



UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

ANÁLISIS DE CASO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ODONTÓLOGO

TEMA:

REHABILITACIÓN ORAL INTEGRAL CON ENFOQUE EN FUNCIÓN Y ESTÉTICA:
ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO, PACIENTE ATENDIDO EN LA CARRERA DE
ODONTOLOGÍA, ULEAM 2025 (2)

AUTORA:

MELISSA RAQUEL VILLACRESES CASTILLO

TUTORA:

OD. FREYA ANDRADE VERA

MANTA- MANABÍ- ECUADOR

2026

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

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

CERTIFICACIÓN

En calidad de docente tutora de la Facultad Ciencias de la Salud de la Carrera de Odontología de la Universidad Laica "Eloy Alfaro" de Manabí, CERTIFICO:

Haber dirigido, revisado y aprobado preliminarmente el Trabajo de Integración Curricular bajo la autoría de la estudiante **Villacreses Castillo Melissa Raquel** legalmente matriculada en la Carrera de Odontología, período académico 2026-1, cumpliendo el total de 384 horas, cuyo tema del proyecto es **"REHABILITACIÓN ORAL INTEGRAL CON ENFOQUE EN FUNCIÓN Y ESTÉTICA: ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO, PACIENTE AENDIDO EN LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA, ULEAM 2025(2)"**.

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, 14 de julio de 2026.

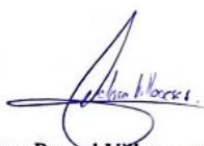
Lo certifico,


Od. Freya María Andrade Vera, Esp.
Docente Tutora
Área: Odontología

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Yo, Melissa Raquel Villacreses Castillo con C.I # 1314441518 en calidad de autor del proyecto de investigación titulado “Rehabilitación oral integral con enfoque en función y estética: Análisis de caso clínico, paciente atendido en la carrera de odontología, Uleam 2025(2)”. Por la presente autorizo a la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí hacer uso de todos los contenidos que me pertenecen o de parte de los que contienen esta obra, con fines estrictamente académicos o de investigación.

Los derechos que como autor/a me corresponden, con excepción de la presente autorización, seguirán vigentes a mi favor, de conformidad con lo establecido en los artículos 5, 6, 8, 19 y además de la Ley de Propiedad Intelectual y su reglamento.



Melissa Raquel Villacreses Castillo

C.I.: 1314441518

DEDICATORIA

A Dios, por haberme acompañado y sostenido a lo largo de este camino, por brindarme la fortaleza en los momentos más difíciles, la sabiduría para tomar cada decisión y la fe necesaria para no rendirme ante los obstáculos. Gracias por permitirme llegar hasta este momento tan importante de mi vida y por guiar cada uno de mis pasos hasta alcanzar esta meta, una de las muchas que vendrán.

A mis padres, mis amados padres Ronald y Raquel, mi mayor inspiración y mi más grande ejemplo de amor, esfuerzo y perseverancia. Gracias por estar siempre a mi lado, por sus sacrificios, por cada palabra de aliento, por creer en mí incluso cuando el camino parecía difícil. Todo lo que soy y cada logro que alcance lleva una parte de ustedes.

A mis hermanos, especialmente a mi hermanita Melina, por ser parte de este sueño desde el principio. Gracias por estar siempre para mí, por hacerme sonreír en los días difíciles y por demostrarme, con cada pequeño gesto, el inmenso amor que me tienes. Este logro también es tuyo.

Hoy culmino una etapa llena de aprendizajes, desafíos y momentos inolvidables, pero también inicio un camino lleno de sueños y nuevas metas por cumplir. Este logro es el reflejo de mi esfuerzo, pero también del amor, apoyo y confianza que siempre me han brindado. Por eso, con todo mi corazón, les dedico este trabajo, porque este sueño que hoy se cumple también les pertenece, porque no lo hubiera logrado sin ustedes, los amo profundamente, gracias por ser mi fuerza y mi refugio.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por acompañarme en cada paso de este camino, por darme la fortaleza en los momentos difíciles y por regalarme la oportunidad de cumplir uno de los sueños más importantes de mi vida.

A mis padres, Ronald y Raquel, y a mis hermanos, por ser mi mayor apoyo y mi razón para seguir adelante. Gracias por su amor, por cada sacrificio, por confiar en mí y por estar presentes en cada momento de este proceso, sus palabras, su compañía y su cariño fueron el impulso que necesitaba para no rendirme y llegar hasta esta meta.

A aquellas personas especiales que Dios puso en mi vida, gracias por estar presentes cuando más las necesite, por escucharme, apoyarme y brindarme su ayuda en los momentos en que más lo requería. Gracias por creer en mí, por acompañarme con su cariño y por hacer que este camino fuera más llevadero. Llevaré siempre conmigo la gratitud por haber sido parte de esta etapa.

A mis amigos, por haber compartido conmigo esta etapa tan importante de mi vida. Gracias por los momentos y las anécdotas vividas y los recuerdos que hicieron de este camino algo aún más especial. Me llevo con gratitud cada aprendizaje, cada sonrisa y cada instante que formo parte de estos años. Siempre guardaré con cariño todo lo que vivimos juntos.

A mi tutora, Od. Freya Andrade Vera, por su paciencia, orientación y compromiso durante el desarrollo de esta investigación. Al Dr. Maurizio Rodríguez y a la Dra. Teresa Restrepo, gracias por compartir sus conocimientos, por su disposición para ayudarme y por brindarme siempre una guía en cada desafío que se presentó. Su apoyo y confianza fueron fundamentales para culminar este trabajo.

A mis pacientes, por acompañarme durante esta etapa tan importante, por las experiencias compartidas, por su apoyo y por hacer que este camino estuviera lleno de momentos que siempre recordare.

Y a todos quienes, de una u otra manera, fueron parte de este logro, mi más sincero agradecimiento.

RESUMEN

La rehabilitación oral integral constituye un enfoque interdisciplinario orientado a restablecer la función y la estética del sistema estomatognático, considerando su impacto en la calidad de vida del paciente. En el presente estudio tuvo como objetivo restablecer la funcionalidad, la estética y la estabilidad oclusal del sistema estomatognático a través de una rehabilitación oral integral sustentada en principios científicos, anatómicos y biomecánicos. La metodología se desarrolló como estudio descriptivo, observacional, de enfoque cualitativo, bajo la modalidad de caso clínico en una paciente de 58 años con alteraciones periodontales, endodónticas, restauradoras y edentulismo parcial. El abordaje incluyó evaluación clínica y radiográfica, seguido de un plan terapéutico interdisciplinario con procedimientos periodontales, retratamiento endodóntico, exodoncias, restauraciones estéticas, prótesis fija y prótesis parcial removible. Los resultados evidenciaron una evolución clínica favorable, con control de la inflamación periodontal, resolución de la sintomatología endodóntica, adecuada cicatrización postquirúrgica y recuperación de la anatomía dental. La rehabilitación protésica permitió restablecer la función masticatoria, mejorar la estética y lograr estabilidad oclusal mediante una adecuada distribución de fuerzas. La paciente mostró buena tolerancia al tratamiento y satisfacción con los resultados obtenidos. Se concluye que la rehabilitación oral integral, basada en un enfoque interdisciplinario y criterios científicos, permitió restablecer de manera efectiva la función, la estética y la estabilidad oclusal, contribuyendo a la mejora de la calidad de vida de la paciente, aunque requiere planificación rigurosa y seguimiento continuo.

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

ABSTRACT

Comprehensive oral rehabilitation constitutes an interdisciplinary approach aimed at restoring the function and aesthetics of the stomatognathic system, considering its impact on the patient's quality of life. The objective of the present study was to restore the functionality, aesthetics, and occlusal stability of the stomatognathic system through comprehensive oral rehabilitation based on scientific, anatomical, and biomechanical principles. The methodology was developed as a descriptive, observational study with a qualitative approach, under the modality of a clinical case involving a 58-year-old female patient with periodontal, endodontic, restorative alterations, and partial edentulism. The approach included clinical and radiographic evaluation, followed by an interdisciplinary treatment plan involving periodontal procedures, endodontic retreatment, extractions, aesthetic restorations, fixed prosthesis, and removable partial denture. The results demonstrated favorable clinical progress, with control of periodontal inflammation, resolution of endodontic symptoms, adequate postsurgical healing, and recovery of dental anatomy. Prosthetic rehabilitation made it possible to restore masticatory function, improve aesthetics, and achieve occlusal stability through proper force distribution. The patient showed good tolerance to the treatment and satisfaction with the obtained results. It is concluded that comprehensive oral rehabilitation, based on an interdisciplinary approach and scientific criteria, effectively restored function, aesthetics, and occlusal stability, contributing to the improvement of the patient's quality of life, although it requires rigorous planning and continuous follow-up.

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

ÍNDICE

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR.....	II
DECLARACIÓN DE AUTORÍA.....	III
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
RESUMEN	VI
ABSTRACT.....	VII
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA.....	11
JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	13
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.	14
2.1. Antecedentes	14
2.2. Bases Teóricas	14
2.2.1. Sistema estomatognático.....	14
2.2.2. Enfermedad periodontal y su impacto en la rehabilitación.....	15
2.2.3. Operatoria dental y restauraciones estéticas	15
2.2.4. Prótesis fija.....	15
2.2.5. Prótesis Removible	15
2.2.6. Tripodismo oclusal.....	16
2.2.7. Clasificación de Kennedy	16
2.2.8. Diseño en prótesis removible.....	17
2.2.9. Apoyos oclusales	17
2.2.10. Retenedores.....	17
2.2.11. Conectores mayores	17
2.2.12. Conectores menores	18
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO	19
3.1. Tipo y diseño del estudio	19
3.2. Criterios de Inclusión:.....	19
3.3. Criterios de Exclusión:.....	19

3.4. Consideraciones éticas	19
CAPÍTULO IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DEL CASO	20
4.1. Presentación del caso	20
4.2. Examen clínico.....	21
4.3. Diagnóstico.....	22
4.4. Plan de tratamiento	22
4.5. Evolución.....	23
4.6. Discusión.....	36
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	39
5.1. Conclusiones.....	39
5.2. Recomendaciones	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41
ANEXOS	44

INTRODUCCIÓN

Conforme a la Organización Mundial de la Salud, la rehabilitación se define como un grupo de intervenciones encaminadas a maximizar la capacidad funcional de una persona y reducir los inconvenientes derivados de una condición de salud en relación con su entorno [1]. Estas condiciones engloban enfermedades agudas o crónicas, trastornos, lesiones o traumatismos. Aunque las definiciones varían, todas coinciden en que la rehabilitación busca alcanzar y preservar el mejor nivel posible de funcionamiento [2].

La rehabilitación oral integral se ha estudiado en profundidad como un abordaje interdisciplinario que integra tratamientos periodontales, endodónticos, operatorios y protésicos con el fin de recuperar la función y estético del sistema estomatognático [3].

La salud bucodental es una dimensión clave del bienestar humano, estrechamente vinculada a funciones biológicas esenciales como la masticación, deglución, fonación y respiración, además de los aspectos psicosociales relacionados con la expresión facial y la interacción social, las alteraciones en los tejidos dentarios, periodontales y en la oclusión comprometen el funcionamiento del sistema estomatognático, además influyen en la calidad de vida del paciente.

El presente estudio tiene como objetivo recuperar la función, estética y la estabilidad oclusal mediante un abordaje integral, puesto que se utilizan procedimientos periodontales, endodónticos, operatorios, quirúrgicos y protésicos, asegurando una planificación terapéutica que optimiza los resultados funcionales y estéticos, fortaleciendo el criterio clínico profesional para tomar decisiones fundamentadas.

Asimismo, se enfatiza en la importancia de documentar el proceso terapéutico de manera detallada, aplicando principios de rehabilitación oral integral, ofreciendo de esta manera un modelo terapéutico que optimiza la función, la estética y la calidad de vida del paciente, a la vez que contribuye al desarrollo profesional y científico en odontología.

CAPÍTULO I. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La cavidad oral constituye un sistema estructuralmente integrado y considerando que la pérdida de uno de estos componentes puede generar disfunciones progresivas, migraciones dentarias, alteraciones oclusales y procesos inflamatorios que, de no ser abordados, derivan en complicaciones locales y sistémicas.

