



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

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCION
DEL TÍTULO EN ODONTOLOGÍA

TEMA:

**Rehabilitación Oral Integral Estética y Funcional en Paciente con
Disminución de la Dimensión Vertical Oclusal (DVO), paciente atendido en la
carrera de odontología, ULEAM 2025 (2)**

AUTOR:

Luis Zayn Zambrano Alvarado

TUTOR:

Dr. Eric Chusino Alarcón Mg. Esp. PhD.

MANTA-MANABI-ECUADOR

2026

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

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

CERTIFICACIÓN

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

Haber dirigido, revisado y aprobado preliminarmente el Trabajo de Integración Curricular bajo la autoría de la estudiante Zambrano Alvarado Luis Zayn, legalmente matriculado/a en la carrera de Odontología, período académico 2026-1, cumpliendo el total de 384 horas, cuyo tema del proyecto es **"Rehabilitación Oral Integral Estética y Funcional en Paciente con Disminución de la Dimensión Vertical Oclusal (DVO)"**.

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,


Dr. Eric Dionicio Fermín Chusino Alarcón Mg. Esp. PhD.
Docente Tutor
Área: Odontología

DECLARATORIA DE TUTORÍA

Yo, Luis Zayn Zambrano Alvarado con C.I # 1316955705 en calidad de autor del proyecto de investigación titulado **“Rehabilitación Oral Integral Estética y Funcional en Paciente con Disminución de la Dimensión Vertical Oclusal (DVO), 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.



Luis Zayn Zambrano Alvarado

C.I.: 1316955705

DEDICATORIA

A mis padres, Juan y Janet:

Por ser el pilar inamovible sobre el cual he construido esta meta. Gracias por su apoyo incondicional, por la sabiduría de sus palabras y por esa firmeza llena de amor que me enseñó a no rendirme y a mantenerme en pie ante cada adversidad. Este logro es, en igual medida, de ustedes.

A mi abuela, María Luisa:

Por ser ese refugio cálido a la distancia. Gracias porque cada uno de tus mensajes tuvo la magia de alegrar mis días más difíciles y de hacerme sentir en casa, sin importar cuán lejos o agotador fuera el camino.

A mi compañera, amiga y pareja de clínica, Shirley Tobar:

Por caminar a mi lado en cada etapa de este proceso. Gracias por tu apoyo incondicional en cada decisión, por tu paciencia infinita y por esa predisposición constante de estar presente justo cuando más necesitaba una mano amiga. Compartir las aulas y la clínica contigo hizo este trayecto inolvidable.

A mis familiares, amigos y docentes:

Quienes, con sus enseñanzas, palabras de aliento y presencia constante, guiaron mis pasos y dejaron una huella imborrable en este gran recorrido académico y personal.

A cada uno de mis pacientes:

Por brindarme no solo su confianza para aprender y servirles, sino también por recordarme cada día el verdadero sentido y la humanidad de esta profesión.

RESUMEN

La rehabilitación integral de la Dimensión Vertical Oclusal (DVO) busca devolver el balance del sistema estomatognático, en base a la armonía que existe entre las diferentes estructuras dentarias, musculatura orofacial y la articulación temporomandibular (ATM).

Clínicamente, la problemática se presenta cuando se manifiesta un colapso de la DVO el cual se deriva por múltiples factores como, atrición severa o erosión, el edentulismo parcial o total, estos son un detonante y desencadenan la reabsorción ósea, disfunción neuromuscular y una degradación estética del tercio inferior facial.

El análisis se fundamenta en diferentes tiempos o fases: Se inicia profilaxis, para posteriormente comenzar a eliminar las interferencias oclusales mediante exodoncias terapéuticas de terceros molares, seguida de la estabilización transicional con resinas de alta carga o coronas de PMMA. Con esto se permite la ratificación neuromuscular y biomecánica antes de la restauración definitiva.

Los resultados principalmente se centran en recuperar la DVO y el mejorar la estética perioral. Se puede concluir que la rehabilitación de la DVO no es un ajuste meramente dimensional, más bien es una pauta de adaptación biológica el cual se evalúa durante seis meses, certificando que la nueva arquitectura oclusal sea funcionalmente estable y estéticamente armónica, renovando así la calidad de vida y salud psicológica del paciente.

