir la realización de una valoración clínica completa, la solicitud de exámenes complementarios, el establecimiento de diagnósticos integrales y diferenciales, así como la ejecución de un plan de tratamiento organizado por etapas con posibilidad de seguimiento clínico, referente a pregrado.

3.3.2 Criterios de exclusión

Se descartaron aquellos casos que no necesitaran intervención interdisciplinaria o que limitaran la obtención de información clínica suficiente para el análisis. Igualmente, se excluyeron pacientes que no contaran con consentimiento informado firmado, que presentaran baja adherencia terapéutica o para quienes no fuera posible documentar adecuadamente los procedimientos realizados y su evolución clínica.

3.4. Consideraciones éticas

Se realizó un reporte de caso clínico con la aprobación previa del comité de Ética de Investigación en seres humanos de la ULEAM (CEISH-ULEAM_531). Se garantizará la confidencialidad de los datos de la paciente y se solicitará consentimiento informado por escrito para la realización y documentación del caso clínico, basado en los principios de la declaración de Helsinki .(33)

CAPÍTULO IV.- PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DEL CASO

4.1. Presentación del caso

A continuación, describiré la información que es llenada en la historia clínica, incluyendo datos generales, motivo de la consulta, examen clínico y radiográfico, diagnóstico y plan de tratamiento inicial.

Datos generales

Nombre y apellido: G.S.

Sexo: Femenino.

Edad: 47 años.

Ocupación: Trabajadora independiente y ama de casa.

Motivo de la consulta

Paciente femenina de 47 años acude a las clínicas de la carrera de odontología de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí el 29 de septiembre del 2025; aclara que su motivo de consulta es “me duelen los dientes y quiero una prótesis”.

Antecedentes personales y odontológicos

La paciente no refiere antecedentes personales patológicos de importancia, alergias a medicamentos o materiales de campo odontológico; como antecedentes familiares refiere “madre hipertensa”, como antecedentes odontológicos comentó que cuenta con extracciones previas durante y después del embarazo. Sus signos clínicos se encuentran estables.

4.2. Examen clínico

Examen Clínico Extraoral

Al examen extraoral: se observa paciente simétrico, piel y mucosas en estado normal, cierre bilabial incompetente, los tejidos periféricos a la cavidad bucal sin patología aparente. (fig. 1)



Figura 1. Fotografía extraoral frontal.

Fuente: Vera, 2025.

Examen Clínico Intraoral

Al examen intraoral: se observa presencia de placa bacteriana, cálculo dental y enfermedad periodontal generalizada, torus mandibular; en sector superior se observa ausencia de piezas #16, 17, 18, 24, 26 y 27; resto radicular de piezas #14 y #22; caries y cambio de coloración dental en pieza #23; restauración defectuosa con filtración en pieza #25. En sector inferior se observa ausencia de piezas #36, 37 y 46; piezas #34, #35 con abfracción dental, los tejidos blandos como lengua, paladar y mejillas se encuentran normales, mientras que presenta inflamación de la mucosa oral. (fig. 2)

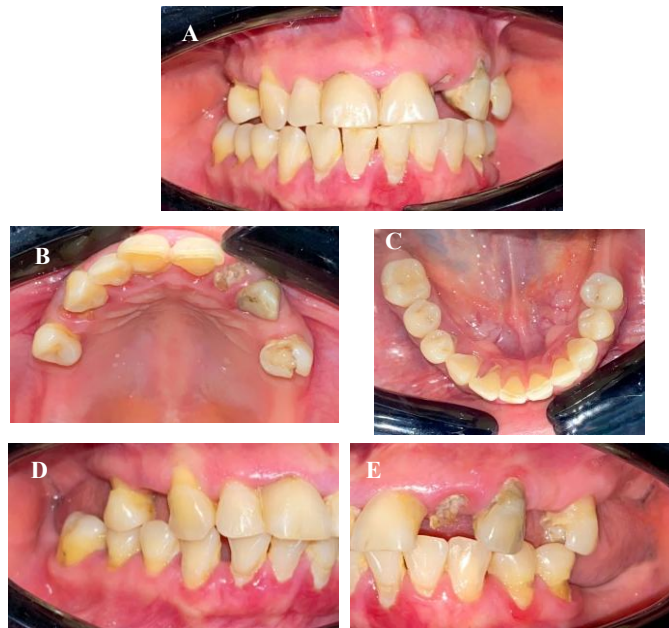


Figura 2 Registro fotográfico intraoral inicial.

(A) Vista frontal en máxima intercuspidación. (B) Vista oclusal superior. (C) Vista oclusal inferior. (D) Vista lateral derecha. (E) Vista lateral izquierda.

Fuente: Vera, 2025.



Figura 3 Collage de la serie radiográfica periapical inicial.

Fuente: Vera, 2025.

Examen Radiográfico

Se observa Pulpitis irreversible y fractura radicular oblicua en pieza #11, absceso periapical crónico en pieza #21, fracaso endodóntico por filtración coronaria en pieza #23, Resto radicular en pieza #22 y #14, necrosis pulpar #25, pérdida general de soporte dental óseo. (fig. 3-4)



Figura 4 Radiografía Panorámica

Fuente: Vera, 2025.

4.3. Diagnóstico

Periodontitis Crónica Localizada Estadio III Grado A

Edentulismo parcial superior clase I e inferior clase I

Tabla 1. Tabla de Diagnostico Maxilar Superior

Od. 11	Pulpitis irreversible asintomática (K040) con fractura oblicua en el tercio cervical (S025).
Od. 13,15	Clase V de Black por abrasión dental (K031).
Od. 21	Absceso periapical crónico (K046).
Od. 23	Periodontitis apical crónica asociada a fracaso del tratamiento endodóntico por filtración coronaria (K04.5).
Od. 22, 14	Resto radicular (K083)
Od. 25	Necrosis Pulpar (K041)

Fuente: Vera, 2026.

Tabla 2. Tabla de Diagnostico Maxilar Superior

Lingual	Torus lingual bilateral unilobulado
Od 46	ICDAS 5 clase I de Black (K021)
Od 45	ICDAS 4 clase I de Black (K021)
Od. 34, 35,43, 45, 44	Clase V de Black por abrasión dental (K031)

Fuente: Vera, 2026.

4.4. Plan de tratamiento

4.4.1 Ejecución del plan de tratamiento

El abordaje inicial consistió en una valoración diagnóstica exhaustiva. Se efectuó un examen intraoral detallado, empezando por la valoración de la movilidad dentaria, tejidos blandos, piezas dentarias, auscultación de la ATM y revisión de los signos clínicos compatibles con inflamación gingival. Como apoyo diagnóstico se solicitaron radiografías periapicales y panorámicas para detectar anomalías, pérdida de estructura ósea, alteraciones periapicales, procesos infecciosos y restos radiculares no visibles a la inspección clínica. Adicionalmente se registraron datos fotográficos y modelos de estudio, que son de suma importancia para analizar el estado inicial y facilitar la planificación del tratamiento, en el cual se concluyó que la paciente requería un plan terapéutico progresivo enfocado en la estabilidad periodontal y en devolver la función masticatoria y estética, rehabilitando ambos maxilares para limitar el avance del deterioro funcional.

La primera fase del tratamiento inició con la terapia periodontal, comenzando con el registro del periodontograma mediante sondaje con sonda periodontal universal en tres puntos vestibulares y tres palatinos, con el fin de identificar bolsas periodontales, sangrado y recesión alveolar. Posteriormente, se registró el índice de placa con visión directa y revelador de placa bacteriana en todas las superficies, obteniéndose un índice de 2. Se realizó profilaxis con pasta profiláctica abrasiva media para eliminar placa blanda, seguida de ultrasonido para remover cálculo supragingival. Las superficies proximales fueron tratadas y pulidas con cureta universal. El detartraje subgingival se efectuó con curetas Gracey 11/12, 13/14 y 3/4, según la zona tratada. Además, se eliminaron márgenes retentivos y defectuosos por sobreextensión de resina en las

piezas 11, 12, 21, 13 y 23. Finalmente, se indicaron técnicas de higiene oral, cepillado, colutorio e hilo dental. (fig. 5)

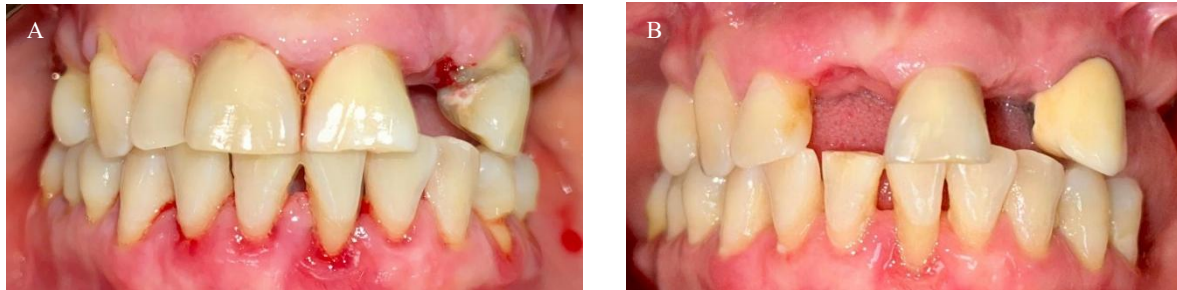


Figura 5 Fotografías post detartraje (A) Primera sesión; (B) Segunda sesión

Fuente: Vera, 2025.