Este estudio parte de la necesidad de aplicar un enfoque integral y respaldado por evidencia científica. En la práctica, abordar de manera aislada los problemas periodontales, endodónticos, operatorios, quirúrgicos y protésicos no es recomendable, por lo que se sugiere una intervención integral, reduciendo complicaciones futuras y promoviendo la salud bucal como un componente principal de la salud general.

Es así como la investigación aporta valor tanto académico como profesional, puesto que ofrece un modelo de atención que fortalece la capacidad del odontólogo para planificar tratamientos complejos, tomar decisiones clínicas justificadas y éticamente responsables, y promover estrategias preventivas que beneficien a la población, este trabajo tiene una importancia social ya que refleja una contribución al mejoramiento de la salud oral, y a su vez, la calidad de vida de los pacientes.

En la práctica clínica, se observa que pacientes con alteraciones dentarias presentan afectaciones significativas en la función masticatoria, la estabilidad oclusal y la estética dental, lo que repercute de forma directa en su salud general, bienestar psicosocial y la calidad de vida.

El problema radica en que la ausencia de un abordaje integral que combine procedimientos clínicos especializados limita la restauración efectiva de la función y la estética, pudiendo conducir a la progresión de la enfermedad, pérdida dental adicional y consecuencias psicológicas. Atender esta problemática es clave, tanto para mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida del paciente, así como fortalecer la toma de decisiones éticas y fundamentadas en odontología.

1.2. Formulación del problema de investigación

¿Cómo restablecer la función, estética y la estabilidad oclusal del sistema estomatognático mediante una rehabilitación oral integral basada en criterios científicos, anatómicos y biomecánicos?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

- Restablecer la funcionalidad, la estética y la estabilidad oclusal del sistema estomatognático a través de una rehabilitación oral integral sustentada en principios científicos, anatómicos y biomecánicos.

1.3.2. Objetivos específicos

- Evaluar de manera clínica y radiográfica las condiciones periodontales, dentarias y oclusales del paciente.
- Establecer un diagnóstico integral que considere componentes funcionales y morfológicos del sistema estomatognático.
- Diseñar un plan terapéutico individualizado orientado a la conservación de estructuras y al logro de la estabilidad funcional.
- Verificar la adecuada integración funcional y estética una vez concluido el tratamiento
- Documentar el caso con sustento en evidencia clínica vigente.

JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Este estudio parte de la necesidad de aplicar un enfoque integral y respaldado por evidencia científica, en la práctica, abordar de manera aislada los problemas periodontales, endodónticos, operatorios, quirúrgicos y protésicos no es recomendable, por lo que se sugiere una intervención integral, reduciendo complicaciones futuras y promoviendo la salud bucal como un componente principal de la salud general.

Es así como la investigación aporta valor tanto académico como profesional, puesto que ofrece un modelo de atención que fortalece la capacidad del odontólogo para planificar tratamientos complejos, tomar decisiones clínicas justificadas y éticamente responsables, y promover estrategias preventivas que beneficien a la población, este trabajo tiene una importancia social ya que refleja una contribución al mejoramiento de la salud oral, y a su vez, la calidad de vida de los pacientes.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.

2.1. Antecedentes

La rehabilitación oral integral ha sido objeto de numerosos estudios como un abordaje interdisciplinario que combina procedimientos periodontales, quirúrgicos, endodónticos, operatorios y protésicos para restaurar la función y estética del sistema estomatognático. Badillo et al. [3] señalan que el manejo interdisciplinario es esencial para optimizar resultados funcionales y estéticos, que garantizan la estabilidad de las rehabilitaciones a largo plazo.

El retratamiento endodóntico constituye una etapa fundamental para garantizar la salud pulpar y periapical antes de realizar restauraciones definitivas [4–6]. Diversos estudios confirman que una adecuada limpieza y desinfección del sistema de conductos radiculares incrementa notablemente las probabilidades de éxito clínico a largo plazo.

En el ámbito de prótesis fijas y removibles, las investigaciones indican la importancia de métodos precisos de toma de impresiones para lograr una adaptación y retención de las mismas [7,8], la elección de técnicas convencionales o digitales influye de manera directa en el resultado final, por ende, en la satisfacción del paciente.

Investigaciones acerca de operatoria dental mínimamente invasiva y restauraciones estéticas señalan que preservar tejidos dentales y una planificación anatómica cuidadosa puede mejorar la durabilidad de los tratamientos y el resultado final [9–11]

Las investigaciones presentadas demuestran que, aunque exista una bibliografía previa, no hay suficientes reportes de casos clínicos que integren todas las disciplinas presentadas de manera sistémica para un paciente con alteraciones funcionales, estéticas y oclusales, por lo que se puede justificar la elaboración del presente trabajo.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Sistema estomatognático

El sistema estomatognático comprende dientes, huesos maxilares y mandibulares, articulación temporomandibular, músculos masticatorios y tejidos de soporte (ligamentos y encía). Su equilibrio funcional es esencial para la masticación, deglución, fonación y respiración. Las alteraciones en cualquiera de estos componentes pueden conducir a migraciones dentarias, disfunciones oclusales y procesos inflamatorios [12,13].

2.2.2. Enfermedad periodontal y su impacto en la rehabilitación

La enfermedad periodontal es un proceso inflamatorio que compromete el soporte dentario, afectando la estabilidad de las prótesis y restauraciones. Estudios recientes señalan que reducir la carga bacteriana subgingival mediante raspado y alisado radicular es fundamental para mantener la salud gingival y asegurar el éxito de la rehabilitación oral integral [12].

2.2.3. Operatoria dental y restauraciones estéticas

La operatoria dental mínimamente invasiva busca conservar tejidos dentales mientras restaura la anatomía y función de las piezas dentarias. Las carillas estéticas y restauraciones de clase I, II, III y V permiten recuperar la función masticatoria y mejorar la estética, asegurando una rehabilitación armoniosa [9–11].

Según lo señalado por Mackenzie [14] una intervención restauradora permite detener el avance de las caries, además favorece el equilibrio de la oclusión, permitiendo una distribución armónica entre las fuerzas masticatorias y la protección del complejo dentino-pulpar frente a sobrecargas innecesarias, es así como la calidad de las restauraciones constituye un elemento clave para el éxito a largo plazo de los tratamientos de rehabilitación oral.

2.2.4. Prótesis fija

Las prótesis fijas, ya sean puentes o coronas, representan una solución protésica ampliamente utilizada para restaurar la función masticatoria, la estética y la fonética en pacientes que han experimentado la pérdida o el daño de sus dientes [15].

2.2.5. Prótesis Removible

Los aparatos prostodónticos removibles son prótesis parciales dentomucosoportadas, es decir, se apoyan tanto en los dientes remanentes como en los tejidos blandos adyacentes, especialmente la mucosa. Una de sus principales ventajas es que el paciente puede retirarlas y colocarlas con facilidad, lo que favorece la higiene y el mantenimiento, generalmente, se confeccionan sobre una estructura metálica que puede estar elaborada con metales nobles o no nobles [16].

Las piezas dentales artificiales y la reproducción de los tejidos blandos se realizan en resina acrílica, material que permite restituir tanto la función como la estética [16].

Estas estructuras serán colocadas en los arcos parcialmente edéntulos, los cuales han sido clasificados por varios métodos. Las posibles combinaciones de edentulismo parcial son más de 65.000 dependiendo de su incidencia en los arcos maxilares y mandibulares [17].

2.2.6. Tripodismo oclusal

El tripodismo oclusal constituye un concepto biomecánico que describe la presencia de tres puntos de apoyo entre las cúspides funcionales de los dientes posteriores y sus superficies antagonistas, esta disposición de contacto permite lograr estabilidad oclusal y una adecuada distribución de las fuerzas masticatorias [18].

Según Jiménez [18], este tipo de contacto favorece a que las cargas funcionales se conduzcan principalmente a través del esmalte dental, tejido que presenta mayor dureza y resistencia mecánica, es así como se preserva la estabilidad durante la intercuspidadación máxima y se optimiza el desempeño funcional del aparato masticatorio. En el ámbito de la prótesis parcial removible, lograr un tripodismo oclusal apropiado es fundamental para evitar sobrecargas en los dientes pilares y en las estructuras de soporte, esto permite un reparto equilibrado de las fuerzas, incrementando la estabilidad y durabilidad de la rehabilitación protésica [18].

2.2.7. Clasificación de Kennedy

En 1925, Edward Kennedy propuso una clasificación para agrupar en cuatro categorías los principales tipos de pacientes parcialmente edéntulos. Hoy en día esta clasificación es la más utilizada y las clases se dividen según la localización de las piezas ausentes.

Clase I: Edentulismo bilateral posterior, también llamada extremo distal libre bilateral. Es decir que a partir de cierto diente no tiene ningún diente más en el sector posterior, en esta clasificación no se tiene que considerar el tercer molar.

Clase II: Edentulismo unilateral posterior o extremo distal libre unilateral. Hay un área edéntula a partir del último diente natural, esto afecta sólo un lado de la arcada.

Clase III: Edentulismo unilateral intercalado. Es cuando hay un área edéntula, unilateral, en cuyos extremos hay dientes naturales.

Clase IV: Edentulismo anterior que cruza la línea media. Es la ausencia de dientes a ambos lados de la línea media y está situado anterior a los 6 dientes naturales. En esta clase se puede incluir también la ausencia de los dos incisivos centrales [18]

2.2.8. Diseño en prótesis removible

El proceso de diseño puede entenderse en dos momentos, en una primera etapa, se evalúan las condiciones clínicas del paciente para determinar si es candidato a una rehabilitación removible, posteriormente, se procede a la planificación propiamente dicha, basada en un plan de trabajo estructurado, el diseño inicial se traza sobre los modelos de estudio, donde pueden realizarse ajustes y modificaciones según las necesidades del caso, definido el esquema definitivo, este se transfiere a los modelos finales y se remite al laboratorio dental, el técnico, siguiendo las indicaciones del odontólogo, realiza el encerado correspondiente para luego llevar a cabo el proceso de colado y obtener la estructura metálica de la prótesis [17].

2.2.9. Apoyos oclusales

Los apoyos oclusales cumplen la función de proporcionar soporte vertical a la prótesis y contribuir a su estabilidad, además, ayudan a mantenerla en la posición planificada, conservando la relación oclusal sin alteraciones, de esta manera, evitan el asentamiento excesivo de la estructura protésica sobre los tejidos, reducen la presión sobre las zonas adyacentes y permiten una distribución adecuada de las fuerzas oclusales hacia los dientes pilares [16].

2.2.10. Retenedores

Los retenedores directos se seleccionan y ubican según las necesidades de cada caso clínico, cumpliendo funciones esenciales como la retención, que es la resistencia de la prótesis al desplazamiento oclusal. Asimismo, contribuyen a la estabilidad al oponerse a fuerzas horizontales mediante sus componentes rígidos, a la reciprocidad al neutralizar las fuerzas generadas durante la inserción y remoción a través del brazo opositor, y a la circunvalación, que implica que el retenedor debe abarcar aproximadamente 180 grados del diente pilar para funcionar correctamente [19].

2.2.11. Conectores mayores

El diseño del conector mayor está determinado principalmente por la clase de Kennedy y por el número de piezas dentarias que deben ser reemplazadas, su función esencial es integrar todos los componentes de la prótesis en una sola unidad estructural, permitiendo que las fuerzas generadas durante la masticación se distribuyan de manera equilibrada a lo largo de la arcada,

tanto hacia los dientes pilares como hacia los tejidos de soporte, de esta manera, se reducen las fuerzas de torsión y se favorece la estabilidad general del aparato protésico [16].