Palabras clave: Dimensión vertical oclusal; Rehabilitación integral; Abordaje mínimamente invasivos; Transicional.

ABSTRACT

Comprehensive oral rehabilitation is an interdisciplinary approach aimed at restoring the function and aesthetics of the stomatognathic system, while considering its impact on the patient's quality of life. This study aimed to restore the functionality, aesthetics, and occlusal stability of the stomatognathic system through comprehensive oral rehabilitation grounded in scientific, anatomical, and biomechanical principles. The methodology employed was a descriptive, observational, qualitative case study involving a 58-year-old female patient presenting with periodontal, endodontic, and restorative issues, as well as partial edentulism. The approach included clinical and radiographic assessment, followed by an interdisciplinary treatment plan comprising periodontal procedures, endodontic retreatment, extractions, aesthetic restorations, fixed prostheses, and removable partial dentures. Results showed a favorable clinical outcome, with control of periodontal inflammation, resolution of endodontic symptoms, adequate post-surgical healing, and restoration of dental anatomy. Prosthetic rehabilitation successfully restored masticatory function, improved aesthetics, and achieved occlusal stability through the proper distribution of forces. The patient demonstrated good tolerance to the treatment and satisfaction with the results. It is concluded that comprehensive oral rehabilitation, based on an interdisciplinary approach and scientific criteria, effectively restored function, aesthetics, and occlusal stability, thereby improving the patient's quality of life, although it requires rigorous planning and continuous follow-up.

Keywords: Occlusal vertical dimension; Comprehensive rehabilitation; Minimally invasive approach; Transitional.

ÍNDICE

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR.....	II
DECLARATORIA DE TUTORÍA	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	11
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 Rehabilitación Integral de la Dimensión Vertical Oclusal.	13
2.2 Interrelación entre la Estética y Funcionalidad en la Odontología Contemporánea	14
2.3 Dinámica de la Musculatura Orofacial y su Relación con la DVO	15
2.4 Estandarización de Procesos y Protocolos Clínicos.....	15
2.5 Variables Clínicas y Medición	16
2.6 Exodoncia Terapéutica y Profiláctica de terceros Molares	16
2.7 Abordaje de la dimensión Vertical Oclusal mediante el uso de Resinas Compuestas y Protocolos Mínimamente Invasivos	17
2.8 La prótesis removible como fase Transicional en la Estabilización de la Dimensión Vertical.....	18
2.9 Restauraciones Provisionales de Larga Duración: Tecnología de PMMA y CAD/CAM.....	18

2.10 Fase de Adaptación, Estabilidad y Validación Neuromuscular.....	19
CAPÍTULO III.- METODOLOGÍA	20
3.1 Tipo de investigación	20
3.2 Criterios de Inclusión y Relevancia Clínica.....	20
3.3 Diseño de estudio	20
CAPÍTULO IV.- PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE CASO	21
4.1 Presentación del caso	21
4.2 Exámen clínico.....	21
Exploración Extraoral.....	21
4.3 Exploración intraoral.....	22
4.4 Diagnóstico y plan de tratamiento:	24
4.5 Evolución	25
Rehabilitación Funcional de la DVO: Del encerado Diagnostico a la Restauración con Llaves de silicona Transparente	28
Fase de Evaluación Estético-Funcional: Rehabilitación con Coronas de PMMA mediante Flujo CAD/CAM.	29
4.6.1 Evolución clínico y resultados por áreas de intervención.....	32
Resultado del control periodontal.....	32
Resultado de la fase quirúrgica: Cirugía Bucal	32
Fase Rehabilitadora	32
Fase protésica.....	34
6.- DISCUSIÓN	35
CAPÍTULO V.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	38
5.1 Conclusiones	38
5.2 Recomendaciones.....	38
BIBLIOGRAFÍA	40
ANEXOS	43

INTRODUCCIÓN

El sistema estomatognático es una unidad funcional compleja donde la armonía entre la musculatura, dentición y la articulación temporomandibular, garantiza la salud del individuo. Ahora bien, el envejecimiento de la población y la permanencia de piezas dentales en boca por más tiempo han incrementado la prevalencia de patologías degenerativas, como el desgaste dental severo. Según Dawson (1), la pérdida de las diferentes estructuras de la dentición, ya sea por erosión, atrición o abrasión, llevara a la alteración de la dimensión vertical oclusal (DVO), a raíz de esto se desencadena un colapso del tercio inferior facial y una desadaptación del sistema muscular.