La siguiente cita se realizó la extracción de las piezas #22, #25, #14, #11, las cuales presentaban movilidad grado 1. La pieza #22 y #14 eran restos radiculares, la pieza #25 presentaba necrosis pulpar, y la pieza #11 una fractura vertical/oblicua en el tercio cervical con dolor a la masticación. Las exodoncias fueron realizadas en una sola sesión, previo al acto quirúrgico, se administró anestesia local infiltrativa por vestibular y palatino con articaína al 4%, logrando una adecuada analgesia de las zonas a intervenir. El procedimiento se inició por la pieza 14 y continuó de manera secuencial. (fig. 6)

Posteriormente, se efectuó el desprendimiento del ligamento periodontal mediante el uso de periostótomo, seguido de una luxación progresiva controlada con elevadores rectos N.º 2 y N.º 4. Una vez obtenida la movilidad adecuada de las piezas, se procedió a la avulsión utilizando fórceps N.º 150. Finalizada la extracción, se realizó la inspección cuidadosa de cada alvéolo, con ayuda de la cureta de Lucas, verificando la ausencia de restos radiculares o tejido patológico. A continuación, se irrigó el campo operatorio con solución fisiológica estéril y se colocaron esponjas hemostáticas intraalveolares para favorecer la formación del coágulo. El cierre quirúrgico se realizó mediante sutura simple con hilo de seda 3-0, permitiendo un adecuado cierre de los tejidos y estabilidad del coágulo (fig. 6). Durante y después del procedimiento no se presentaron complicaciones inmediatas; se prescribió como medicación postquirúrgica ibuprofeno 400 mg VO cada 8 horas por 3 días, amoxicilina con ácido clavulánico 875/125 mg vía oral cada 12 horas por siete días.

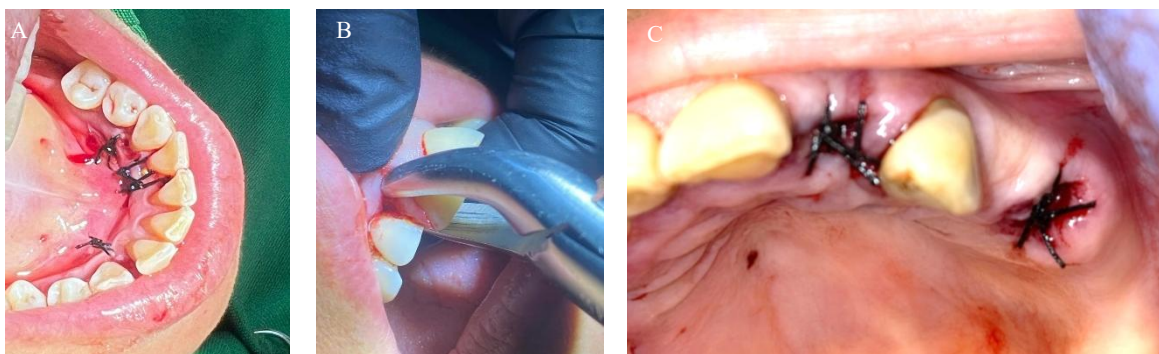


Figura 6 Fotografías Procedimientos quirúrgicos (A) Exostosis de Torus Mandibular Bilateral Bilobular; (B) Exodoncia de Od. 11; (C) Control inmediato post exodoncias.

Fuente: Vera, 2025.

Cuatro días después, la paciente fue citada para la *exostosis del torus lingual bilateral unilobulado*. El procedimiento se realizó bajo anestesia local infiltrativa mediante bloqueo del nervio lingual, utilizando tres cartuchos de articaína al 4%. Se efectuó una incisión lineal supracrestal sobre la protuberancia ósea y se levantó un colgajo mucoperióstico para exponer completamente el torus. Posteriormente, se realizó osteotomía y regularización ósea con pieza de baja velocidad y fresas N.º 2 y N.º 4, con irrigación abundante con solución salina y control de hemostasia. Luego, se reposicionó el colgajo y se realizó sutura interdental. El procedimiento duró aproximadamente 1 hora y 25 minutos, sin complicaciones intraoperatorias. Se indicó ibuprofeno 400 mg cada 8 horas por 3 días, continuación del antibiótico prescrito e indicaciones postoperatorias. A los 5 días se evidenció dehiscencia derecha por desprendimiento de sutura, manejada conservadoramente. A los 15 días, presentó cicatrización adecuada. (fig. 6)

Finalizada la etapa quirúrgica, se continuó con el retratamiento endodóntico del Od. 23, con el objetivo de conservar suficiente estructura dentaria para la rehabilitación. El caso, diagnosticado como retratamiento anterior fracasado, se realizó en dos sesiones. En la primera, se efectuó aislamiento absoluto, apertura cameral y retiro del material de obturación con lima Hedstrom. Luego, se realizó limpieza, conformación y desinfección del conducto con EDTA al 17% e hipoclorito de sodio al 2,5%, secado con conos estériles y medicación con hidróxido de calcio y clorhexidina.

Después de 7 días, en la segunda sesión, se completó la conformación del conducto del Od. 23. La conductometría indicó una longitud de trabajo de 24 mm con lima K #50, instrumentándose hasta lima K #80. La conometría se realizó con cono #80 y la obturación con cemento MTA Fillapex-Angelus, mediante compactación lateral con gutapercha. La radiografía final confirmó el

sellado apical adecuado. Finalmente, se restauró con resina compuesta, sin complicaciones postoperatorias, garantizando estabilidad biológica para la futura corona metal-cerámica.

Para la pieza 21, el procedimiento se realizó en dos sesiones. Se inició con aislamiento absoluto, eliminación de caries profunda ICDAS 5 clase IV y apertura del conducto, que presentaba calcificación inicial, utilizando fresas de carburo de tungsteno de tallo alto. La conductometría se efectuó con lima K #15, estableciendo una longitud de trabajo de 20 mm. Se eliminó el tejido pulpar e irrigó con hipoclorito de sodio al 2,5%. Luego, se conformó el conducto hasta lima K #60, alternando con lima H, y se medicó con hidróxido de calcio más clorhexidina al 2%. En la siguiente cita, se realizó irrigación con EDTA al 17% e hipoclorito de sodio al 5%, seguida de conometría con cono #50. El conducto fue obturado con cemento MTA Fillapex-Angelus mediante compactación lateral. Tras verificar radiográficamente el sellado apical, se selló la cámara con ionómero de vidrio y se restauró con ácido grabador, adhesivo universal y resina A2, conservando la pieza y permitiendo su rehabilitación funcional y estética.

Para el tratamiento restaurador, se realizaron operatorias en los Od. 13, 15, 34, 43, 35, 45 y 44, que presentaban desgaste vestibular cervical (clase V) con exposición dentinaria. Se utilizó aislamiento relativo con gasas y algodones. En cada pieza se realizó biselado del esmalte, grabado con ácido fosfórico, lavado y secado sin deshidratar la dentina. Luego, se aplicó adhesivo universal, fotopolimerización y restauración con resina compuesta A2. Finalmente, se pulió con discos y pasta diamantada, logrando restauraciones funcionales, lisas y estéticas. (fig. 7)

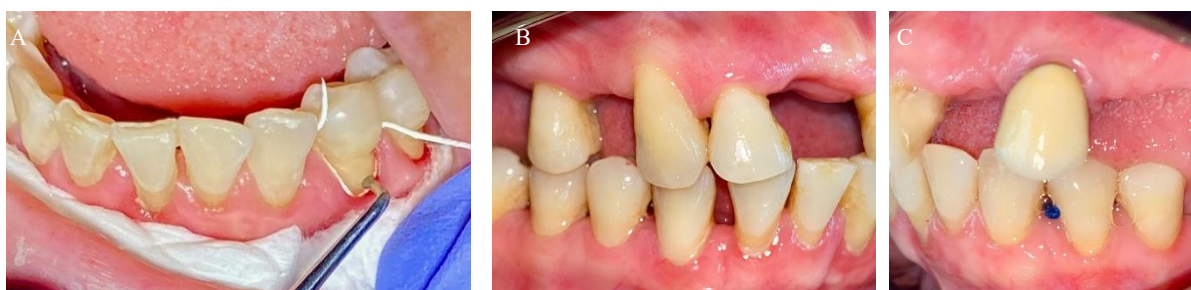


Figura 7 Fotografías Restauraciones clases V de Black (A) Aislamiento relativo para restauración con resina; (B)(C) Pulido y terminación de las clases V realizadas.