2.2.12. Conectores menores

Los conectores menores tienen la función de unir los distintos elementos de la prótesis al conector mayor, integrando el sistema en una estructura funcional única, generalmente presentan forma piramidal y deben ser rígidos para garantizar una correcta transmisión de cargas [16]. Desde su punto de origen en el conector mayor, su diámetro debe disminuir progresivamente en dirección oclusal, finalizando en un apoyo oclusal o en la unión con los brazos de un retenedor directo, al igual que en el conector mayor, su unión no debe formar ángulos rectos, sino líneas suaves y redondeadas que favorezcan la resistencia estructural y la adaptación biológica [16]

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño del estudio

El presente trabajo corresponde a un estudio descriptivo, observacional y de enfoque cualitativo, desarrollado bajo la modalidad de reporte de caso clínico. Se fundamenta en la documentación sistemática del proceso diagnóstico, la planificación terapéutica interdisciplinaria y la secuencia operatoria aplicada para la rehabilitación oral integral de la paciente, respaldada en evidencia científica actual y criterios clínicos vigentes.

3.2. Criterios de Inclusión:

Se consideraron pacientes con requerimientos odontológicos de alta complejidad y que requieran un manejo interdisciplinario, con la intervención de al menos cuatro especialidades, además, el caso debe permitir una evaluación clínica explorativa completa, la realización de pruebas complementarias pertinentes, formulación de diagnósticos integrales y diferenciales, así como el diseño y ejecución de un plan de tratamiento estructurado por etapas, con posibilidad de seguimiento clínico.

3.3. Criterios de Exclusión:

Se descartaron los casos que no requerían un abordaje interdisciplinario, impedían una evaluación clínica completa o la realización de exámenes auxiliares indispensables. Asimismo, se excluyeron los pacientes sin adherencia al tratamiento, sin consentimiento informado o con condiciones que dificultaban la adecuada documentación y valoración clínica.

3.4. Consideraciones éticas

Para el desarrollo del caso se contó con tres documentos fundamentales: la historia clínica de la paciente, el consentimiento informado para el uso de la información con fines académicos y científicos, conforme a la Declaración de Helsinki [20], y la carta de exención emitida por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí (CEISH-ULEAM), mediante Oficio Circular N.º 0242-CEISH-JMSZ-2026. En este documento se establece que la investigación, clasificada como estudio observacional de caso, está exenta de evaluación del comité, conforme a la normativa vigente y garantizando los principios éticos y la confidencialidad de la información.

CAPÍTULO IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DEL CASO

4.1. Presentación del caso

Paciente de sexo femenino de 58 años de edad, acude a las clínicas odontológicas de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí para valoración integral del sistema estomatognático (figura 1).



Figura 1. Fotografía clínica sonriendo (extraoral).

Fuente: Villacreses (2026)



Figura 2. Fotografía clínica frontal (extraoral).

Fuente: Villacreses (2026)

Durante la anamnesis, examen clínico intraoral y evaluación radiográfica se evidencio la presencia de diversas alteraciones dentales y periodontales que comprometían la función masticatoria, estabilidad oclusal y salud bucal general. Así mismo se observaron restauraciones defectuosas con filtración marginal, lesiones cariosas activas y tratamiento endodóntico deficiente. A nivel pulpar y periapical se diagnosticó pulpitis irreversible en pieza 1.1, asociada a periodontitis apical crónica secundaria a un tratamiento endodóntico inadecuado, evidencia clínica y radiográficamente por alteraciones en los tejidos periapicales.

En la evaluación periodontal se determinó la presencia de periodontitis localizada moderada en la superficie distal de la pieza 2.6, caracterizada por pérdida de inserción clínica, aumento en la profundidad de sondaje y signos inflamatorios, además de periodontitis leve generalizada en múltiples piezas dentarias, manifestada por inflamación gingival y compromiso inicial del soporte periodontal, durante el análisis oclusal se evidencio extrusión dental en las piezas 1.6 y 2.6, generando alteraciones en el plano oclusal, interferencias funcionales y desequilibrio en la dinámica masticatoria. También se diagnosticó edentulismo

parcial bilateral en el maxilar superior, correspondiente a una clase III de Kennedy modificada 1, y edentulismo posterior en el maxilar inferior, clasificado como clase I de Kennedy.

4.2. Examen clínico

La primera etapa del manejo clínico correspondió a una evaluación integral del paciente. Este proceso inició con la apertura de la historia clínica completa, que incluyó una anamnesis detallada tanto médica como odontológica, con el fin de identificar antecedentes relevantes que pudieran influir en el tratamiento. Posteriormente, se realizó la firma del consentimiento informado, con el propósito de garantizar que el paciente comprendiera el plan de tratamiento planteado y autorizara tanto la atención clínica como, cuando fue pertinente, el uso académico del caso.

El examen clínico incluyó una valoración detallada tanto intraoral como extraoral, considerando los tejidos blandos y duros, la dinámica mandibular y las relaciones oclusales. Como parte del diagnóstico, se solicitaron exámenes complementarios, como radiografías panorámicas y periapicales, evaluación periodontal mediante índices clínicos y fotografías clínicas.(ver figura 3, 4 y 5).

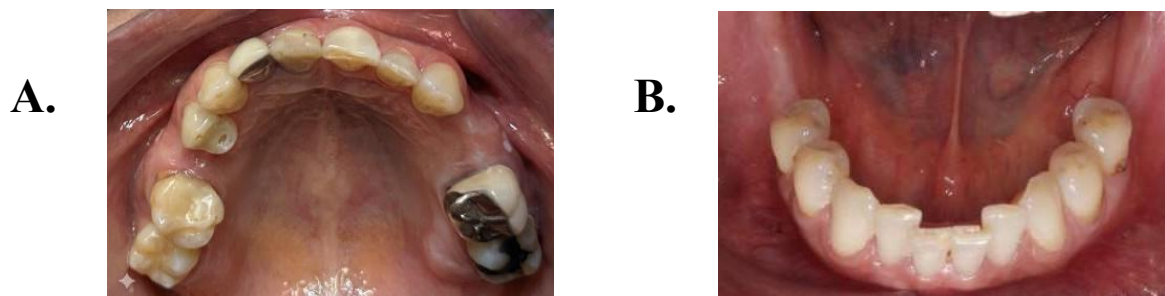


Figura 3. Documentación fotográfica intraoral. (A) Vista oclusal del arco superior. (B) Vista oclusal del arco inferior.

Fuente: Villacreses (2026)

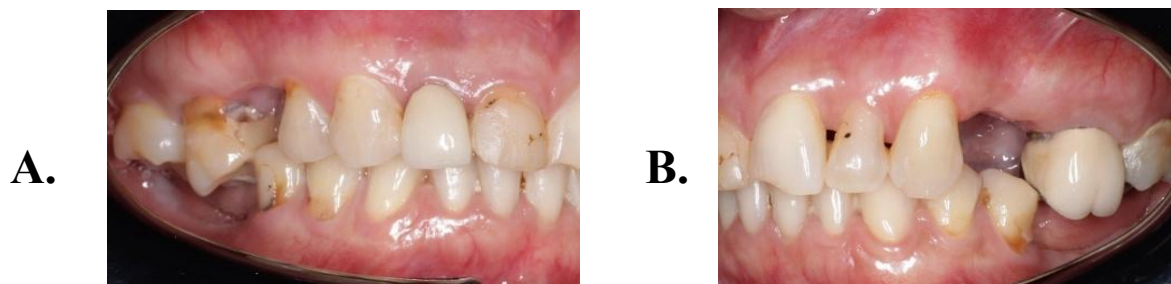


Figura 4. Fotografías intraorales en máxima intercuspidación. (A) Vista lateral derecha. (B) Vista lateral izquierda

Fuente: Villacreses (2026)

A.



B.



Figura 5. (A) Registro intraoral frontal en oclusión. (B) Ortopantomografía inicial

Fuente: Villacreses (2026)

4.3. Diagnóstico

Finalmente, con toda la información recolectada, se establece la evaluación clínica de necesidades funcionales y estéticas.

- Pulpitis irreversible en pieza 1.1, periodontitis apical crónica asociada a tratamiento endodóntico deficiente.
- Periodontitis localizada moderada en pieza 2.6 Distal.
- Periodontitis leve generalizada en piezas múltiples.
- Pérdida de dientes por accidente, extracciones o enfermedad periodontal local, en piezas 1.6 y 2.6.
- Edentulismo parcial bilateral intercalar en maxilar superior (clase III modificada 1 de Kennedy) posterior libre en mandíbula (clase I de Kennedy).

4.4. Plan de tratamiento

- Educación para la salud bucal: Indicaciones sobre diente y medidas preventivas.
- Periodoncia: Detartraje supragingival con ultrasonido y raspado/alisado radicular (mínimo 2 sesiones) para controlar placa bacteriana y favorecer cicatrización tisular (3).
- Endodoncia: Retratamiento endodóntico en la pieza 1.1 con el objetivo de garantizar una adecuada desinfección del sistema de conductos radiculares y proporcionar una base biológicamente estable para la posterior rehabilitación protésica (4,5).
- Cirugía: Exodoncia de las piezas 1.6 y 2.6 con extrusión dental marcada, con el propósito de restablecer la armonía oclusal y favorecer la posterior instalación protésica de la pieza (2,7).

- Operatoria Dental: Restauración de piezas con lesiones clase I, II, III y V, y colocación de carillas estéticas (8,9).
- Prótesis fija: Confección de corona de disilicato de litio en la pieza dental 1.1 (25,26).
- Prótesis removible: Diseño y confección de prótesis parcial removible en aleación de cromo-cobalto para maxilar superior y mandíbula.

4.5. Evolución

Se llevó a cabo el control de placa bacteriana mediante la aplicación de un agente revelador, lo que permitió identificar las superficies dentarias con mayor presencia de biofilm y guiar de mejor manera el tratamiento, a continuación, se realizó la profilaxis dental con un cepillo de profilaxis acoplado a una pieza de baja velocidad y pasta profiláctica, con lo cual se eliminó la placa blanda y las pigmentaciones extrínsecas, favoreciendo la visualización de los depósitos calcificados supragingivales, posterior, se realizó detartraje supragingival empleando scaler ultrasónico para la remoción inicial del cálculo adherido, complementándolo con instrumentación manual mediante curetas Gracey, utilizando principalmente Gracey 11/12 y 13/14 para superficies proximales de dientes posteriores, Gracey 3/4 para superficies vestibulares y linguales, y cureta universal para dientes anteriores (ver figura 6).



Figura 6. Secuencia clínica del detartraje del sextante 5. (A) Vista inicial con presencia de cálculo supragingival. (B) Vista final posterior al detartraje, evidenciándose la eliminación de los depósitos calcificados y una adecuada condición gingival,

Fuente: Villacreses (2026)

Se realizó el retratamiento endodóntico en la pieza 1.1. Inicialmente, se llevó a cabo una evaluación clínica y radiográfica detallada, evidenciándose la presencia de un tratamiento endodóntico previo con signos sugestivos de fracaso terapéutico. Clínicamente, se examinó el estado de la corona, la adaptación de la restauración existente y la respuesta del diente a las pruebas de percusión y palpación, lo que permitió reforzar la indicación de retratamiento. Tras confirmar la necesidad del procedimiento, se administró anestesia local infiltrativa en la región

vestibular y se procedió al aislamiento absoluto con dique de goma, asegurando un campo operatorio limpio y libre de contaminación salival, posteriormente, se realizó la apertura cameral, retirando el material restaurador previo hasta lograr la localización del conducto radicular.

Durante este procedimiento se mantuvo irrigación constante con hipoclorito de sodio al 2,5%, con la finalidad de favorecer la desinfección del conducto y contribuir a la eliminación de restos orgánicos. Una vez retirado el material de obturación preexistente, se permeabilizó el conducto y se estableció la longitud de trabajo mediante un localizador apical, la cual fue corroborada radiográficamente. Posteriormente, se llevó a cabo la preparación del conducto radicular mediante instrumentación endodóntica, manteniendo irrigación continua con hipoclorito de sodio al 2,5%.

Como irrigación final, se empleó EDTA al 17% con el propósito de remover el barrillo dentinario y optimizar la limpieza de las paredes del conducto. Concluida la preparación, el conducto fue secado con puntas de papel estériles y luego obturado con conos de gutapercha y cemento sellador endodóntico, verificándose radiográficamente el sellado adecuado. Finalmente, se colocó una restauración provisional para asegurar el cierre de la cavidad de acceso.

Se realizó la evaluación clínica y radiográfica del paciente, determinándose la necesidad de exodoncia de las piezas 1.6 y 2.6. Se preparó el campo operatorio mediante antisepsia intraoral con clorhexidina al 0,12% y se procedió a la administración de anestesia local infiltrativa en la región vestibular y palatina.