La rehabilitación de pacientes que presenten colapso oclusal es uno de los desafíos mas grandes en la práctica odontológica contemporánea. El restablecimiento de la (DVO) no está centralizado en cambiar la estética en la armonía facial, sino que es una necesidad funcional para redirigir las fuerzas masticatorias. Autores como J. Abduo (2) han demostrado que el incremento de la (DVO) es factible y seguro, cuando se maneja de manera cautelosa y con protocolos que estén dirigidos a la correcta rehabilitación de esta.

En la actualidad, la odontología mínimamente invasiva y el flujo digital han revolucionado el abordaje de estos casos, técnicas como el encerado diagnóstico y la inyección o estampado de resinas compuestas permiten una transición reversible y funcional hacia la rehabilitación definitiva. Como lo señala Magne (3), la adhesión moderna nos brinda la oportunidad de devolver la anatomía perdida preservando siempre la mayor cantidad de tejido remanente, cumpliendo con los principios de biomimetica y biointegracion.

El presente reporte clínico describe el abordaje integral de un paciente de 78 años con un fuerte compromiso severo de su equilibrio oclusal. El objetivo de este trabajo es detallar la secuencia terapéutica interdisciplinaria, que quiere acaparar el saneamiento periodontal y la cirugía protésica hasta la rehabilitación funcional mediante resinas estampadas y prótesis fija. Validando que la integración de protocolos clínicos estandarizados y el respeto por los principios biomimeticos son esenciales para poder devolver la estabilidad y la calidad de vida al paciente geriátrico.

CAPÍTULO I.- EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

En términos generales la pérdida de la integridad del sistema estomatognático se reconoce como un desafío de la salud pública a nivel global con profundas implicaciones biopsicosociales. La OMS (2021) reporta las afecciones orales crónicas y el edentulismo parcial afectan a una vasta proporción de la población adulta, derivando frecuentemente en el colapso de la dimensión vertical oclusal (DVO), este fenómeno, caracterizado por la reducción de la distancia intermaxilar en máxima intercuspidación, no solo compromete la eficiencia masticatoria, sino que se vincula globalmente con el deterioro de la calidad de vida y la prevalencia de trastornos temporomandibulares (4).

Cuando hacemos referencia a la salud dental, un aspecto interesante y relevante dentro del contexto del bienestar bucal de la población, aparece en relieve la DVO (Dimensión vertical oclusal) es la altura proporcionada por las piezas dentales en oclusión céntrica, dicha altura se pierde de manera patológica o fisiológica, cuando esta alteración aparece por la falta de alguna pieza dental, surge la necesidad de rehabilitación de pacientes con dicho problema, por lo cual es necesario el reajuste del DVO (5).

En el contexto regional, la falta de acceso a tratamientos preventivos y rehabilitadores complejos ha generado un índice alto de carga de colapso oclusal, en el perfil epidemiológico de la salud bucodental sigue siendo un problema de salud pública que causa daños considerables desde una edad muy temprana, así, de acuerdo con un estudio epidemiológico de salud bucal en escolares ecuatorianos, muestra como desde temprana ya existen una cantidad elevada de patologías bucales. Estas pueden ser factores asociados a que la pérdida de dimensión vertical sea muy común entre la población Ayala (6).

Existen, además, algunos aspectos que contribuyen a la pérdida de oclusión vertical como se menciona. La pérdida de soporte posterior es probablemente la causa más común de la disminución de la (DVO). El colapso posterior que se presenta resulta de una combinación de ausencia, angulaciones, giro versiones y fracturas de piezas dentales debido a un stress excesivo en el segmento anterior que puede producir un desgaste severo, movilidad y migraciones dentarias (5).