Fuente: Vera, 2025.

Posteriormente, se realizaron las restauraciones oclusales clase I en los Od. 46, con diagnóstico ICDAS 5, y #45, ICDAS 4. Se ejecutó aislamiento absoluto para controlar el campo

operatorio, seguido de eliminación del tejido cariado, limpieza y acondicionamiento incluyendo protocolo adhesivo, fotocurado y resina compuesta A2. Se respetó la morfología dental, se pulió la superficie y se verificó el ajuste oclusal, sin molestias postoperatorias.

Para continuar el plan de tratamiento, se inició el abordaje protésico con la confección de una prótesis fija en la pieza #23, que presentaba endodoncia previa, adecuada estructura dentinaria remanente, más de dos paredes sanas y efecto ferrule favorable, por lo que no requirió poste radicular. Se tomó una impresión preliminar con fines diagnósticos y de planificación. Luego, se realizó el tallado para una corona metal-cerámica con fresa troncocónica de extremo redondeado y terminación tipo chamfer supragingival. Posteriormente, se colocó hilo retractor, se tomó impresión definitiva con silicona de condensación y se cementó un provisional acrílico. (fig. 8)

En la segunda cita, se realizó la prueba clínica de la estructura metálica, evidenciándose un sobrecontorno vestibular con invasión del surco gingival, por lo que fue enviada al laboratorio para corrección. En la tercera cita, previo a la colocación definitiva, se efectuó control periodontal integral con profilaxis, raspado y alisado radicular, debido a retención de placa y signos compatibles con periodontitis, especialmente en el sector anterior vestibular. Luego, se repitió la prueba metálica, observándose ajuste marginal adecuado y adaptación a tejidos blandos. En la prueba de bizcocho se evaluó adaptación, anatomía, oclusión y color, solicitándose corrección cromática a tonos A4 cervical y B4 incisal. (fig. 8)

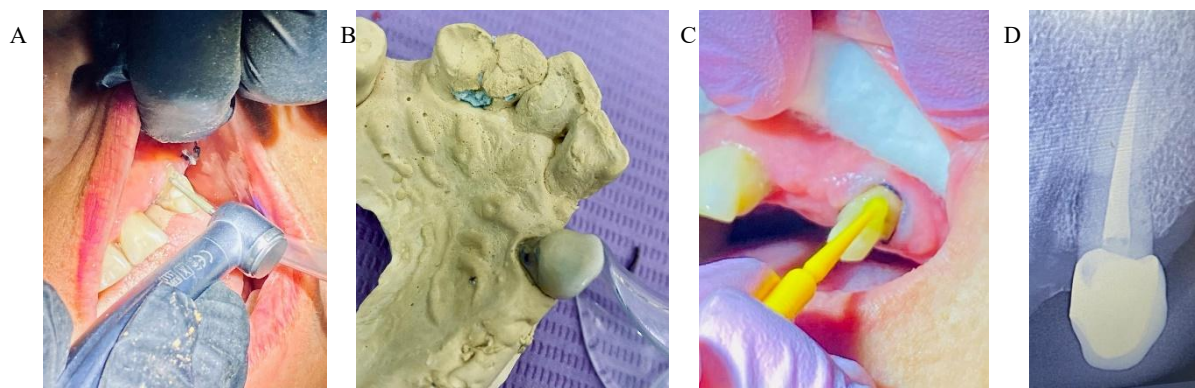


Figura 8 Fotografías Proceso de elaboración prótesis fija de metal-cerámica. (A) Tallado pieza 23; (B) Prueba de bizcocho; (C) Cementación de corona; (D) Radiografía de corona cementada.

Fuente: Vera, 2025.

Finalmente, antes de la cementación, se realizó el control periodontal #3, evidenciando nuevamente placa bacteriana en la cara vestibular de las piezas anteroinferiores e inflamación gingival localizada. Para controlar este factor, se efectuó profilaxis y alisado de caras linguales (figura 5). Luego, se cementó definitivamente la corona metal-cerámica con cemento resinoso dual. Previamente, la superficie interna fue arenada y el diente limpiado con piedra pómez; después se aplicó primer para metales Z-Prime y se acondicionó el sustrato dentario según protocolo adhesivo. Tras colocar la restauración, se eliminó el exceso de cemento, se verificó la oclusión y la radiografía final confirmó adecuada adaptación. (fig. 8)

Para la confección de la prótesis parcial de cromo-cobalto, se inició con impresiones primarias en alginato para obtener modelos preliminares. Estas fueron vaciadas en yeso blanco, permitiendo evaluar espacios edéntulos, áreas de soporte dentario y eje de inserción. Posteriormente, se realizó el diseño protésico, definiendo apoyos oclusales, retenedores, conectores mayores y demás elementos según principios biomecánicos de soporte, retención y estabilidad. En el maxilar superior, se planificaron apoyos en mesial de la pieza 15, cingulo del canino 13 y apoyo existente en la prótesis fija. En el maxilar inferior, se diseñaron en mesial de 35, lingual de 43, mesial de 45 y distal de 46. Los apoyos se prepararon en forma de triángulo invertido, con bordes redondeados y fondo cóncavo, usando fresa diamantada troncocónica de extremo redondeado. Luego, se tomó impresión definitiva con silicona de condensación, se realizó escaneo intraoral digital para mejorar la precisión protésica y se seleccionó el color dentario para integrar la estética final.



Figura 9 Fotografía Prueba en cera de dientes artificiales

Fuente: Vera, 2025.

Con la información clínica y registros obtenidos, se envió al laboratorio el diseño protésico para confeccionar la estructura metálica en cromo-cobalto. En el maxilar superior, se diseñó un

conector mayor tipo herradura, con retenedores de acción posterior en la pieza 14 y tipo I en 13 y 23, reemplazando las piezas 11, 14, 16, 22, 24, 25 y 26. En el maxilar inferior, se planificó barra lingual, retenedores Akers en 35 y 43, doble Akers en 45 y 46. Previamente, se probó en resina acrílica y luego la estructura metálica adaptó correctamente, sin interferencias. Posteriormente, se realizó la prueba en cera de los dientes artificiales, evaluando estética, oclusión y disposición dentaria. Se evidenció discrepancia de color, por lo que se solicitó corrección a tono 65, además de una leve vestibularización anterior para mejorar la armonía estética. Tras las correcciones, se adaptó definitivamente la prótesis parcial removible, verificando correcta oclusión, guía canina derecha y función de grupo izquierda durante movimientos excéntricos. (fig. 8)

Finalmente, se tomaron registros fotográficos finales como documentación clínica del caso. En las dos citas de control posteriores, la paciente no presentó molestias ni complicaciones, observándose una adecuada adaptación funcional y estética de la prótesis, confirmándose el éxito del tratamiento rehabilitador.

4.5. Evolución

4.5.1. Resultados del manejo periodontal

Desde el punto de vista periodontal, el paciente evidenció una mejoría clínica parcial a lo largo del seguimiento. En la mayoría de los sectores se observó una disminución significativa de los signos inflamatorios, acompañada de una reducción del sangrado al sondaje y una mejor estabilidad de los tejidos gingivales. Además, ya no presentó acúmulo de cálculo dental; no obstante, en el sector anteroinferior vestibular persistió la retención de placa bacteriana, lo que condicionó la presencia de inflamación gingival residual, aunque de menor intensidad en comparación con la evaluación inicial. A pesar de esta limitación localizada, el control periodontal global fue favorable y permitió mantener condiciones biológicas compatibles con la continuidad y pronóstico del tratamiento rehabilitador. (Tabla 3) (fig. 9)

Tabla 3. Comparación de parámetros periodontales pre y postratamiento

Parámetro clínico	Evaluación inicial	Evaluación final
Índice de placa	87%	31%
Sangrado al sondaje	82%	25%
Profundidad de sondaje	5 mm promedio	3,5 mm promedio
Movilidad dentaria	Grado 2	Grado 1
Higiene oral	Deficiente	Normal
Cálculo	1,66	0,33

Fuente: Vera, 2026.