Confirmado el efecto anestésico, se inició el procedimiento con la sindesmotomía alrededor del cuello dentario, a fin de desprender las fibras del ligamento periodontal. Luego, se efectuó la luxación dental con elevadores rectos, mediante movimientos controlados que facilitaron la movilización de las piezas. Además, se realizó la prensión con fórceps para molares superiores, empleando el fórceps N.º 18 derecho para la pieza 1.6 y el fórceps N.º 18 izquierdo para la pieza 2.6, aplicando movimientos vestibulopalatinos suaves y progresivos hasta conseguir la extracción completa de ambas piezas. (ver figura 8)



Figura 7. Preparación del campo quirúrgico para cirugía oral, mostrando la disposición ordenada del instrumental e insumos estériles necesarios para el procedimiento.

Fuente: Villacreses (2026)

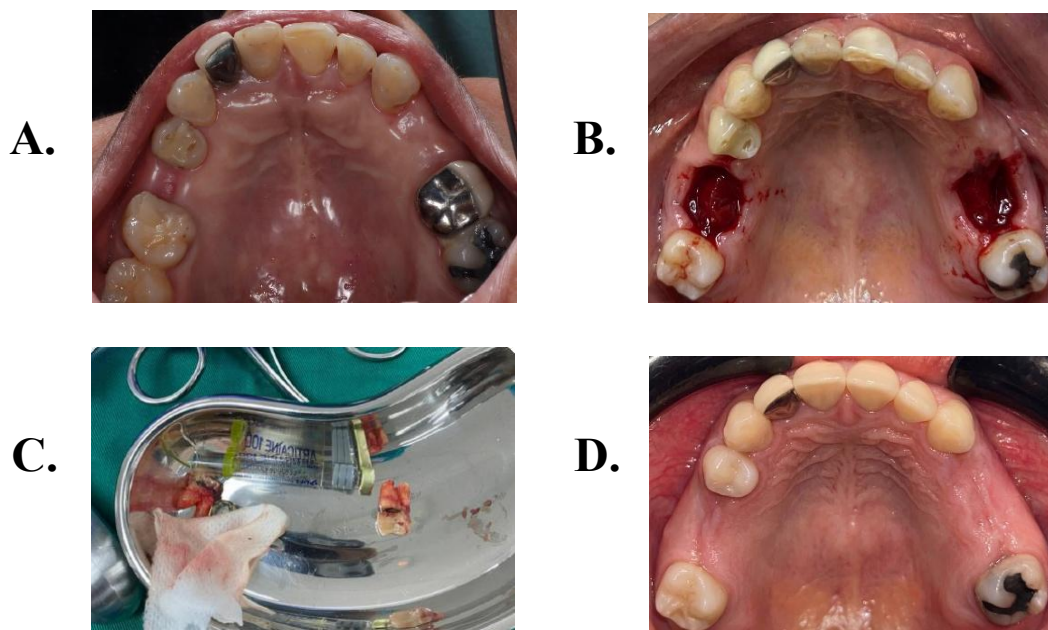


Figura 8. Secuencia clínica de las exodoncias de las piezas 1.6 y 2.6 (A) Vista oclusal inicial, donde se observan las piezas 1.6 y 2.6 antes de la intervención quirúrgica. (B) Vista oclusal posterior a las exodoncias. (C) Piezas 1.6 y 2.6 extraídas tras el procedimiento quirúrgico. (D) Control clínico realizado a los dos meses, evidenciándose una adecuada cicatrización de los tejidos y una evolución favorable de las zonas intervenidas.

Fuente: Villacreses (2026)

Tras la exodoncia, se realizó la inspección minuciosa de los alveolos para verificar la ausencia de restos radiculares y evaluar la integridad de las paredes óseas, descartando la presencia de comunicación bucosinusal. Se efectuó legrado suave para eliminar tejido de granulación y se irrigó el área con solución salina estéril. Se colocó una esponja hemostática intralveolar con el fin de favorecer la formación del coágulo y estabilizar el proceso de cicatrización. Para finalizar, se realizó sutura simple con material reabsorbible para aproximar los tejidos blandos y reforzar la hemostasia.

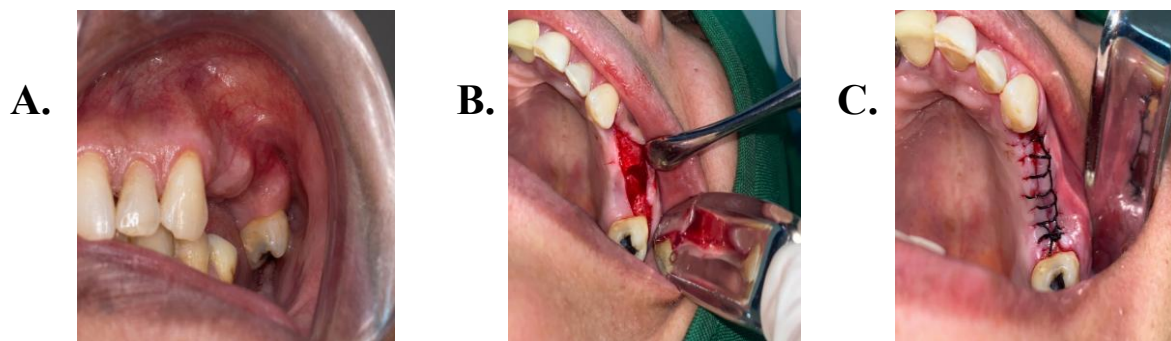


Figura 9. Secuencia fotográfica del procedimiento quirúrgico de alveoloplastia. (A) Presencia de espícula ósea. (B) incisión mucoperióstica. (C) Vista intraoral postoperatoria que muestra la síntesis de la herida quirúrgica mediante sutura continua entrelazada.

En una cita posterior, y con el objetivo de acondicionar el reborde alveolar, se llevó a cabo un procedimiento de alveoloplastia. Para ello, se practicó una incisión mucoperióstica a lo largo de la cresta del reborde alveolar, levantando cuidadosamente el colgajo para exponer las irregularidades óseas y procurando conservar la vascularización tisular. Una vez expuesta el área quirúrgica, se procedió al remodelado del hueso mediante fresas quirúrgicas y limas óseas, eliminando espículas y prominencias hasta obtener un reborde alveolar más uniforme y regular. (ver figura 9)

Se realizó una evaluación clínica y radiográfica inicial para establecer el estado pulpar y estructural de las piezas dentales, con el fin de planificar el tratamiento restaurador. Antes del procedimiento se colocó aislamiento absoluto mediante dique de goma para garantizar un campo operatorio libre de contaminantes. Se efectuó un desgaste controlado para la colocación de carillas. Posteriormente, se aplicó ácido ortofosfórico al 37 % sobre esmalte y dentina durante el tiempo recomendado, seguido de lavado y secado controlado. Luego, se aplicó el sistema adhesivo 3M ESPE y se realizó la fotopolimerización. Posterior a esto se coloca la resina compuesta, modelando la morfología dental y asegurando la adaptación marginal, fotocurando cada capa. Finalmente se realizó el acabado y pulido de las restauraciones y

carillas, usando fresas de pulido franja amarilla, pasta diamond, kit de pulido y discos sosflex para obtener un correcto resultado estético de las piezas dentarias. (ver figura 10)

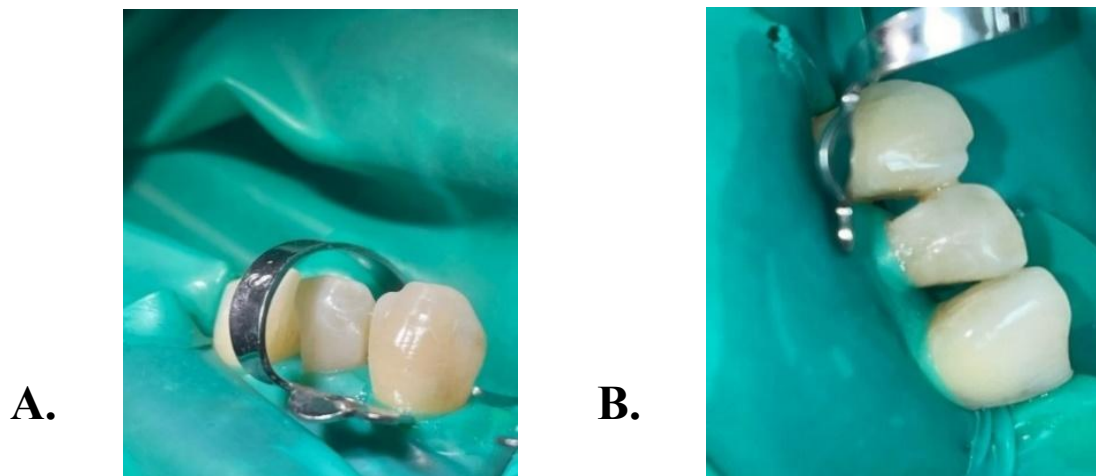


Figura 10. Registros de aislamiento absoluto con dique de goma para operatoria dental. (A) Sector superior. (B) Sector anterior.

Fuente: Villacreses (2026)

Luego de realizar la anamnesis y la valoración clínica inicial, se evaluó el estado bucal general del paciente, por lo que, se solicitó las radiografías previas y se efectuó un diagnóstico diferencial de las alteraciones cromáticas más frecuentes en el sector anterior, entre ellas caries, restauraciones defectuosas y fluorosis.

Posteriormente, se elaboró un modelo de estudio con el fin de analizar la oclusión del paciente y, a partir de ello, se realizó el encerado diagnóstico. Luego, se aisló el campo operatorio y se inició el tallado dentario utilizando una fresa troncocónica de punta redonda. Durante este procedimiento, los dientes adyacentes fueron protegidos con bandas metálicas para evitar lesiones o desgastes accidentales en las superficies de las estructuras vecinas, realizando desgaste vestibular de 1,5 mm, desgaste palatino de 1 mm y desgaste incisal de 1,5 mm manteniendo la anatomía dentaria, obteniendo una línea de determinación tipo chamfer supragingival en la preparación para la corona garantizando un adecuado sellado marginal.

Acabada la preparación se tomó la impresión definitiva con silicona de condensación. Posterior a este paso se registra el color, considerando la armonía estética. Se confecciona el provisional con objetivo de proteger el muñón. En una siguiente cita se realizó la prueba de bizcocho donde se tomó una radiografía periapical para comprobar si había un correcto sellado marginal, en donde se obtuvo un buen resultado (ver figura 11).

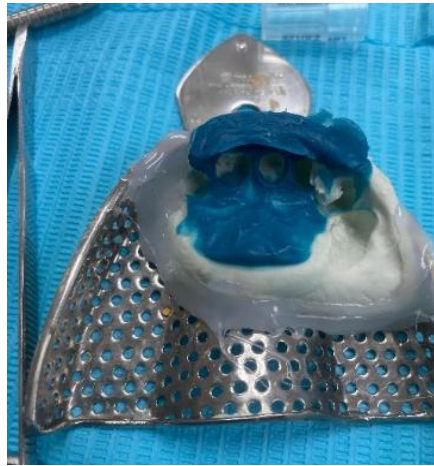
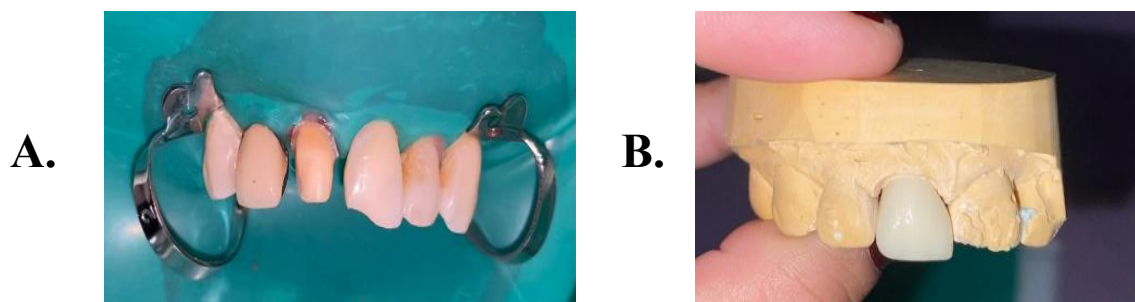


Figura 11. Impresión definitiva realizada con silicona de condensación para la obtención del modelo de estudio destinado a la confección de una prótesis fija.