En la práctica clínica específica donde se desarrolla este estudio, es muy común observar pacientes que presentan dentición colapsadas, dando como resultado una disminución marcada del tercio inferior facial. La problemática es que el tratamiento para esta patología se suele abordar de forma fragmentada, ignorando la necesidad de una elevación de la DVO programada y validada, la falta de conocimiento sobre cómo tratar este problema pone en riesgo la longevidad de cualquier tratamiento y la salud de la articulación temporomandibular. Si no se interviene de manera ordenada y con bases científicas, el paciente continuara con su deterioro progresivo de su función masticatoria, dolor muscular y una afectación notable en el bienestar psicosocial debido al compromiso estético Vailati (7).

1.2 Formulación del problema de investigación

En base a la problemática presentada surge la siguiente pregunta.

¿Cómo actúa la rehabilitación oral, estética, funcional en pacientes con disminución de la dimensión vertical oclusal?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Rehabilitar estética y funcionalmente a un paciente con disminución de la dimensión vertical oclusal

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Establecer un protocolo de rehabilitación por fases funcionales que optimicen las cargas de trabajo para cumplir con los objetivos terapéuticos.
2. Realizar la fase correctiva mediante: el restablecimiento del DVO, extracciones, restauraciones, prótesis removibles y coronas.
3. Evaluar la eficiencia masticatoria, la estabilidad de la musculatura facial y la armonía estética del tercio inferior de la cara.

1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La presente intervención clínica se justifica para poder mermer el deterioro progresivo del sistema estomatognático del paciente, dicha pérdida perjudica no solo la oclusión bucal en general, además esto va derivando en problemas que causan una ineficiencia masticatoria, la cual está vinculada a la salud nutricional del paciente, alterando la estética facial, en algunos casos vinculada a la pérdida de soporte labial y proyección del mentón, considerando que si la atención clínica no se da en un tiempo propicio el avance de dicho defecto tiene fuerte tendencia a generar trastornos de la articulación temporomandibular.

La fase del restablecimiento del (DVO) es primordial para poder corregir otros defectos bucales que presente el paciente, la elección de un tratamiento integral es primordial, la exodoncia de un tercer molar superior con la visión de poder eliminar posibles focos infecciosos o interferencias que impidan la correcta rehabilitación, por otro lado el continuar con un proceso de rehabilitación mediante restauración de defectos en piezas dentales causados por lesiones no cariosas es esencial, para poder paulatinamente poder confeccionar la prótesis de transición, al igual que las coronas que se tienen estimadas para el sector anterior (8).

Este abordaje busca devolver la función, la salud y la estética al paciente, mediante un plan de tratamiento que prioriza la conservación de remanentes dentales, el cuidado de los tejidos periodontales y la estabilidad oclusal a largo plazo.

CAPÍTULO II.- MARCO TEÓRICO

Dentro de la propuesta de tema presentado sobre la (DVO) encontramos varios conceptos y definiciones que permiten un entendimiento sobre la temática presentada, A continuación, se presenta algunos conceptos que representan la conformación del conjunto-conceptos que hacen referencia al trabajo de investigación.

2.1 Rehabilitación Integral de la Dimensión Vertical Oclusal.

Cuando hablamos de la estabilidad del sistema estomatognático, debemos centrarnos en saber que este depende de un eje armonioso entre la musculatura facial, estructuras dentarias y articulares. Dentro de este ecosistema perfecto y equilibrado, la dimensión vertical oclusal (DVO) es un componente clínico crítico, el cual no es solo una medida estandarizada de altura facial, sino un espacio donde se realizan diferentes funciones cruciales, como la función masticatoria y la estabilidad muscular, el conocer esto es un punto de céntrico ante el intento de rehabilitar a un paciente en el cual se faculte devolver su salud bucal (9).

La dimensión vertical oclusal, se puede definir como dos puntos, uno en el maxilar y otro en la mandíbula, los cuales son puntos anatómicos que ayudan a definir el (DVO), específicamente uno en la punta de la nariz y el otro en el mentón, por lo general el (DVO) de un paciente está determinado por los órganos dentales en boca, cuando dichos órganos se encuentran en máxima intercuspidación, la pérdida de uno de estos hace que la dimensión vertical oclusal fluctué o se pierda, dando como resultados daños muy perceptibles como alteraciones en la función masticatoria, la fonética, la estética dental y la apariencia facial (9).