Figura 9. Registro fotográfico intraoral final posterior al tratamiento rehabilitador. (A) Vista frontal en máxima intercuspidación. (B) Vista oclusal superior. (C) Vista oclusal inferior. (D) Vista lateral derecha. (E) Vista lateral izquierda.

Fuente: Vera, 2025.

4.5.2 Resultados del manejo restaurador

En el área de operatoria dental, las restauraciones directas realizadas presentaron una evolución clínica favorable durante el seguimiento. Se observó una adecuada adaptación marginal, estabilidad funcional y correcta integración con el esquema oclusal establecido. Asimismo, no se reportaron molestias, hipersensibilidad postoperatoria ni signos de fracaso restaurador, lo que evidenció un desempeño satisfactorio de los procedimientos realizados. (Tabla 4) (fig. 9)

Tabla 4. Evolución clínica periodontal después del tratamiento

Parámetro clínico	Evaluación inicial	Evaluación final
C	6	0
P	8	12
O	1	8

Nota: C = dientes cariados; P = dientes perdidos; O = dientes obturados. **Fuente:** Vera, 2026.

4.5.3 Resultados del manejo quirúrgico

Desde el punto de vista quirúrgico, la evolución postoperatoria fue en general favorable. En el procedimiento de resección del torus se presentó como único inconveniente el desprendimiento parcial de un punto de sutura en el lado derecho, lo que condicionó un proceso de cicatrización ósea más prolongado en dicha zona. No obstante, la evolución posterior fue adecuada, sin evidencia de infección ni complicaciones adicionales.

Por otra parte, en relación con las exodoncias realizadas, no se registraron inconvenientes postoperatorios relevantes, observándose una correcta cicatrización de los tejidos blandos y óseos, lo que permitió la continuidad del plan de tratamiento sin interferencias clínicas. (fig. 10)

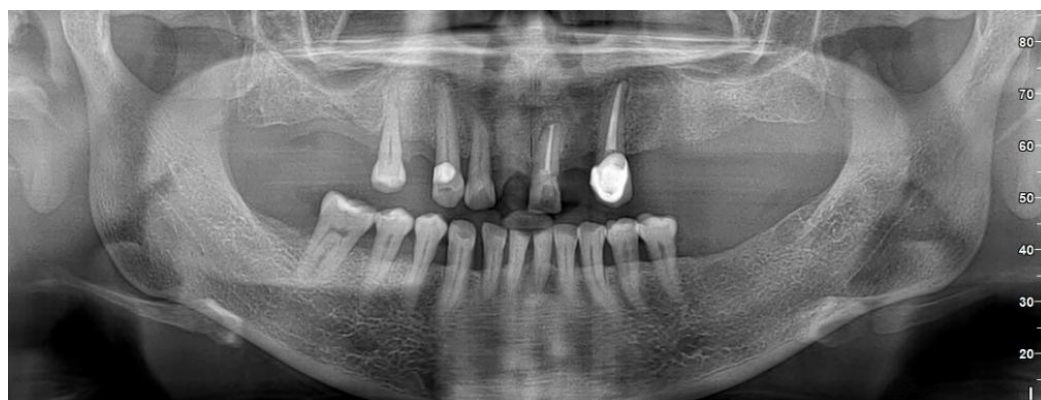


Figura 10. Radiografía Panorámica final.

Fuente: Vera, 2025.

4.5.4 Resultados del manejo endodóntico

En relación con los tratamientos endodónticos realizados, la evolución clínica fue favorable durante el período de seguimiento. Las piezas tratadas se mantuvieron asintomáticas, sin presencia de dolor postoperatorio, sensibilidad persistente ni signos clínicos de complicaciones. Asimismo, no se evidenciaron alteraciones periapicales que comprometieran su pronóstico, lo que permitió su adecuada integración funcional dentro del plan rehabilitador establecido. (Tabla 5) (fig. 10)

Tabla 5. Evolución clínica periodontal después del tratamiento

Parámetro clínico	Evaluación inicial	Evaluación final
P	1	0
U	0	0
F	1	0
A	0	0

Fuente: Vera, 2026.

4.5.5 Resultados del manejo protésico

Las rehabilitaciones protésicas mostraron una evolución clínica favorable durante el seguimiento. La prótesis fija de metal-cerámica con apoyo en el cingulo mostró una adecuada adaptación marginal, estabilidad mecánica y correcta integración funcional dentro del contexto oclusal establecido, sin generar interferencias ni sobrecargas.

De manera complementaria, la prótesis parcial removible de cromo-cobalto contribuyó al restablecimiento de la función masticatoria, la estabilidad oclusal y la estética dental. La reposición de los espacios edéntulos mejoró la armonía de la sonrisa, aumentando la satisfacción, confianza y aceptación del paciente. Tras el período inicial de adaptación, las molestias propias del uso de la prótesis fueron superadas mediante ajustes progresivos, hasta alcanzar una adaptación funcional y estética satisfactoria, estable y adecuada para sus necesidades cotidianas a largo plazo. (fig. 11)





Figura 11. Registro fotográfico intraoral final posterior a la adaptación de prótesis parcial de cromo-cobalto.
 (A) Vista frontal en máxima intercuspidación. (B) Vista oclusal superior. (C) Vista oclusal inferior.
 (D) Vista lateral derecha. (E) Vista lateral izquierda
Fuente: Vera, 2025.

4.6. Discusión

La rehabilitación oral multidisciplinaria constituye actualmente uno de los enfoques terapéuticos más efectivos para el manejo de pacientes con alteraciones funcionales y estéticas complejas del sistema estomatognático. La integración de diversas especialidades permitió restablecer la función masticatoria y mejorar la percepción estética de la paciente, lo cual coincide con estudios que destacan la importancia del abordaje interdisciplinario para alcanzar resultados clínicos predecibles y estables (1, 16). En este caso, el éxito terapéutico no se limitó a la fase restauradora final, sino que estuvo condicionado por una secuencia biológica adecuada que priorizó el control de factores etiológicos antes de iniciar la rehabilitación definitiva.

En la literatura periodontal contemporánea se ha descrito que los incisivos inferiores constituyen áreas de mayor susceptibilidad a la acumulación de placa debido a características anatómicas, proximidad de conductos salivales y limitaciones biomecánicas inherentes a los hábitos de higiene oral, lo cual explica la persistencia de inflamación localizada aún en contextos de estabilidad clínica general (34). En concordancia con ello, Srimaneepong, Marín y Duque señalan que el control periodontal, la estabilidad de los tejidos y la disminución de factores retentivos de placa son determinantes para favorecer la longevidad de las restauraciones protésicas, incluso cuando persisten hallazgos localizados bajo control clínico (10,17). Por consiguiente, el comportamiento periodontal observado en este caso no contradice los principios establecidos por

Marín y Duque, quienes enfatizan que la estabilidad periodontal previa debe evaluarse de manera integral y no exclusivamente a partir de hallazgos localizados, siendo este equilibrio global el factor determinante para prevenir complicaciones protésicas y favorecer la respuesta biológica de los tejidos de soporte (17).

En relación con la función masticatoria, la mejoría posterior al tratamiento sugiere que la estabilidad oclusal alcanzada contribuyó a una adecuada adaptación neuromuscular del sistema estomatognático. Okeson menciona que el restablecimiento de contactos oclusales estables favorece la coordinación muscular y reduce la sobrecarga funcional, mientras que Reyes y Solano destacan que la eficiencia masticatoria depende del equilibrio entre estructuras dentarias y musculares (13, 18, 19). En este caso, la reorganización oclusal mediante rehabilitación protésica permitió mejorar la función sin generar signos clínicos adversos.

En cuanto al manejo endodóntico y restaurador, la ausencia de sintomatología posterior al tratamiento coincide con lo reportado por Silva-Osses y colaboradores, quienes destacan la relevancia del sellado tridimensional radicular para prevenir reinfecciones (24). Del mismo modo, Sánchez menciona que la selección correcta de materiales restauradores influye directamente en la estabilidad biomecánica del tratamiento; no obstante, algunos estudios reportan tasas variables de fracaso relacionadas con microfiltración marginal; la estabilidad clínica observada en este caso podría explicarse por una planificación restauradora basada en principios de mínima invasión y control biomecánico, lo que refuerza la idea de que el éxito restaurador no depende exclusivamente del material empleado, sino del enfoque clínico integral (9).