Fuente: Villacreses (2026)

En la última cita se procedió a realizar la cementación de la corona, se aplicó aislamiento absoluto, se colocó hilo retractor 000, se realizó el sistema adhesivo en la pieza dental luego se preparó la corona con ácido fluorhídrico al 10% por 20 segundos, se lavó y secó, después se acondicionó con ácido ortofosfórico al 37% seguido de lavado y secado controlado, se aplicó el silano por un minuto. Se aplicó adhesivo universal en la corona con microbrush y se volatilizó y se fotopolimerizó. Por último, se colocó el cemento resino dual en la corona y se cementó, se retiró excesos con la ayuda de un microbrush y se fotopolimerizó 40 segundos por cada superficie. Finalmente, se realizó una radiografía periapical para comprobar el correcto sellado marginal, la cual obtuvo un buen resultado, de tal manera que se cumplieron los principios mecánicos, biológicos y estéticos. (ver figura 12)

Se llevó a cabo la toma de impresiones preliminares tanto en el maxilar como en la mandíbula, obteniendo posteriormente los modelos de estudio mediante el vaciado en yeso dental. Estos modelos permitieron realizar un análisis detallado de las estructuras anatómicas y de las condiciones protésicas del caso.



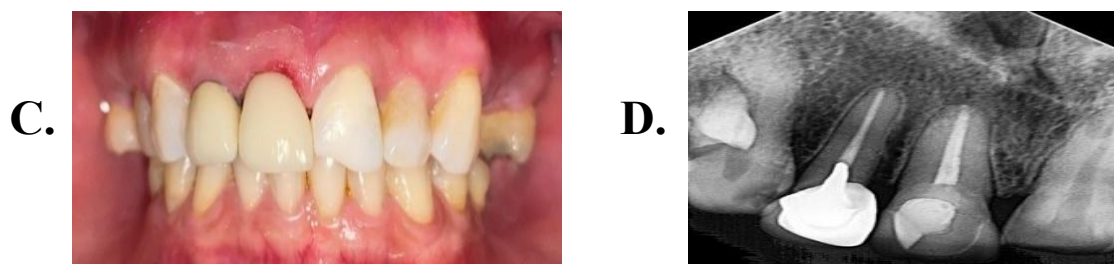


Figura 12. Secuencia clínica para rehabilitación con corona de disilicato de litio. (A) Preparación dentaria (B) Corona de disilicato de litio sobre modelo de estudio. (C) Control radiográfico posterior a la cementación. (D) Resultado clínico final. Fuente: Villacreses (2026).

Con base en este estudio, se procedió al diseño de la prótesis parcial removible en cromo-cobalto, definiendo la ubicación de los conectores mayores y menores, así como de los componentes responsables del soporte, la estabilidad y la retención. Además, se efectuó el registro intermaxilar con el fin de asegurar una correcta relación oclusal y una adecuada adaptación funcional de la futura rehabilitación.

En mandíbula se planificó un conector mayor tipo barra lingual simple. En el diseño se establecieron apoyos oclusales en la cara mesial de las piezas 45 y 35, asociados a retenedores en acción posterior para mejorar la distribución de cargas funcionales y la estabilidad protésica.

En el maxilar superior se diseñó un conector mayor tipo barra palatina simple. Se planificaron apoyos en el cóngulo de la pieza 23, apoyo oclusal mesial en la pieza 14 y apoyos oclusales distales en las piezas 17 y 27. Se contempló el uso de un retenedor circunferencial simple, además de un retenedor tipo DPI en la pieza 23.

Posteriormente, se procedió a realizar en boca las preparaciones de los apoyos previamente planificados en el diseño protésico. Una vez finalizadas estas preparaciones, se realizó la toma de impresión definitiva, la cual fue enviada al laboratorio dental para la confección de la estructura protésica.

En la siguiente cita clínica se efectuó la prueba de la estructura utilizando resina calcinable, verificando su adecuada adaptación, retención, estabilidad y relación oclusal. Tras comprobar que cumplía con los parámetros funcionales y biomecánicos establecidos, se procedió a la elaboración definitiva de la prótesis parcial removible en aleación de cromo-cobalto. (ver figura 14)

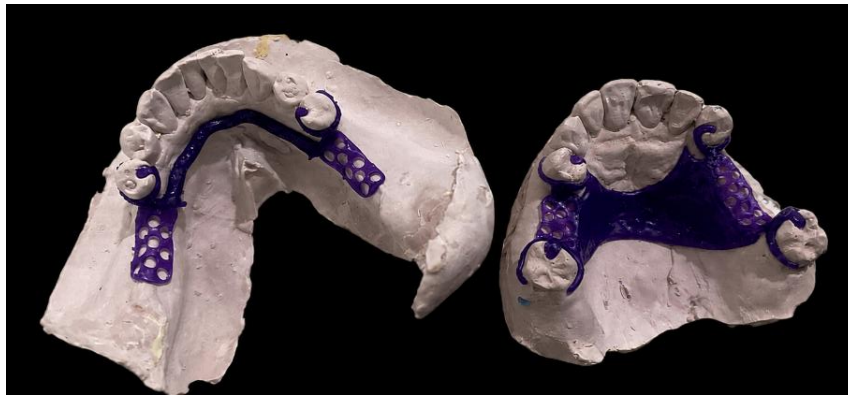


Figura 13. Modelos de trabajo con el patrón de resina calcinable de la prótesis parcial removible, utilizado para verificar la adaptación y el diseño de la estructura metálica previo al procedimiento de colado.

Fuente: Villacreses (2026)

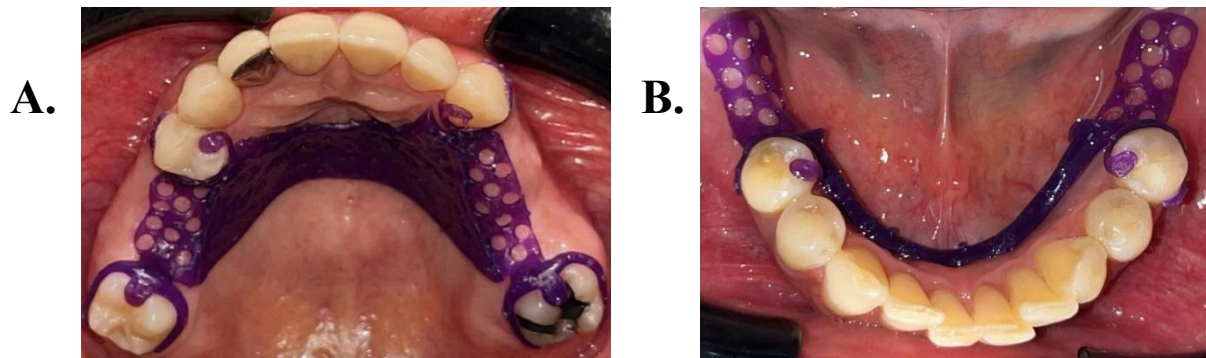


Figura 14. Prueba intraoral del patrón de resina calcinable. (A) Vista oclusal superior. (B) Vista oclusal inferior; verificando la adaptación y estabilidad del patrón.

Fuente: Villacreses (2026)

Con el propósito de sintetizar la secuencia interdisciplinaria del abordaje terapéutico aplicado en la rehabilitación oral integral, en la Tabla 1 se presentan los principales procedimientos clínicos realizados durante las diferentes fases del tratamiento.

Especialidad	Procedimientos realizados	Código relacionado
Periodoncia	Examen odontológico	Z01.2
Periodoncia	Control de placa bacteriana	K03.6
Periodoncia	Raspado y alisado radicular	K05.3
Endodoncia	Evaluación clínica y radiográfica	Z01.2
Endodoncia	Retratamiento endodóntico pieza 11	K04.5
Endodoncia	Irrigación intraconducto	K04.5
Endodoncia	Conductometría	K04.5
Endodoncia	Obturación del conducto radicular	K04.1
Endodoncia	Restauración provisional	Z46.3
Cirugía	Exodoncia dental piezas 16 y 26	K08.1
Cirugía	Sindesmotomía y luxación dental	K07.3

Cirugía	Irrigación alveolar	Z48.8
Cirugía	Alveoloplastia reborde alveolar 25-26	K08.8
Cirugía	Remodelado óseo sector posterior	K08.2
Operatoria dental	Restauraciones clase I, II, III y V	K02.9
Operatoria dental	Carillas estéticas	K03.1
Operatoria dental	Reconstrucción anatómica dental	K08.5
Operatoria dental	Acabado y pulido restaurador	Z46.3
Prótesis fija	Corona de disilicato de litio pieza 11	Z46.3
Prótesis fija	Tallado dentario	K08.5
Prótesis fija	Impresión definitiva	Z01.2
Prótesis fija	Cementación adhesiva	Z46.3
Prótesis removable	Diseño protésico	K08.1
Prótesis removable	Registro intermaxilar	K07.4
Prótesis removable	Prueba de estructura metálica e instalación protésica	Z46.3

Tabla 1. Procedimientos clínicos realizados durante la rehabilitación oral integral interdisciplinaria

Fuente. Elaboración propia - Villacreses (2026)

Se realizó una evaluación sistémica y clínica del paciente en varias etapas de la rehabilitación oral integral, y se registraron parámetros periodontales, endodónticos, quirúrgicos, restauradores y protésicos, así como la tolerancia a la terapia y los cambios en la función y la apariencia. Desde la evaluación inicial, la paciente presentaba alteraciones funcionales, estéticas y oclusales asociadas a enfermedad periodontal, tratamiento endodóntico deficiente y pérdida dentaria, lo que comprometía la eficiencia masticatoria, la estabilidad oclusal y la armonía estética.

En el ámbito periodontal, posterior al detartraje supragingival y al raspado y alisado radicular, se observó una disminución significativa de los signos inflamatorios, como sangrado gingival y edema, logrando un entorno periodontal estable. Desde el punto de vista del investigador, este resultado fue positivo al permitir la adecuada ejecución de los procedimientos restauradores y protésicos; sin embargo, la condición periodontal previa representó una limitación inicial que requirió controles y mantenimiento continuo [4].

Parámetro clínico	Evaluación inicial	Evaluación final
Índice de placa	50%	15%
Sangrado al sondaje	25%	10%
Índice gingival	1,5 (inflamación moderada)	0,5 (inflamación leve)
Profundidad al sondaje	2mm	1mm
Nivel de inserción	-2mm	-2mm

Movilidad dentaria	Grado 0	Grado 0
Higiene oral	Deficiente	Normal

Tabla 2. Indicación de salud bucal, estado inicial y final del tratamiento.

Fuente: Villacreses (2026)

En relación con el tratamiento endodóntico, el retratamiento del conducto radicular en la pieza 1.1 permitió eliminar la sintomatología dolorosa y estabilizar los tejidos periapicales, observándose una adecuada respuesta clínica y radiográfica. Este procedimiento fue determinante para conservar la pieza dentaria y proporcionar una base funcional para la rehabilitación protésica, aunque implicó un mayor número de sesiones clínicas [5,6]. (ver figura 15)

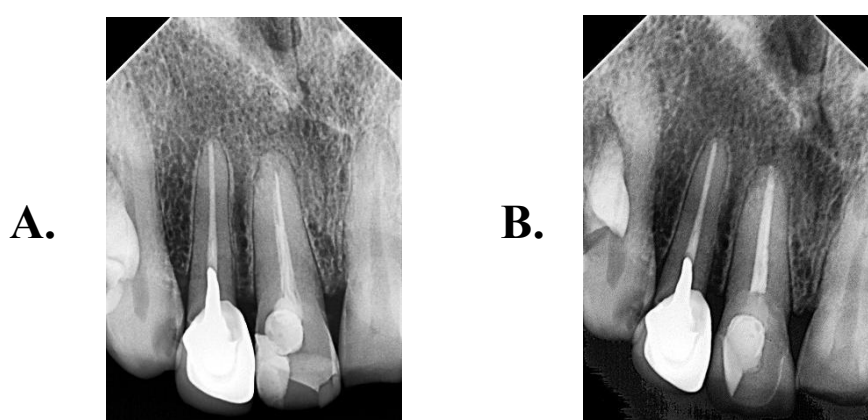


Figura 15. Evaluación radiográfico inicial y final del retratamiento endodóntico de la pieza 1.1 (A) Radiografía inicial. (B) Radiografía final posterior a la obturación del conducto radicular.