Analizándolo desde la perspectiva fisiológica, la pérdida paulatina de dientes provoca reabsorción progresiva en el hueso alveolar, este es uno de los detonantes primarios para el colapso de la dimensión vertical y migraciones dentales no fisiológicas, clínicamente dichos cambios se pueden exponer como disfunción temporomandibular, alteraciones en la estética perioral, desgaste anormal de los dientes, dolor muscular y disminución de la eficacia masticatoria. (10).

La (DVO) es trascendental para un odontólogo que busque llevar a cabo un tratamiento restaurado extenso, cuando existe un cambio entre la relación mandíbula y maxilar estos demuestran que tienen implicaciones, biomecánicas, biológicas, estéticas y funciones tridimensionales, ya que la idea es tratar de reconstruir la referencia inicial de la máxima intercuspidación máxima y las relaciones de los dientes

anteriores en una nueva dimensión de espacio; por lo tanto, existe una meta en la que se trata de reestructurar el (DVO) para si disminuir el desequilibrio de la dimensión vertical, es decir, se busca recuperar la armonía del tercio inferior de la cara y alcanzar su función ideal (11).

2.2 Interrelación entre la Estética y Funcionalidad en la Odontología Contemporánea

La odontología estética y funcional forma parte de un campo fundamental en la atención cotidiana odontológica contemporánea, esta está dirigida a buscar la restauración de la salud bucal, la funcionalidad de las diferentes estructuras orales y la armonía estética de las personas, esta disciplina de la odontología tiene un gran auge que se está asentando como una respuesta a la ascendente demanda social de tratamientos que integren funcionalidad y apariencia, asegurando así la calidad de vida idónea para los pacientes, por medio de intervenciones que restauren las diferentes patologías bucales que se presentan en la consulta clínica, Mendoza (12).

En la actualidad la estética dental tomo una hegemonía en proporcionar armonía y belleza a la sonrisa, dado que cada día es más primordial en la vida del ser humano, la primera impresión que causan en los demás y las características faciales que presentan las personas, son relevantes en la confianza de la persona para poder interactuar en el mundo moderno, el rostro de una persona crea un efecto de más apreciación social, por ende un tratamiento odontológico que incluya la rehabilitación funcional y estética es catalogada como uno de los máximos objetivos (13).

Se ha demostrado que la estética dental está fuertemente vinculada con la salud psicológica de las personas, la impresión de la estética dental y el bienestar psicosocial se ven influidos significativamente por circunstancias monetarias, medios de estudio, afiliación universitaria y el nivel académico que alcance, la manera en que los pacientes perciben el impacto emocional y social de su sonrisa depende, en gran medida, de sus propias opiniones y sentimientos personales (14).

El odontólogo tiene una gran responsabilidad ya que debe siempre priorizar los requisitos del paciente en cuanto a atractivo dental y función, la principal carga es el crear un tratamiento que logre satisfacer las expectativas del paciente, la forma y color de cada pieza dental así como la forma de la arcada dental, son factores clave a conocer para favorecer la estética dental, informarse que los dientes naturales tienden a cambiar

fisiológicamente con la edad es un agente siempre a tener presente para mejorar la estética y plantear el proceso de rehabilitación (14).

Como lo indica Acost (15), se suelen dar variaciones de consideración cuando se estudia la percepción sobre la estética por parte de profesionales y pacientes, debido a esto la evaluación integral es una ayuda necesaria para satisfacer la demanda y exigencia del paciente, por tanto, esta debe estar unida a una planificación adecuada puesto que el impacto será rígidamente sobre el paciente de acuerdo con los resultados que se den.

2.3 Dinámica de la Musculatura Orofacial y su Relación con la DVO

En la estética facial y bucal se muestran factores de vital importancia como la armonía, la simetría y el equilibrio de sus diferentes partes, los músculos faciales están programados en una acción refleja protectora para colocar a las piezas dentales juntas sin producir trauma, cuando se produce una mínima alteración dicho equilibrio se pierde afectando la armonía, esto causa tensión en los músculos masticadores (16).