Respecto al abordaje quirúrgico, la resección del torus mandibular constituyó una fase estratégica dentro del plan terapéutico, ya que permitió optimizar el diseño y adaptación de la prótesis parcial removible. Esto coincide con lo descrito por Solano Ayala, quienes señalan que la eliminación de exostosis está indicada cuando interfiere con la rehabilitación protésica. Asimismo, Villacis Carabajo y Serrano Piedra destacan que las prótesis parciales removibles de cromo-cobalto ofrecen rigidez, estabilidad y adecuada distribución de fuerzas, aspectos evidenciados en la adaptación funcional posterior del caso (31,32). Aunque se presentó una dehiscencia localizada durante la cicatrización, esta evolucionó favorablemente sin comprometer el resultado final, lo que demuestra que las complicaciones menores pueden manejarse exitosamente mediante controles postoperatorios adecuados.

Según lo descrito en los estudios de Ramírez y Torres, la combinación de corona metal-cerámica con prótesis parciales removibles de cromo-cobalto constituyen una alternativa rehabilitadora biomecánicamente favorable, ya que permite optimizar la distribución de cargas oclusales, mejorar la estabilidad estructural y favorecer la adaptación protésica cuando existe adecuado soporte periodontal, lo que se pudo evidenciar en el paso final del tratamiento restaurador al ver la compatibilidad de ambas prótesis (11, 29). En términos estéticos, aunque el uso de estructuras metálicas puede representar una limitación visual relativa, Padilla-Alvear y Fernández-Montecinos y Cárdenas, destacan que el equilibrio entre funcionalidad biomecánica y percepción estética constituye el principal criterio de éxito clínico; en concordancia con lo descrito, la rehabilitación realizada permitió mejorar la armonía dental y la aceptación estética de la paciente sin comprometer la estabilidad protésica ni la eficiencia funcional alcanzada (2, 3).

Finalmente, el análisis global del caso respalda la premisa de que la rehabilitación oral exitosa no depende únicamente de la ejecución técnica de cada procedimiento, sino de la integración diagnóstica y de la secuencia terapéutica basada en principios biológicos. A diferencia de enfoques fragmentados descritos en algunos estudios clínicos, la planificación interdisciplinaria permitió abordar simultáneamente los factores etiológicos, funcionales y estéticos, lo que podría explicar la estabilidad clínica alcanzada. No obstante, al tratarse de un reporte de caso único, es necesario interpretar los resultados con cautela y promover investigaciones futuras que evalúen este enfoque en muestras más amplias.

CAPÍTULO V.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

La estética está estrechamente ligada a la calidad de vida de un paciente, ya que influye en la integración de un individuo en la sociedad, sin embargo, se debe tener en cuenta que para lograr una rehabilitación exitosa es fundamental lograr un equilibrio entre la estética y funcionalidad.

El diagnóstico clínico integral es importante para lograr no solo detectar alteraciones a tiempo, sino obtener como resultado un tratamiento con estabilidad, longevidad y resultados satisfactorio tanto para el paciente como para el equipo profesional.

La rehabilitación oral con enfoque multidisciplinario tiene un resultado positivo y predecible, al articular especialidades como periodoncia, operatoria dental, endodoncia, cirugía, prótesis e incluso imagenología se realiza una rehabilitación que respeta la biología estomatológica, trabajando con cuidado cada uno de los aspectos de las diferentes especialidades.

5.2. Recomendaciones

Se recomienda abordar el tratamiento a través de un enfoque interdisciplinario fundamentado en una valoración diagnóstica completa, dando prioridad al control de la enfermedad periodontal y de los factores etiológicos asociados. Asimismo, es importante establecer una secuencia terapéutica estructurada, basada en principios biológicos, que favorezca la creación de condiciones adecuadas para una rehabilitación oral funcional y duradera.

Se aconseja desarrollar el plan de tratamiento de manera secuencial y organizada, garantizando la adecuada interacción entre las distintas especialidades involucradas y respetando los tiempos clínicos requeridos para cada fase. Este proceso debe orientarse a mantener la estabilidad oclusal y un seguimiento clínico permanente, con el propósito de obtener resultados funcionales y estables a largo plazo.

En el ámbito académico, fortalecer la coordinación, supervisión y planificación de los casos clínicos, junto con espacios de trabajo interdisciplinario y análisis basado en evidencia, favorece competencias profesionales sólidas y una formación integral de los futuros profesionales de salud oral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Badillo Barba M, Morales García J, Magaña Quiñones J, Flores Hernández JB, Escutia Corona GN, Figueroa González MF. Manejo interdisciplinario para una óptima rehabilitación oral. *Rev Asoc Dent Mex.* 2021;78(2):106-14. doi:10.35366/99287
2. Fernandez-Montecinos EA, Padilla-Alvear PA. Variaciones histórico-culturales de la estética dental. *Rev Fac Odontol.* 23 de febrero de 2022;33(2):64-74. doi:10.17533/udea.rfo.v33n2a10
3. Burgos Cárdenas JB, Llor Casanova DM, Alvear Ruiz NV, Guadamud Miele MA. Autopercepción de la estética dental e impacto psicosocial en adultos. *Polo del Conocimiento.* 2023;8(4):1954-1965. doi:10.23857/pc.v8i4.5539
4. Noguera E, Sorribas M, Admella V, Biondo S. Salud oral y neoplasia gastrointestinal. Revisión narrativa. *Cir Esp.* diciembre de 2021;99(10):716-23. doi:10.1016/j.ciresp.2021.05.002
5. Rios López AI, Alcántara Chávez D. Percepción de la calidad de vida y satisfacción en pacientes portadores de dentaduras parcial removible. *Odontol Vital.* 31 de enero de 2024;1(40). doi:10.59334/ROV.v1i40.562
6. Guerrero Jurado LA, Menéndez Cevallos IP, Pico Coronel JN, Mecías Solórzano DE. Coronas de zirconia: rehabilitación completa y recuperación de la dimensión vertical. *Rev Soc Front.* 15 de septiembre de 2024;4(5):e45413. doi:10.59814/resofro.2024.4(5)413
7. Huamani-Cantoral JE, Huamani-Echaccaya JL, Alvarado-Menacho S. Rehabilitación oral en paciente con alteración de la dimensión vertical oclusal aplicando un enfoque multidisciplinario. *Rev Estomatológica Hered.* 11 de abril de 2018;28(1):44. doi:10.20453/reh.v28i1.3282
8. Zanini M, Tenenbaum A, Azogui-Lévy S. La caries dental, un problema de salud pública. *EMC - Tratado Med.* marzo de 2022;26(1):1-8. doi:10.1016/S1636-5410(22)46042-9
9. Sánchez RJS, Baidal MFP, Quiñónez LFA, Valdiviezo MNS. Técnicas y materiales para la restauración dental: una revisión sistemática. *RECIMUNDO.* 13 de diciembre de 2024;8(3):408-30. doi:10.26820/recimundo/8.(3).julio.2024.408-430
10. Srimaneepong V, Heboyan A, Zafar MS, Khurshid Z, Marya A, Fernandes GVO, et al. Fixed prosthetic restorations and periodontal health: a narrative review. *J Funct Biomater.* 2022;13(1):15. doi:10.3390/jfb13010015
11. Ramírez González Jacqueline, Figueroa Aguirre Diana Lizette, Alatorre Castoreña Olivia, Romero Jiménez Marco Octavio, Niño Camacho Andrés, Correia Miranda Valdivia Andréa Dolores. Rehabilitación oral completa en un paciente con erosión dental causada por reflujo gastroesofágico. *Rev. Odont. Mex [revista en la Internet].* 2022 Mar [citado 2026 Jul 08]; 26(1): 78-86. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-
12. Rosero Mendoza JI, Valarezo Torres JJ, Segovia Palma P, Cedeño Delgado MJ. Intervención interdisciplinaria en odontología integral: un enfoque centrado en el paciente. Una revisión sistemática. *RECIMUNDO.* 10 de abril de 2025;9(2):278-98. doi:10.26820/recimundo/9.(2).abril.2025.278-298