Fuente: Villacreses (2026)

Las intervenciones quirúrgicas, correspondientes a la extracción de las piezas 1.6 y 2.6 con extrusión dental significativa, se realizaron sin complicaciones postoperatorias. La cicatrización fue adecuada, favoreciendo el acondicionamiento de los tejidos para la posterior rehabilitación. Si bien la exodoncia fue necesaria para restablecer la armonía oclusal, implicó la necesidad de soluciones protésicas complejas. No obstante, durante la evaluación clínica del sector posterior se observó una irregularidad en los tejidos duros, correspondiente a una espícula ósea ubicada entre las piezas 2.5 y 2.6. Debido a la sintomatología dolorosa que ocasionaba, se procedió a realizar una regularización del reborde alveolar (alveoloplastia) en dicho sector [21].

En el campo de operatoria dental, las restauraciones directas y carillas estéticas permitieron recuperar la anatomía dental, mejorar la función masticatoria y lograr una estética armoniosa de la sonrisa. Se evidenció una correcta adaptación marginal y estabilidad de los

materiales restauradores. Sin embargo, se presentó un contratiempo al restaurar la pieza 1.4, debido a que al empezar con la preparación cavitaria, esta presentó mayor extensión por lo cual no era indicado realizar una restauración directa sino una restauración indirecta en donde se le colocó una incrustación de resina para obtener mejores resultados. Como aspecto positivo, se destaca la conservación de estructura dental; no obstante, estas restauraciones requieren controles periódicos para garantizar su longevidad [11]. (ver figura 15)

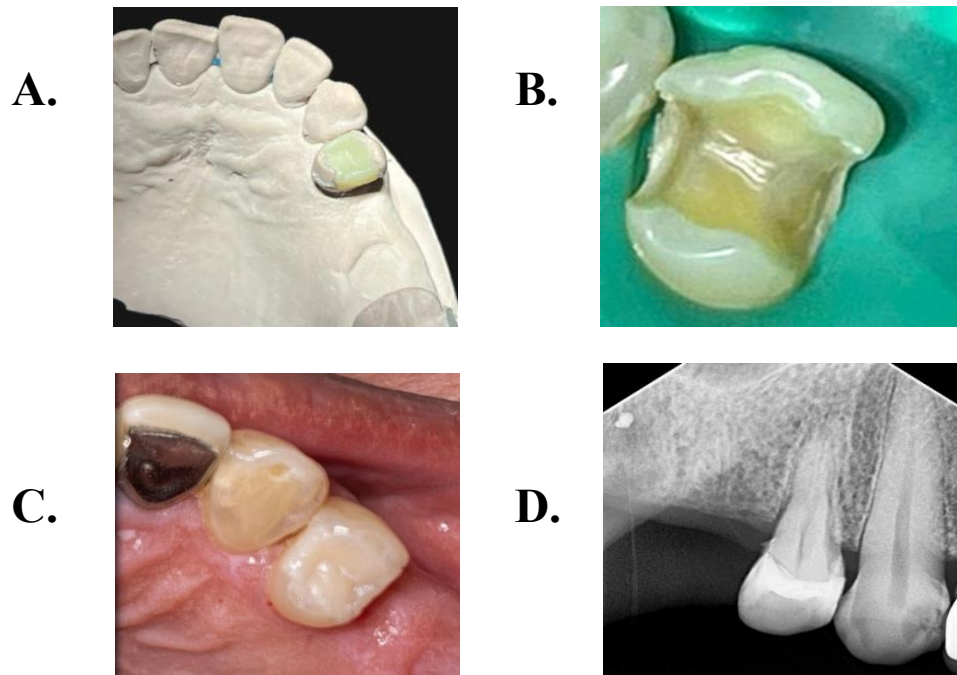


Figura 15. Secuencia clínica de la restauración indirecta mediante incrustación de resina en la pieza 1.4 (A) Incrustación de resina en el modelo de trabajo. (B) Preparación cavitaria. (C) Restauración cementada. (D) Control radiográfico.

Fuente: Villacreses (2026)

Parámetro clínico	Evaluación inicial	Evaluación final
C (Cariadas)	5	0
P (Perdidas)	7	9
O (Obturadas)	2	5

Tabla 3. Evolución clínica del estado de salud dental (CPO-D) pre y postratamiento.

Fuente: Villacreses (2026)

Respecto a la rehabilitación protésica, la corona de disilicato de litio mostró adecuada adaptación, resistencia funcional y óptimos resultados estéticos. Tras realizar el examen oclusal y funcional del paciente, se estableció que la rehabilitación protésica debía enfocarse en alcanzar una adecuada estabilidad y una correcta dispersión de las cargas masticatorias. La

evidencia científica indica que dicha estabilidad se obtiene cuando se generan tres contactos simultáneos entre las cúspides funcionales y las superficies antagonistas, permitiendo que las fuerzas oclusales se transmitan hacia estructuras dentarias con mayor capacidad de soporte [18].

En el presente caso clínico, el plan terapéutico inicial consideraba la reposición total de las piezas ausentes en ambos maxilares, sin embargo, durante la valoración clínica se determinó que esta propuesta no garantizaba contactos oclusales estables ni una función adecuada. La incorporación de múltiples unidades protésicas en los sectores posteriores dificultaba el establecimiento de un patrón efectivo de tripodismo oclusal, situación que concuerda con lo reportado en la literatura, donde se enfatiza la necesidad de conservar un equilibrio oclusal para mantener la armonía del sistema estomatognático.

En función de estos hallazgos, se reajustó el plan de tratamiento, decidiéndose rehabilitar en el maxilar superior únicamente las piezas 1.6, 2.4 y 2.6, y en el maxilar inferior las piezas 3.6 y 4.6. Esta estrategia permitió optimizar la relación intermaxilar, logrando una intercuspidación más estable y contactos funcionales adecuados entre las piezas restauradas y sus antagonistas.

La rehabilitación selectiva de dichas unidades favoreció el establecimiento del tripodismo oclusal, contribuyendo a una distribución más homogénea de las fuerzas masticatorias. De esta manera, se redujo la probabilidad de sobrecargas, interferencias funcionales y posibles fallos estructurales de la prótesis, mejorando tanto la estabilidad como el pronóstico del tratamiento rehabilitador [18]. (ver figura 16)

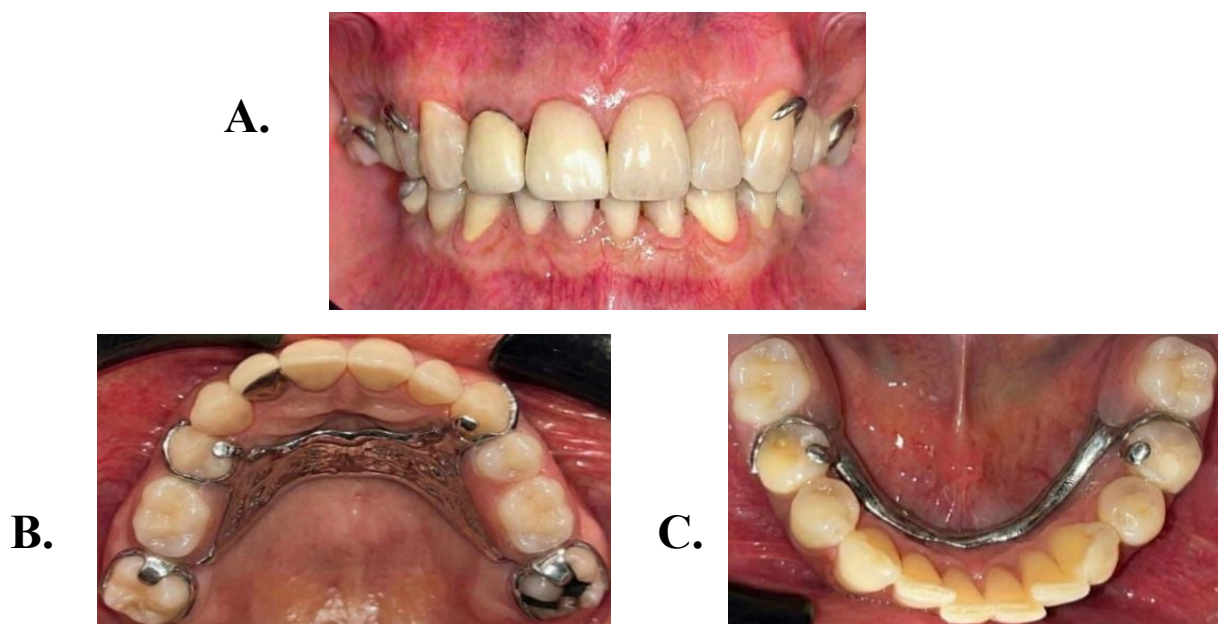




Figura 16. Registro fotográfico intraoral final tras la instalación de una prótesis parcial removible de aleación cromo-cobalto. (A) Vista frontal en máxima intercuspidación. (B) Vista oclusal del arco maxilar. (C) Vista oclusal del arco mandibular. (D) Vista lateral derecha. (E) Vista lateral izquierda. Fuente: Villacreses (2026)

La prótesis parcial removible de cromo-cobalto presentó buena retención, estabilidad y confort, contribuyendo significativamente a la recuperación de la función masticatoria y la fonación. Durante el seguimiento, fueron necesarios ajustes clínicos menores, propios de este tipo de rehabilitación [7,8].

La paciente respondió favorablemente a todas las intervenciones realizadas y manifestó satisfacción con los resultados funcionales y estéticos obtenidos. En conclusión, desde la valoración del investigador, los resultados evidencian que la rehabilitación oral integral, basada en un enfoque interdisciplinario y criterios científicos, permitió restablecer de forma efectiva la función, la estética y la estabilidad oclusal del sistema estomatognático, mejorando la calidad de vida de la paciente.

Función	Antes del tratamiento	Después del tratamiento
Masticación	Dificultad	Adecuada
Fonación	Alterada	Normal
Estabilidad oclusal	Deficiente	Adecuada

Tabla 4. Evaluación funcional del paciente antes y después de la rehabilitación oral integral.

Fuente: Villacreses (2026)

Aspecto	Antes del tratamiento	Después del tratamiento
Estética	3/10 insatisfactoria	9/10 satisfactoria
Función	4/10 eficiente	9/10 adecuada
Comodidad	2/10	8/10

Tabla 5. Escala de satisfacción del paciente antes y después de la rehabilitación oral integral.

Fuente: Villacreses (2026)

4.6. Discusión

La rehabilitación oral integral constituye un desafío clínico que exige una planificación secuencial, interdisciplinaria y basada en evidencia científica, especialmente en pacientes con alteraciones funcionales, estéticas y oclusales coexistentes. En el presente caso clínico, los logros obtenidos evidencian que la aplicación coordinada de procedimientos periodontales, endodónticos, quirúrgicos, restauradores y protésicos permitió restablecer de manera efectiva la función, la estética y la estabilidad del sistema estomatognático, en relación con lo descrito por Badillo et al. [3], quienes destacan que el manejo interdisciplinario es un pilar fundamental para el éxito de las rehabilitaciones complejas.

Uno de los principales factores que influye positivamente en los resultados fue el control periodontal previo a la rehabilitación definitiva. La literatura evidencia que la enfermedad periodontal no tratada compromete la estabilidad de las restauraciones y prótesis, incrementando el riesgo de fracaso a mediano y largo plazo [12], en este caso, la disminución de los signos inflamatorios después del raspado y alisado radicular permitió establecer un ambiente biológico más estable y saludable para continuar con las fases posteriores del tratamiento, lo que puede considerarse un punto favorable dentro del manejo integral.