Cuando se produce un cambio en la dimensión vertical, ya sea por pérdida de esta o por aumento, la musculatura comienza a presentar grandes cambios, que no solo influyen en estructuras anatómicas como los músculos, causando tonicidad de los músculos elevadores (elevador del labio superior, elevador del ángulo de la boca, los cigomáticos mayor y menor, y el elevador del labio superior) que por lo general esto desembocaría en una posible aparición de dolor muscular, también está fuertemente vinculada a la articulación Temporomandibular, la cual podría provocar trastornos temporomandibulares (17).

2.4 Estandarización de Procesos y Protocolos Clínicos

Los protocolos odontológicos direccionados a la rehabilitación oral sirven para acrecentar la calidad de vida y salud de la población, también están indicados para ser instrumentos guías para la aplicación de citas dirigidas a la gente, dichas guías pueden ser fluctuantes para ser adaptadas en diferentes particularidades que se presenten en la consulta, definiendo así los tiempos operatorios para que este sea óptimo si es que se presenta una fecha prevista para la finalización del tratamiento (18).

Lamas (19), indica que cualquier tratamiento odontológico siempre va a radicar en un excelente diagnóstico el cual nos obliga a realizar una planificación de este mismo, cuando se realiza esto involucra llegar a óptimos resultados para el privilegio de los pacientes, es de mera relevancia un enfoque multidisciplinario, siempre que el

caso lo justifique, para poder tener y conocer todas las posibilidades abiertas puesto así poder realizar una correcta resolución del tratamiento, el tener un campo de visión limitado a una especialidad en concreto puede mermar el índice de soluciones clínicas adecuadas en la resolución de los tratamientos.

2.5 Variables Clínicas y Medición

Para garantizar la autenticidad en la metodología de la recolección de datos y la reproducibilidad del protocolo clínico, se estandarizaron variables de estudio fundamentadas en los criterios de Misch (20). Estas variables permitieron monitorear la transición desde el colapso inicial hasta la estabilización de la dimensión Vertical Oclusal, utilizando instrumentos de medición estandarizados que se detallan a continuación:

Variables	Definición Operacional/ Instrumento
Dimensión Vertical Oclusal (DVO)	Medición de la altura facial inferior entre dos puntos anatómicos (subnasal-menton) mediante el Compas de Willis
Espacio Libre Funcional	Diferencia entre la Dimensión Vertical de reposo y la DVO, buscando un rango optimo de 2 a 4 mm,
Salud Periodontal	Evaluación de la respuesta tisular mediante el Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S).
Estabilidad Oclusal	Verificación de contactos bilaterales, simultaneas y estables mediante papel de articular de 40 um en Relación Céntrica.
Armonía Estética	Evaluación del tercio inferior facial basada en la proporción de los quintos faciales y la línea de la sonrisa.

2.6 Exodoncia Terapéutica y Profiláctica de terceros Molares

La rehabilitación de un paciente debe centralizar sus pasos a seguir, evaluando las necesidades del caso, las exodoncias de los 3M generalmente son el comienzo de muchos procesos de rehabilitación, los autores Ghaeminia et al (21), enfatizan en la extracción profiláctica de los terceros molares asintomáticos y libres de enfermedades que pueden estar asociados a largo plazo con un mayor riesgo de periodontitis.

El autor Fonseca (22), está en total de acuerdo y da fe que los terceros molares no son funcionales en la cavidad oral, por ende extraerlos ayuda a mermar no solo la posibilidad de aparición de patologías, sino también el riesgo de fractura, la incidencia de complicaciones secundarias a la impactación y los procesos inflamatorios que ocurren en la fase aguda cuando se genera una infección, hablando en porcentajes el 65% de la población mundial posee al menos un TMNE, siendo así, hasta un 40% de estos se han extraído en ausencia total de sintomatología.

El extraer terceros molares en la rehabilitación de la (DVO) ayuda a la eliminación de interferencias oclusales, ya que para devolver la (DVO), necesitamos que la mandíbula pueda moverse sin ningún obstáculo hacia la posición de relación céntrica o máxima intercuspidación (23).