13. Okeson JP. Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion - E-Book: Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2019. 514 p.
14. Carlsson GE. Clinical morbidity and sequelae of treatment with complete dentures. *J Prosthet Dent.* enero de 1998;79(1):17-23. doi:10.1016/S0022-3913(98)70188-X
15. Alcívar Mejía K, León Velastegui MA. Impacto psicosocial de la estética dental en adolescentes. Revisión sistemática. *Esprint Investig.* 2025;4(1):559-571. doi:10.61347/ei.v4i1.131
16. Grijalva-Bueno A, Sangoluisa-Tipantiza VA, Herrera-Barrera AM, Grijalva-Palacios MM. Criterios para la rehabilitación de un paciente edéntulo parcial. Revisión sistemática. *Rev Arbitr Interdiscip Cienc Salud Salud Vida.* 1 de febrero de 2024;8(1):91-100. doi:10.35381/s.v.v8i1.3699
17. Marín Jaramillo R, Duque Duque A. Condiciones modificadoras del riesgo de enfermedad periodontal: una revisión narrativa sobre la evidencia en américa latina. *CES Odontol.* 15 de junio de 2021;34(1):82-99. doi:10.21615/cesodon.34.1.8
18. Reyes BDP. Revisión Sistemática De La Literatura Sobre La Evaluación Del Proceso De La Masticación. *Areté.* 21 de diciembre de 2021;21(2):1-10. doi:10.33881/1657-2513.art.21205
19. Solano PAE, García MAV, Cassiani PYA. Relación de la asimetría facial y los malos hábitos masticatorios. Revisión sistemática. *Rev CIENTÍFICA SIGNOS FÓNICOS.* 26 de noviembre de 2020;6(1). doi:10.24054/01204211.v1.n1.2020.4214
20. Sojod B, Périer JM, Zalcberg A, Bouzegza S, Halabi BE, Anagnostou F. Enfermedad periodontal y salud general. *EMC - Tratado Med.* marzo de 2022;26(1):1-8. doi:10.1016/S1636-5410(22)46043-0
21. Jara Porroa JJ, De La Cruz Sedano GS, Ventura Flores AK, Perona–Miguel De Priego GA. Herramientas actuales para el diagnóstico, manejo y control de la caries dental. Parte II. Una revisión de la literatura. *Rev Científica Odontológica.* 28 de abril de 2020;8(1):1-7. doi:10.21142/2523-2754-0801-2020-007
22. Auquilla Bravo FC, Palacios Astudillo IA. Eliminación selectiva de tejido cariado en odontología mínimamente invasiva: revisión de literatura. *Anatomía Digit.* 28 de julio de 2025;8(3):128-42. doi:10.33262/anatomiadigital.v8i3.3464
23. Dikmen B. ICDAS II CRITERIA (INTERNATIONAL CARIES DETECTION AND ASSESSMENT SYSTEM). *Eur Oral Res.* 27 de agosto de 2015;49(3):63-72. doi:10.17096/jiufd.38691
24. Silva-Osses V, Echeverría-Arrivé D, Hernández-Vigueras S. Microfiltración en Materiales de Obturación Provisoria Usados en Endodoncia. Una Revisión Sistemática. *Int J Odontostomatol.* diciembre de 2024;18(4):415-25. doi:10.4067/S0718-381X2024000400415
25. Pulla Sarmiento GM, Rodríguez Reyes FG, Lugo Pinto MA. Endodoncia guiada. Una alternativa a casos de alta complejidad. Revisión narrativa sistemática. *ConcienciaDigital.* 25 de junio de 2025;8(2):65-88. doi:10.33262/concienciadigital.v8i2.3420
26. Mannocci F, Bhuva B, Roig M, Zarow M, Bitter K, Giovarruscio M, et al. European Society of Endodontology position statement: The restoration of root filled teeth. *Int Endod J.* 2021;54(11):1974-1981. doi:10.1111/iej.13607

27. Baldárrago GAV. Efectividad de las restauraciones en piezas con tratamiento de conducto: Una revisión clínica actual. *Rev Odontológica Basadrina*. 1 de noviembre de 2022;6(2):41-6. doi:10.33326/26644649.2022.6.2.1578
28. Sailer I, Makarov NA, Thoma DS, Zwahlen M, Pjetursson BE. All-ceramic or metal-ceramic tooth-supported fixed dental prostheses? A systematic review of the survival and complication rates. Part I: Single crowns. *Dent Mater*. 2015;31(6):603-623. doi:10.1016/j.dental.2015.02.011
29. Torres Herbozo M, Quintana Del Solar M, Castillo Andamayo D. Adaptación de una corona metal cerámica como pilar de una prótesis parcial removible preexistente. *Rev Estomatológica Hered*. 24 de febrero de 2016;25(4):288. doi:10.20453/reh.v25i4.2738
30. Sánchez DAL, Ochoa JSF, Álvarez DMP. Aplicación de la cirugía mínimamente invasiva en procedimientos de extracciones dentales: Evaluación de efectividad y ventajas, revisión de literatura. *Res Soc Dev*. 23 de mayo de 2024;13(5):e10213545795-e10213545795. doi:10.33448/rsd-v13i5.45795
31. Solano Ayala RR, Paredes Chavez SF, Guerra Erazo CA, Alvarez Razo SA. Exéresis de Torus Mandibular Multilobulado: Reporte de Caso. *Cienc Lat Rev Científica Multidiscip*. 12 de agosto de 2025;9(3):10271-81. doi:10.37811/cl_rcm.v9i3.18755
32. Villacis Carabajo ED, Serrano Piedra SD. Tipos y duración de materiales para prótesis parcial removible. Artículo de revisión. *Rev Cient Univ Odontol Dominic*. 2021;9(1):1-9. oai:dspace.ucacue.edu.ec:ucacue/13529
33. Manzini JL. Declaración de helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta Bioethica*. diciembre de 2000;6(2). doi:10.4067/S1726-569X2000000200010
34. Lindhe J, Lang NP, Karring T. *Clinical periodontology and implant dentistry*. 6th ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2017
35. Morales Romero JT, Herrera-Barraza VA, Ferrer-Valdivia NF. Manejo inicial de las emergencias médicas en la práctica odontológica. Una revisión de la literatura. *Odontoestomatología*. 18 de diciembre de 2024;26(44). doi:10.22592/ode2024n44e336

UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABI

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PROYECTO DE INVESTIGACION

ANEXOS

PARTE I: INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE/REPRESENTANTE LEGAL

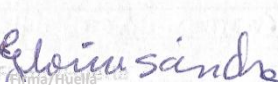
A. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN					
TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO MULTIDISCIPLINARIO PARA DEVOLVER FUNCIONALIDAD MASTICATORIA Y ESTÉTICA DEL PACIENTE: ANÁLISIS DE CASO					
B. NOMBRE DE INVESTIGADOR PRINCIPAL Y DATOS DE CONTACTO					
Nombres completos:		María Emilia Vera Saltos		Cedula:	1315418614
Teléfono:		090526064		Correo electrónico:	c1315418614@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 rehabilitación oral es un tratamiento integral cuyo objetivo es restablecer la función masticatoria, fonética y estética del paciente mediante la reconstrucción de las estructuras dentarias y el equilibrio del sistema estomatognático. En el presente análisis de caso, se aborda la atención de una paciente que presenta alteraciones funcionales y estéticas derivadas de la pérdida y desgaste dental. A través de un plan de tratamiento interdisciplinario, se busca devolver la armonía oclusal, la salud periodontal y una sonrisa natural. Este proceso incluye una evaluación clínica exhaustiva y la selección de procedimientos restauradores que garanticen resultados duraderos y estéticamente satisfactorios.					
G. PROPÓSITO DEL ESTUDIO					
1. Restablecer la funcionalidad del sistema estomatognático, mediante la recuperación de la correcta masticación, fonación y oclusión, garantizando una adecuada eficiencia masticatoria y confort del paciente.					
2. Devolver la armonía estética facial y dental, a través de restauraciones protésicas que mejoren la apariencia de la sonrisa y contribuyan a la autoestima y bienestar psicológico de la paciente.					
3. Mantener la salud bucal a largo plazo, mediante la implementación de un tratamiento integral que preserve los tejidos dentarios y periodontales, previniendo futuras alteraciones funcionales o estructurales.					
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.	Clínicas de odontología de la ULEAM	María Emilia Vera Saltos	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.	Clínicas de odontología de la ULEAM	María Emilia Vera Saltos	Periodo 2025 (2)
3.	Detartraje subgingival y alisado radicular	Procedimiento destinado a eliminar el cálculo y las toxinas adheridas a la raíz dental, favoreciendo la cicatrización del tejido periodontal y el control de la inflamación	Clínicas de odontología de la ULEAM	María Emilia Vera Saltos	Periodo 2025 (2)
4.	Endodoncia de pieza 23 (retratamiento).	Permite eliminar la infección, desinfectar los conductos radiculares y preservar la función del diente.	Clínicas de odontología de la ULEAM	María Emilia Vera Saltos	Periodo 2025 (2)
5.	Endodoncia de pieza 21 (2 sesiones)	Da lugar a eliminar el tejido pulpar afectado, desinfectar los conductos y conservar la pieza en condiciones funcionales.	Clínicas de odontología de la ULEAM	María Emilia Vera Saltos	Periodo 2025 (2)
6.	Extracción de piezas: #22, #25, #14 y 11	Permite eliminar dientes comprometidos por caries, infección, fractura o daño estructural, evitando complicaciones futuras y facilitando la planificación de la rehabilitación oral.	Clínicas de odontología de la ULEAM	María Emilia Vera Saltos	Periodo 2025 (2)
7.	Osteotomía de Torus en sector lingual de maxilar inferior	Permitir una mejor adaptación y comodidad de la prótesis removible.	Clínicas de odontología de la ULEAM	María Emilia Vera Saltos	Periodo 2025 (2)
8.	Restauración de clase I y clase V en las piezas con caries	Restaurar las piezas con caries para eliminar la lesión y recuperar función y estética dental.	Clínicas de odontología de la ULEAM	María Emilia Vera Saltos	Periodo 2025 (2)
9.	Corona de metal cerámica con apoyo en el cíngulo. (6 sesiones)	Restaurar la función, resistencia y estética del diente, garantizando su durabilidad como pilar protésico.	Clínicas de odontología de la ULEAM	María Emilia Vera Saltos	Periodo 2025 (2)
10.	Prótesis parcial removible con base metálica de cromo cobalto (7 sesiones)	Permite restaurar la función masticatoria, mantener la estabilidad oclusal y mejorar la estética del paciente.	Clínicas de odontología de la ULEAM	María Emilia Vera Saltos	Periodo 2025 (2)
I. BENEFICIOS DE LA PARTICIPACIÓN Y FORMA DE SOCIALIZAR LOS RESULTADOS					
1. Aprendizaje y desarrollo: Permite a los participantes adquirir conocimientos prácticos y teóricos relacionados con el tema o proyecto.					
2. Trabajo en equipo y habilidades sociales: Fomenta la colaboración, la comunicación efectiva y la resolución de problemas en grupo.					
3. Empoderamiento y motivación: Al involucrarse activamente, los participantes sienten que contribuyen al logro de objetivos significativos, aumentando su compromiso.					
J. RIESGOS FÍSICOS Y PSICOLÓGICOS 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 consultara verbalmente y registrara 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. Perforación del conducto o fractura de la raíz	Técnica precisa y uso correcto de limas y conductometría.				
7. Lesión de encía o hueso adyacente	Realizar cortes precisos y protección de tejidos blandos.				
8. 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 pagara 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.					