En relación con el retratamiento endodóntico de la pieza 11, los hallazgos clínicos y radiográficos obtenidos coinciden con lo reportado por Barbosa et al. [6] y Martins et al. [5], quienes indican que la limpieza y desinfección adecuadas del sistema de conductos radiculares incrementan significativamente la tasa de éxito clínico y radiográfico. En este caso, la resolución de la sintomatología dolorosa y la estabilidad periapical confirmaron la efectividad del procedimiento, permitiendo conservar la pieza dentaria como pilar protésico, aunque implicó un mayor número de sesiones y complejidad operatoria, lo cual puede considerarse una debilidad desde el punto de vista del tiempo clínico.

La exodoncia de las piezas 1.6 y 2.6 fue indicada debido a la extrusión dentaria y al compromiso estructural que presentaban, condiciones que afectaban su pronóstico y limitaban una rehabilitación funcional y estable a largo plazo, si bien la intervención quirúrgica permitió recuperar la armonía oclusal, se presentó una complicación postoperatoria asociada a una espícula ósea, la cual hizo necesaria la regularización del reborde alveolar.

En el área de operatoria dental, la planificación de técnicas mínimamente invasivas permitió conservar estructuras dentarias y lograr una adecuada adaptación marginal y resultado estético, en concordancia con lo descrito por Auquilla y Palacios [11] y Dorri et al. [10]. No

obstante, la necesidad de modificar el plan restaurador en la pieza 1.4, optando por una restauración indirecta debido a la extensión de la lesión, pone de manifiesto la importancia de la evaluación clínica continua y la flexibilidad terapéutica durante la ejecución del tratamiento.

Respecto a la rehabilitación protésica, la corona de disilicato de litio demostró un comportamiento clínico favorable en términos de adaptación, resistencia y estética, coincidiendo con los resultados reportados por Gehrt et al. [22] y Elsherbini et al. [23]. Asimismo, la prótesis parcial removible de cromo-cobalto permitió restablecer la función masticatoria y la fonación, con adecuada aceptación por parte de la paciente, lo cual es consistente con lo descrito por Awawdeh et al. [24]. La necesidad de ajustes clínicos menores durante el seguimiento es esperable y forma parte del proceso de adaptación funcional de este tipo de rehabilitación.

En cuanto a la rehabilitación protésica, se optó por una prótesis parcial removible de cromo-cobalto debido a que ofrecía una solución adecuada para las necesidades funcionales y estéticas de la paciente. Entre sus ventajas destacan la posibilidad de reemplazar varias piezas dentarias ausentes, mejorar la función masticatoria y facilitar la higiene oral. Además, representa una alternativa más accesible en comparación con otros tratamientos rehabilitadores.

Sin embargo, este tipo de prótesis también presenta algunas limitaciones, como la necesidad de un periodo de adaptación, posibles ajustes durante los controles posteriores y una estabilidad menor en comparación con los implantes dentales.

La decisión de realizar las exodoncias de las piezas 1.6 y 2.6 se basó en las condiciones clínicas que presentaban ambas piezas. La extrusión dentaria y el compromiso estructural observado afectaban la oclusión y dificultaban la planificación de una rehabilitación estable y funcional. Por este motivo, mantener estos dientes habría comprometido el resultado final del tratamiento. Aunque toda la exodoncia implica la pérdida de una estructura dentaria, en este caso fue una medida necesaria para mejorar el pronóstico general y favorecer una adecuada rehabilitación posterior.

Dentro de las posibles alternativas de tratamiento se consideraron opciones como los implantes dentales y las prótesis fijas. Los implantes ofrecen excelentes resultados funcionales y estéticos; sin embargo, requieren procedimientos quirúrgicos adicionales, una adecuada disponibilidad ósea y mayor costo económico. Por otra parte, las prótesis fijas pueden ser una alternativa válida en determinados casos, aunque requieren mayor desgaste de los dientes

pilares. Considerando las características de la paciente y los objetivos del tratamiento, la prótesis parcial removible fue la opción que permitió obtener un resultado funcional, estético y predecible.

En conjunto, los hallazgos del presente caso confirman que la rehabilitación oral integral, cuando se basa en criterios científicos, anatómicos y biomecánicos, permite obtener resultados clínicos predecibles y mejorar la calidad de vida del paciente. No obstante, también evidencia que este tipo de tratamientos requieren un alto grado de planificación, seguimiento continuo y responsabilidad tanto del profesional como del paciente para garantizar su éxito a largo plazo.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

La rehabilitación oral integral permitió restituir de forma satisfactoria la función masticatoria, la armonía estética y la estabilidad oclusal del sistema estomatognático, en este sentido, se alcanzó el objetivo general propuesto en la investigación, demostrando que un abordaje interdisciplinario sustentado en evidencia científica es fundamental en el manejo de casos clínicos de alta complejidad.

La evaluación clínica y radiográfica inicial constituyó un paso determinante para comprender de manera integral la condición del paciente y estructurar un plan terapéutico acorde con sus requerimientos, gracias a esta planificación, fue posible intervenir de forma secuencial y organizada las alteraciones periodontales, endodónticas, quirúrgicas, restauradoras y protésicas, obteniendo al final una rehabilitación con resultados funcionales y estéticos favorables.

Los hallazgos obtenidos evidencian que el control periodontal previo, la correcta ejecución del retratamiento endodóntico y la selección adecuada de los materiales restauradores y protésicos inciden de manera directa en la estabilidad y permanencia de la rehabilitación, en concordancia con lo reportado en la literatura científica consultada.

Por último, este caso clínico pone de manifiesto que, aunque durante el tratamiento pueden presentarse limitaciones o situaciones imprevistas, la toma de decisiones basada en criterios clínicos y científicos, junto con la capacidad de reajustar el plan terapéutico cuando sea necesario, permite resolverlas de manera adecuada, favoreciendo el éxito del tratamiento y una mejoría importante en la calidad de vida del paciente.

5.2. Recomendaciones

Se recomienda que los tratamientos de rehabilitación oral integral se desarrollen desde una perspectiva interdisciplinaria, dando prioridad al control periodontal y a la estabilización de las estructuras dentarias antes de iniciar procedimientos restauradores o protésicos definitivos.

Asimismo, es indispensable mantener controles clínicos periódicos después de finalizada la rehabilitación, estos seguimientos deben incluir evaluación periodontal, revisión de la adaptación protésica y refuerzo constante de las medidas de higiene oral.

Desde una perspectiva académica, resulta pertinente que futuras investigaciones clínicas registren de manera ordenada y sistemática casos de rehabilitación integral en los que intervengan diversas especialidades odontológicas, con el propósito de enriquecer la evidencia existente y aportar referentes útiles para la toma de decisiones en contextos clínicos semejantes.

Por último, es fundamental reforzar la educación del paciente en relación con los hábitos de higiene oral, el mantenimiento de las prótesis y la asistencia periódica a los controles, dado que su compromiso y participación continua constituyen factores esenciales para conservar los resultados alcanzados y asegurar la estabilidad del tratamiento a largo plazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Rehabilitación [Internet]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2026. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/rehabilitacion>
2. Sainz De Murieta E, Cisneros MT. Rehabilitation and functional capacity in the health of the 21st century. *An Sist Sanit Navar*. el 30 de diciembre de 2022;45(3):e1028. doi:10.23938/ASSN.1028
3. Badillo M, Morales García J, Magaña Quiñones J, Flores Hernández JB, Escutia Corona GN, Figueroa González MF. Manejo interdisciplinario para una óptima rehabilitación oral. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*. 2021;78(2):106–14. doi:10.35366/99287
4. Hori GMR, Da Silva AA, Pollay M, Gusman DJR, Catelan A, Batista VEDS, et al. Sucesso após retratamento endodôntico: importância da limpeza e desinfecção do sistema de canais radiculares. *Arch Health Invest*. el 16 de julio de 2021;10(8):1212–6. doi:10.21270/archi.v10i8.5095
5. Brochado JF, Georgiou AC, Nunes PD, De Vries R, Afreixo VMA, Da Palma PJR, et al. CBCT-Assessed Outcomes and Prognostic Factors of Primary Endodontic Treatment and Retreatment: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Endodontics*. junio de 2025;51(6):687–706. doi:10.1016/j.joen.2025.03.004
6. Barbosa-Ribeiro M, Arruda-Vasconcelos R, Louzada LM, Dos Santos DG, Andreote FD, Gomes BPFA. Microbiological analysis of endodontically treated teeth with apical periodontitis before and after endodontic retreatment. *Clin Oral Invest*. abril de 2021;25(4):2017–27. doi:10.1007/s00784-020-03510-2
7. Celi-Yáñez BD, Reinoso-Condo DP, Mariño-Rodríguez MJ, Rodríguez-Cuellar Y. Comparación de las técnicas de impresión convencional vs digital en prótesis fija. Revisión sistemática [Comparison of conventional vs digital printing techniques in fixed prostheses. Systematic review]. *SRS*. el 5 de diciembre de 2024;3(Odontologia):35–41. doi:10.62574/z3e2nn38
8. Carvalho TF, Lima JFM, de-Matos JDM, Lopes GDRS, Vasconcelos JELD, Zogheib LV, et al. Evaluation of the Accuracy of Conventional and Digital Methods of Obtaining Dental Impressions. *Int J Odontostomat*. diciembre de 2018;12(4):368–75. doi:10.4067/S0718-381X2018000400368
9. Morita RK, Hayashida MF, Pupo YM, Berger G, Reggiani RD, Betiol EAG. Minimally Invasive Laminate Veneers: Clinical Aspects in Treatment Planning and Cementation Procedures. *Case Reports in Dentistry*. 2016;2016:1–13. doi:10.1155/2016/1839793
10. Dorri M, Martinez-Zapata MJ, Walsh T, Marinho VC, Sheiham Deceased A, Zaror C. Atraumatic restorative treatment versus conventional restorative treatment for managing dental caries. *Cochrane Oral Health Group*, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. el 28 de diciembre de 2017;2018(3). doi:10.1002/14651858.CD008072.pub2
11. Auquilla FC, Palacios IA. Eliminación selectiva de tejido cariado en odontología mínimamente invasiva: revisión de literatura. *AD*. el 28 de julio de 2025;8(3):128–42. doi:10.33262/anatomiadigital.v8i3.3464

12. Morales NE, Jiménez Balarezo JJ, Moscoso Albuja DC. Interacción entre periodoncia y rehabilitación oral: importancia del soporte periodontal. CCM. el 21 de abril de 2025;29:e5251.
13. Fuertes DC, Jurado RL. Cambios en la postura cráneo cervical por modificación del plano oclusal posterior en pacientes con tratamiento de ortodoncia [Tesis de grado (Especialidad en Ortodoncia)] [Internet]. [San Juan de Pasto, Colombia]: Universidad Cooperativa de Colombia; 2019. Disponible en: <https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/de5cd5bc-f5e8-4861-a31a-c732d71c8aa1/content>
14. Mackenzie L. Cementación adhesiva indirecta con Maxcem Elite™ Chroma [Internet]. Disponible en: <https://www.dvd-dental.com/content/documents/CE-K-107/44a09762ffda7eef25cc42efcdea9906.pdf>
15. Morales Morales NE, Paucar Cepeda EM, Salinas Arcos M de los A. Influencia de factores dietéticos y de hábitos en la durabilidad de las prótesis dentales fijas. CCM. el 13 de octubre de 2025;29:e5383.
16. Carr AB, McGivney GP, Brown DT. McCracken: prótesis parcial removible [Internet]. Madrid, España: Elsevier España, S.A.; 2006. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/688056457/Alan-B-Carr-DMD-MS-Glen-P-McGivney-DDS-FACD-David-T-Brown-DDS-MS-McCracken-Protesis-Parcial-Removible-Elsevier-Espana-2006>
17. Sosa J. Evaluación del diseño de la prótesis parcial removible de cromo cobalto en laboratorios de la ciudad de Quito, años 2016–2017 [Tesis de Grado (Especialidad Médica en Rehabilitación Oral)] [Internet]. [Quito, Ecuador]: Universidad de las Américas; 2017. Disponible en: <https://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/7078/1/UDLA-EC-TEMRO-2017-08.pdf>
18. Jiménez ID. Análisis crítico del tripodismo oclusal. Revista CES Odontología. 1993;6(2):169–71.
19. Loza D, Valverde HR. Diseño de prótesis parcial removible. España: Ripano; 2007. 239 p.
20. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. An Sist Sanit Navar. el 23 de abril de 2009;24(2):209–12. doi:10.23938/ASSN.0522
21. Molina D, Olmedo E. Importancia de la cirugía preprotésica en la rehabilitación con prótesis total mucosoportada [Tesis de grado] [Internet]. 2025. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/15153>
22. Gehrt M, Wolfart S, Rafai N, Reich S, Edelhoff D. Clinical results of lithium-disilicate crowns after up to 9 years of service. Clin Oral Invest. enero de 2013;17(1):275–84. doi:10.1007/s00784-012-0700-x
23. Elsherbini A, Fathy SM, Al-Zordk W, Özcan M, Sakrana AA. Mechanical Performance and Surface Roughness of Lithium Disilicate and Zirconia-Reinforced Lithium Silicate Ceramics Before and After Exposure to Acidic Challenge. Dentistry Journal. el 6 de marzo de 2025;13(3):117. doi:10.3390/dj13030117

24. Awawdeh M, Alotaibi MB, Alharbi AH, Alnafisah SA, Alasiri TS, Alrashidi NI. A Systematic Review of Patient Satisfaction With Removable Partial Dentures (RPDs). Cureus. el 7 de enero de 2024. doi:10.7759/cureus.51793

Consentimiento informado



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



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

PARTE I: INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE/REPRESENTANTE LEGAL

A. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN					
REHABILITACIÓN ORAL INTEGRAL CON ENFOQUE EN FUNCIÓN Y ESTÉTICA ANALISIS DE CASO CLÍNICO					
B. NOMBRE DE INVESTIGADOR PRINCIPAL Y DATOS DE CONTACTO					
Nombre completo:	Melissa Raquel Villacres, Castillo	Cédula:	131004119		
Teléfono:	098522708	Celular:	01131446133@ulm.edu.ec		
Nombre de la institución a la cual se encuentra afiliado el investigador (SI APLICA): Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí					
C. NOMBRE DEL PATROCINADOR Y DATOS DE CONTACTO (SI APLICA)					
Nombre completo:		Cédula:			
Teléfono:		Celular:			
D. NOMBRE DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS QUE EVALUÓ Y APROBÓ EL ESTUDIO Y DATOS DE CONTACTO					
Nombre completo:	Dr. Juan Manuel Sierra Zambrano, Esp.	Cédula:	1310074119		
Teléfono:	098522707	Celular:	098522707@ulm.edu.ec		
Nombre del comité: Comité de Ética e Investigación en seres humanos de la universidad laica Eloy Alfaro de Manabí (CEI-ULM)					
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 integral se ha analizado en profundidad como un abordaje interdisciplinario que integra tratamientos periodontales, endodónticos, operatorios y protésicos con el fin de recuperar la función y la estética del sistema estomatognático.					
G. RESUMEN DEL ESTUDIO					
1. Analizar de manera integral las alteraciones funcionales, estéticas y oclusales presentes en el paciente para establecer un diagnóstico clínico completo. 2. Evaluar la efectividad del abordaje interdisciplinario basado en periodoncia, endodoncia, operatoria, cirugía y prótesis en la rehabilitación oral integral. 3. Determinar los cambios funcionales, oclusales y oclusales clínicos tras la aplicación de la secuencia terapéutica planificada. 4. Identificar la importancia de una planificación basada en criterios anatómicos, fisiológicos y estéticos para lograr rehabilitaciones estables y duraderas.					
H. PROCEDIMIENTOS POR REALIZAR					
No.	Actividad	Justificación del motivo	Lugar de ejecución	Responsable	Tiempo de duración
1.	Uso de historia clínica, toma de fotografías, toma de radiografías panorámicas	Permite obtener un diagnóstico completo, documentar el estado inicial y planificar adecuadamente el tratamiento rehabilitador.	Clínicas de odontología de la ULEAM	Melissa Raquel Villacres, Castillo	Periodo 2025 (2)
2.	Desarrollo radiográfico con ultrasonido y radiografía de las piezas dentales. Perfilado dental	Permite eliminar oclusión 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	Melissa Raquel Villacres, Castillo	Periodo 2025 (2)
3.	Tratamiento del conducto radicular de la pieza 11.	Con el objetivo de eliminar restos de material obturador previo, desinfectar el sistema de conductos y efectuar una nueva obturación que garantice el sellado apical y la conservación del diente.	Clínicas de odontología de la ULEAM	Melissa Raquel Villacres, Castillo	Periodo 2025 (2)
4.	Extracción de las piezas 16 y 20 debido a su extrusión dental que altera la oclusión y dificulta la correcta planificación protésica.	Esta intervención permitirá mantener el equilibrio funcional y estético del sistema estomatognático, dejando un periodo de cicatrización adecuado antes de iniciar la rehabilitación definitiva.	Clínicas de odontología de la ULEAM	Melissa Raquel Villacres, Castillo	Periodo 2025 (2)
5.	Se realizará restauraciones clase I, II y III en las piezas afectadas, con el fin de recuperar la anatomía y funcionalidad dental.	Además, se colocarán carillas estéticas en las piezas 21 y 22, mejorando la apariencia del sector anterior y logrando una integración armónica con el resto de la sonrisa.	Clínicas de odontología de la ULEAM	Melissa Raquel Villacres, Castillo	Periodo 2025 (2)
6.	Se confeccionará una corona de diámetro de filo en la pieza 11, posterior al retromusculo.	Con el propósito de devolver la estética estructural, la función masticatoria y la estética dental, ofreciendo una solución duradera y biocompatible.	Clínicas de odontología de la ULEAM	Melissa Raquel Villacres, Castillo	Periodo 2025 (2)
7.	Se realizará la impresión preliminar para obtener un modelo inicial, seguido de la preparación de apoyos y toma de impresión definitiva para registrar con precisión los tejidos de soporte.	Posteriormente se llevará a cabo el registro intermaxilar para determinar las relaciones oclusales, continuando con la prueba de estructura maxilar y la prueba de dientes en cera. Finalmente, se efectuará la adaptación de la prótesis removible y un control postcoselección, verificando ajuste, retención, comodidad y función adecuada.	Clínicas de odontología de la ULEAM	Melissa Raquel Villacres, Castillo	Periodo 2025 (2)
8.	Colocación y entrega de las prótesis	Entregar al paciente sobre su uso, higiene y cuidados, con el objetivo de mejorar la función oral, la estética y la calidad de vida del paciente.	Clínicas de odontología de la ULEAM	Melissa Raquel Villacres, Castillo	Periodo 2025 (2)

9.	Control post-instalación	Supervisar la adaptación de la prótesis, identificar y corregir posibles molestias, ajustar la oclusión y verificar la higiene, asegurando la funcionalidad, comodidad y durabilidad de la rehabilitación protésica a largo plazo.	Clínicas de odontología de la ULEAM	Melissa Raquel Villacres, Castillo	Periodo 2025 (2)
I. BENEFICIOS DE LA PARTICIPACIÓN Y FORMA DE SOCIALIZAR LOS RESULTADOS					
1. Fortalecimiento académico: Permite aplicar conocimientos teóricos en un caso clínico real, desarrollando pensamiento crítico y habilidades diagnósticas. 2. Actualización científica: Favorece la comprensión de las nuevas clasificaciones periodontales y protésicas. 3. Trabajo colaborativo: Promueve el intercambio de experiencias y la comunicación efectiva entre estudiantes y docentes.					
J. RIESGOS FÍSICOS Y PSICOLÓGICOS A CORTO Y LARGO PLAZO DE LA PARTICIPACIÓN Y FORMAS DE MITIGARLOS					
1. Lesión de tejidos blandos intra y extraoral durante el uso del espaldador. Se utilizará el instrumental. 2. Reacción alérgica al látex. Se consultará previamente y registrará en la historia clínica el presente alergia al látex. 3. Dolor postoperatorio. Control con analgésicos, analgésicos y analgésicos. 4. Hemorragia o trauma en tejidos blandos. Aplicación de técnica quirúrgica correcta y control hemodinámico inmediato. 5. Lesión de encías o tejidos blandos. Manipulación cuidadosa del ultrasonido y del instrumental. 6. Lesión de encías o hueso alveolar. Realizar con precisión y precisión de tejidos blandos. 7. Sensibilidad dental, irritación de encías o mala adaptación. Ajuste correcto de la prótesis y control postoperatorio.					
K. COSTOS Y COMPENSACIÓN					
1. El participante/representante legal NO pagará por ninguno de los análisis que se realizan 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 derivado al departamento de emergencias del hospital Indagador Zambrano del ministerio de salud pública y se dará seguimiento del caso hasta la resolución del evento. 4. En el caso de presentarse algún evento adverso durante la ejecución de los análisis, 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 investigación (o principal) previamente ANONIMIZADA. 2. Al finalizar la investigación la información obtenida, será eliminada a cabo de 5 meses de entregado el producto final a ser entregado de forma ANONIMIZADA a la investigación (o principal) de manera que no permita la identificación de los datos.					

PARTE II: CONSENTIMIENTO INFORMADO

A. DECLARATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO		SI	NO
Yo, en calidad de participante/representante legal del participante declaro que:			
1. He leído el consentimiento informado.		X	
2. He respondido a todas las preguntas.		X	
3. Entiendo los riesgos y beneficios de participar.		X	
4. Entiendo que firmo 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 los datos serán guardados en un archivo seguro.		X	
7. He sido informado que los resultados podrán ser publicados en revistas científicas o otros medios bibliográficos o pueden ser presentados en reuniones o eventos con fines académicos manteniendo el anonimato de estos sin revelar ni nombre a datos de identificación.		X	
8. He sido informado que si finaliza la investigación la información obtenida, será eliminada a cabo de 5 meses de entregado el producto final a ser entregado de forma ANONIMIZADA a la investigación (o principal) de manera que no permita la identificación de los datos.		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 pueden ser divulgados a terceros personas sin nuestro consentimiento expreso. He sido informado que en el caso de que el investigador sea ordenado judicialmente o el mismo identifique situaciones que puedan representar un riesgo más grave para mí persona o mi representante legal en su defecto, el investigador entregará solo la información pertinente del asunto en cuestión a las entidades acaudadas, manteniendo la confidencialidad de cualquier otra información.		X	
10. He sido entregado 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 a la de mi representante en el estudio.		X	

Firma participante/representante legal		Firma testigo #1
Nombre completo:	Melissa Raquel Villacres, Castillo	Melissa Raquel Villacres, Castillo
Cédula:	131004119	131446133
Celular:	01131446133@ulm.edu.ec	01131446133@ulm.edu.ec
Teléfono:	098522708	098522708
Dirección:	Manabí, Santo Isidro	Manabí
Lugar y fecha:	Manabí 03/12/2025	



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

B. DECLARATORIA DE REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

Denominación	Firma/Institución	Firma/Institución	Firma/Institución
	Firma participante/representante legal	Firma testigo #1	Firma testigo #2
	Nombre completo:		
	Cédula:		
	Celular:		
Teléfono:			
Dirección:			
Lugar y fecha:			

Aprobación del CEISH



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

ANEXO 11. Formato de Carta de exención

Oficio circular No. 0242-CEISH-JMSZ-2026
Manta, 04 de mayo de 2026

Señor/a,
Melissa Raquel Villacreses castillo
Investigador Principal
Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí
Presente

De mi consideración,

El Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí (CEISH-Uleam), una vez que revisó el protocolo de investigación titulado **“Rehabilitación Oral integral con enfoque en función y estática: Análisis de caso clínico”** Codificado **“CEISH-ULEAM_0619”** como notifica a Usted que este proyecto es una investigación exenta de evaluación por parte del CEISH-Uleam, de acuerdo con lo establecido en la normativa legal vigente.

Descripción de la Investigación:

- Tipo de estudio: Observacional estudio de caso
- Duración del estudio (meses): No aplica
- Instituciones participantes: Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí
- Investigadores del estudio: Melissa Raquel Villacreses castillo

Documentación de la investigación:

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

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

Atentamente,



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