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

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.	X
2.	Han respondido a todas mis preguntas.	X
3.	Entiendo los riesgos y beneficios de participar.	X
4.	Entiendo que firmar este documento, NO implica renunciar a ninguno de los derechos que por ley me corresponden.	X
5.	He sido informado de todos y cada uno de los procedimientos que se realizarán para la ejecución de la investigación	X
6.	He sido informado que los cuestionarios y en general cualquier registro que contenga sus datos será resguardado en un sitio seguro.	X
7.	He sido informado que los resultados podrán ser publicados en revistas científicas u otros medios bibliográficos o pueden ser presentados en reuniones o eventos con fines académicos manteniendo el anonimato de estos sin revelar mi nombre o datos de identificación.	X
8.	He sido informado que al finalizar la investigación la información obtenida; será eliminada al cabo de 3 meses de entregado el producto final o será entregada de forma ANONIMIZADA a la/el director/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 o mi representante legal en su defecto, el investigador entregara 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

		
Denominación	Firma participante/ representante legal	Firma testigo #1
Nombres completos:	Gloria Mercedes Sánchez Vera	Maria Emilia Vera Saltos
Cédula:	1308889119	1315418614
Correo electrónico:		E1315418614@live.uleam.edu.ec
Teléfono:	0980003598	0990526064
Dirección:	Barrio Ceibos Renacer	Cdla Universitaria, calle u 8
Lugar y fecha:	Manta 20 de Octubre 2025	

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

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

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

1. NOMBRE COMPLETO PACIENTE: Claribel Mercedes Jaramila Vera **1.6. PACIENTE INF. O CLÍNICO:** 1503881118 **TELÉFONO PACIENTE:** 0980005598

FECHA NACIMIENTO: 25.09.1978 **SEXO:** M **CATEGORÍA DE ATENCIÓN (LABORAL, EMPLEADA, GRUPO VULNERABLE, PACIENTE CON DISCAPACIDAD (FÍSICA, ENFERMEDAD CRÓNICA, DISCAPACIDAD O ALTA COMPLEJIDAD), PERSONA PRIVADA DE LA LIBERTAD (DE NO APLICAR 360))** NO

PAÍS DE ORIGEN: Ecuador **CURAD:** Amara de Casa **PCD:** N **ETNIA:** K **C:** C **PP:** NO **NO:** NO

PROFESOR: Olivia **PROFESOR:** Olivia **PROFESOR:** Olivia

2. UNIDAD DE ATENCIÓN: UNIDAD MOVIL **ESPECIFIQUE EL NOMBRE DEL LUGAR DE ATENCIÓN (NOMBRE DE LA ASIGNATURA, BARIO, UNIDAD EDUCATIVA, ENTRE OTROS)** UNIDAD MOVIL

3. MOTIVO PRINCIPAL DE LA CONSULTA: Me duele la muela **ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE**

4. ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL: Paciente femenina de 47 años acude a consulta refiriendo dolor intenso y constante en pieza #25, dolor al comer y frotar en piezas #11, 21 y 22. Con presencia de fístula en pieza #21. Se observa enfermedad periodontal con recesión ósea, presencia de raras manibulales y caries de tratamiento odontológico previos, además fístula de pieza #12 y caries profunda en pieza #25.

5. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: 4. raras

6. EXAMENES VITALES: 127.23 85 12 36 62.4 1.5m

7. EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOLÓGICO: TURUS

8. PLANES DE DIAGNÓSTICO Y EDUCACIONAL: Radiografía Panorámica
Radiografía Periapical

10. INDICADORES DE SALUD BUCALE:

11. TRATAMIENTO:

12. TRATAMIENTO:

13. TRATAMIENTO:

14. TRATAMIENTO:

15. TRATAMIENTO:

16. TRATAMIENTO:

17. TRATAMIENTO:

18. TRATAMIENTO:

19. TRATAMIENTO:

20. TRATAMIENTO:

21. TRATAMIENTO:

22. TRATAMIENTO:

23. TRATAMIENTO:

24. TRATAMIENTO:

25. TRATAMIENTO:

26. TRATAMIENTO:

27. TRATAMIENTO:

28. TRATAMIENTO:

29. TRATAMIENTO:

30. TRATAMIENTO:

31. TRATAMIENTO:

32. TRATAMIENTO:

33. TRATAMIENTO:

34. TRATAMIENTO:

35. TRATAMIENTO:

36. TRATAMIENTO:

37. TRATAMIENTO:

38. TRATAMIENTO:

39. TRATAMIENTO:

40. TRATAMIENTO:

41. TRATAMIENTO:

42. TRATAMIENTO:

43. TRATAMIENTO:

44. TRATAMIENTO:

45. TRATAMIENTO:

46. TRATAMIENTO:

47. TRATAMIENTO:

48. TRATAMIENTO:

49. TRATAMIENTO:

50. TRATAMIENTO:

51. TRATAMIENTO:

52. TRATAMIENTO:

53. TRATAMIENTO:

54. TRATAMIENTO:

55. TRATAMIENTO:

56. TRATAMIENTO:

57. TRATAMIENTO:

58. TRATAMIENTO:

59. TRATAMIENTO:

60. TRATAMIENTO:

61. TRATAMIENTO:

62. TRATAMIENTO:

63. TRATAMIENTO:

64. TRATAMIENTO:

65. TRATAMIENTO:

66. TRATAMIENTO:

67. TRATAMIENTO:

68. TRATAMIENTO:

69. TRATAMIENTO:

70. TRATAMIENTO:

71. TRATAMIENTO:

72. TRATAMIENTO:

73. TRATAMIENTO:

74. TRATAMIENTO:

75. TRATAMIENTO:

76. TRATAMIENTO:

77. TRATAMIENTO:

78. TRATAMIENTO:

79. TRATAMIENTO:

80. TRATAMIENTO:

81. TRATAMIENTO:

82. TRATAMIENTO:

83. TRATAMIENTO:

84. TRATAMIENTO:

85. TRATAMIENTO:

86. TRATAMIENTO:

87. TRATAMIENTO:

88. TRATAMIENTO:

89. TRATAMIENTO:

90. TRATAMIENTO:

91. TRATAMIENTO:

92. TRATAMIENTO:

93. TRATAMIENTO:

94. TRATAMIENTO:

95. TRATAMIENTO:

96. TRATAMIENTO:

97. TRATAMIENTO:

98. TRATAMIENTO:

99. TRATAMIENTO:

100. TRATAMIENTO:

1. ODONTÓLOGA:

2. ODONTÓLOGA:

3. ODONTÓLOGA:

4. ODONTÓLOGA:

5. ODONTÓLOGA:

6. ODONTÓLOGA:

7. ODONTÓLOGA:

8. ODONTÓLOGA:

9. ODONTÓLOGA:

10. ODONTÓLOGA:

11. ODONTÓLOGA:

12. ODONTÓLOGA:

13. ODONTÓLOGA:

14. ODONTÓLOGA:

15. ODONTÓLOGA:

16. ODONTÓLOGA:

17. ODONTÓLOGA:

18. ODONTÓLOGA:

19. ODONTÓLOGA:

20. ODONTÓLOGA:

21. ODONTÓLOGA:

22. ODONTÓLOGA:

23. ODONTÓLOGA:

24. ODONTÓLOGA:

25. ODONTÓLOGA:

26. ODONTÓLOGA:

27. ODONTÓLOGA:

28. ODONTÓLOGA:

29. ODONTÓLOGA:

30. ODONTÓLOGA:

31. ODONTÓLOGA:

32. ODONTÓLOGA:

33. ODONTÓLOGA:

34. ODONTÓLOGA:

35. ODONTÓLOGA:

36. ODONTÓLOGA:

37. ODONTÓLOGA:

38. ODONTÓLOGA:

39. ODONTÓLOGA:

40. ODONTÓLOGA:

41. ODONTÓLOGA:

42. ODONTÓLOGA:

43. ODONTÓLOGA:

44. ODONTÓLOGA:

45. ODONTÓLOGA:

46. ODONTÓLOGA:

47. ODONTÓLOGA:

48. ODONTÓLOGA:

49. ODONTÓLOGA:

50. ODONTÓLOGA:

51. ODONTÓLOGA:

52. ODONTÓLOGA:

53. ODONTÓLOGA:

54. ODONTÓLOGA:

55. ODONTÓLOGA:

56. ODONTÓLOGA:

57. ODONTÓLOGA:

58. ODONTÓLOGA:

59. ODONTÓLOGA:

60. ODONTÓLOGA:

61. ODONTÓLOGA:

62. ODONTÓLOGA:

63. ODONTÓLOGA:

64. ODONTÓLOGA:

65. ODONTÓLOGA:

66. ODONTÓLOGA:

67. ODONTÓLOGA:

68. ODONTÓLOGA:

69. ODONTÓLOGA:

70. ODONTÓLOGA:

71. ODONTÓLOGA:

72. ODONTÓLOGA:

73. ODONTÓLOGA:

74. ODONTÓLOGA:

75. ODONTÓLOGA:

76. ODONTÓLOGA:

77. ODONTÓLOGA:

78. ODONTÓLOGA:

79. ODONTÓLOGA:

80. ODONTÓLOGA:

81. ODONTÓLOGA:

82. ODONTÓLOGA:

83. ODONTÓLOGA:

84. ODONTÓLOGA:

85. ODONTÓLOGA:

86. ODONTÓLOGA:

87. ODONTÓLOGA:

88. ODONTÓLOGA:

89. ODONTÓLOGA:

90. ODONTÓLOGA:

91. ODONTÓLOGA:

92. ODONTÓLOGA:

93. ODONTÓLOGA:

94. ODONTÓLOGA:

95. ODONTÓLOGA:

96. ODONTÓLOGA:

97. ODONTÓLOGA:

98. ODONTÓLOGA:

99. ODONTÓLOGA:

100. ODONTÓLOGA:

1. ODONTÓLOGA:

2. ODONTÓLOGA:

3. ODONTÓLOGA:

4. ODONTÓLOGA:

5. ODONTÓLOGA:

6. ODONTÓLOGA:

7. ODONTÓLOGA:

8. ODONTÓLOGA:

9. ODONTÓLOGA:

10. ODONTÓLOGA:

11. ODONTÓLOGA:

12. ODONTÓLOGA:

13. ODONTÓLOGA:

14. ODONTÓLOGA:

15. ODONTÓLOGA:

16. ODONTÓLOGA:

17. ODONTÓLOGA:

18. ODONTÓLOGA:

19. ODONTÓLOGA:

20. ODONTÓLOGA:

21. ODONTÓLOGA:

22. ODONTÓLOGA:

23. ODONTÓLOGA:

24. ODONTÓLOGA:

25. ODONTÓLOGA:

26. ODONTÓLOGA:

27. ODONTÓLOGA:

28. ODONTÓLOGA:

29. ODONTÓLOGA:

30. ODONTÓLOGA:

31. ODONTÓLOGA:

32. ODONTÓLOGA:

33. ODONTÓLOGA:

34. ODONTÓLOGA:

35. ODONTÓLOGA:

36. ODONTÓLOGA:

37. ODONTÓLOGA:

38. ODONTÓLOGA:

39. ODONTÓLOGA:

40. ODONTÓLOGA:

41. ODONTÓLOGA:

42. ODONTÓLOGA:

43. ODONTÓLOGA:

44. ODONTÓLOGA:

45. ODONTÓLOGA:

46. ODONTÓLOGA:

47. ODONTÓLOGA:

48. ODONTÓLOGA:

49. ODONTÓLOGA:

50. ODONTÓLOGA:

51. ODONTÓLOGA:

52. ODONTÓLOGA:

53. ODONTÓLOGA:

54. ODONTÓLOGA:

55. ODONTÓLOGA:

56. ODONTÓLOGA:

57. ODONTÓLOGA:

58. ODONTÓLOGA:

59. ODONTÓLOGA:

60. ODONTÓLOGA:

61. ODONTÓLOGA:

62. ODONTÓLOGA:

63. ODONTÓLOGA:

64. ODONTÓLOGA:

65. ODONTÓLOGA:

66. ODONTÓLOGA:

67. ODONTÓLOGA:

68. ODONTÓLOGA:

69. ODONTÓLOGA:

70. ODONTÓLOGA:

71. ODONTÓLOGA:

72. ODONTÓLOGA:

73. ODONTÓLOGA:

74. ODONTÓLOGA:

75. ODONTÓLOGA:

76. ODONTÓLOGA:

77. ODONTÓLOGA:

78. ODONTÓLOGA:

79. ODONTÓLOGA:

80. ODONTÓLOGA:

81. ODONTÓLOGA:

82. ODONTÓLOGA:

83. ODONTÓLOGA:

84. ODONTÓLOGA:

85. ODONTÓLOGA:

86. ODONTÓLOGA:

87. ODONTÓLOGA:

88. ODONTÓLOGA:

89. ODONTÓLOGA:

90. ODONTÓLOGA:

91. ODONTÓLOGA:

92. ODONTÓLOGA:

93. ODONTÓLOGA:

94. ODONTÓLOGA:

95. ODONTÓLOGA:

96. ODONTÓLOGA:

97. ODONTÓLOGA:

98. ODONTÓLOGA:

99. ODONTÓLOGA:

100. ODONTÓLOGA:

ANEXO 11. Formato de Carta de exención

Oficio circular No. 0480-CEISH-JMSZ-2025
Manta, 10 de noviembre de 2025

Señor/a,
María Emilia Vera Saltos
Investigador Principal
Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí
Presente

De mi consideración,
El Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí (CEISH-Uleam), una vez que revisó el protocolo de investigación titulado: **“Tratamiento odontológico multidisciplinario para devolver funcionalidad mastcatoria y estética del paciente: Análisis de caso”**, codificado como **“CEISH-Uleam_0531”**, notifica a Usted que este proyecto es una investigación exenta de evaluación por parte del CEISH-Uleam, de acuerdo con lo establecido en la normativa legal vigente.

Descripción de la Investigación:

- Tipo de estudio: **Observacional - Análisis de caso clínico.**
- Duración del estudio (meses): **No aplica.**
- Instituciones participantes: **Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.**
- Investigadores del estudio: **Investigador principal- Vera Saltos María Emilia.**

Documentación de la investigación:

Nombre de Documentos	Número de páginas	Fecha
Declaración de responsabilidad	2 páginas	20 de octubre de 2025
Carta de interés de el/las máximas autoridades de el/los establecimientos	No aplica	-
Solicitud de exención con justificación para considerarlo exento	No aplica	-
Formulario para la presentación de protocolos de investigaciones	No aplica	-
Instrumentos que se emplearán para la ejecución del estudio	No aplica	-

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

Atentamente,



Juan Manuel Sierra
Zambrano

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