2.7 Abordaje de la dimensión Vertical Oclusal mediante el uso de Resinas Compuestas y Protocolos Mínimamente Invasivos

La pérdida de la dimensión vertical oclusal (DVO) es multifactorial como se ha venido mencionando precedentemente, podría originarse por erosión, atrición o edentulismo parcial, comprendiendo la función masticatoria, la fonación y la estética, la recuperación de dicha altura se puede realizar generando varias estrategias clínicas que permitan validar los cambios oclusales antes de intervenciones irreversibles (24).

El desgaste severo causado por diferentes patologías es un factor predisponente para perder la (DVO), dicho desgaste es originado por diversas causas, que por lo general estas llevan a la pérdida del esmalte, dentina y a la esclerosis pulpar (25).

En la actualidad la odontología avanza y cada día es más conservadora, tratando siempre de que prevalezcan los tejidos dentarios, para esquivar a toda costa el daño pulpar, reforzando así los tejidos fragilizados, mediante tratamientos más longevos con restauraciones, rutinariamente, en pacientes con esta condición la rehabilitación completa estaba dirigida en coronas totales, ahora bien, en la actualidad se plantean otras alternativas de tratamiento.

Un material que es mucho más multifacético son las resinas compuestas que hace énfasis en realizar distintos tipos de restauraciones dentales en situaciones donde otros materiales no pueden, sin descartar las preparaciones dentarias, acaparando así problemas como desgastes dentales, erosiones o abrasiones oclusales, las resinas también merman el tiempo de trabajo por ende del tratamiento, ya que estas pueden realizarse en una sola sesión, o usando guías de silicona, o en dos sesiones si se estipula que se deben realizar resinas indirectas. En casos como en pruebas de elevación de la dimensión vertical oclusal, es común utilizar carillas de resina como una prueba transicional e ir verificando como avanza el tratamiento, un aspecto influyente es que al ser relativamente económicas presentan mayor accesibilidad a pacientes de recursos limitados, esto es respaldado por autores como Percca (26).

2.8 La prótesis removible como fase Transicional en la Estabilización de la Dimensión Vertical

Las prótesis removibles tradicionales son por general la solución de más frecuente uso, no obstante, suelen tener un impacto negativo en la apariencia y casos específicos, que requieren mucha más sujeción y estabilidad a buscar diferentes alternativas que mejoren la estética y funcionalidad, en base a esto dichas prótesis son muy consideradas como prótesis transicionales, evaluar la rehabilitación, para que una vez que no haya ninguna fluctuación en los cambios realizados en boca, escoger un mejor enfoque terapéutico que solucione la problemática oral del paciente (27).

Estudios comprueban que un aproximado del 50% de las PPR el paciente no las utilizan debido a que estos no están “acostumbrados” a estas, esto suele ser a causa de que no se elabora una buena planificación biomecánica correcta, de la falta de preparación de la boca para recibir la PPR, el planteamiento de estas no es una fórmula matemática, más bien es dada por principios biológicos y muy buen criterio, es complicado tratar de entender el comportamiento exacto de las reacciones biológicas frente al tratamiento que se realiza (28).

Las prótesis removibles de acrílico transitorias, también denominadas como “provisionales” o parciales “parciales inmediatas”, son dispositivos odontológicos que están creados para restaurar la estética y una funcionalidad limitada de manera efímera mientras se plantea una solución definitiva para el paciente, su núcleo está confeccionado principalmente con resinas acrílica de termo curado o autocurado, y se retienen en la cavidad oral por medio de retenedores de alambre o también denominados “ganchos” que tratan de abrazar a las piezas dentales remanentes, Alonso (29).

2.9 Restauraciones Provisionales de Larga Duración: Tecnología de PMMA y CAD/CAM

De alguna forma casi que explosiva nuevas ideas, tecnologías y materiales que se deben incorporar a la conversación de agregarlas a las estrategias actuales de odontología estética, las coronas de PMMA como coronas transitorias para tratamientos de rehabilitación en el cual primero se deba evaluar el estado del paciente durante un lapso de tiempo se han vuelto primordiales en este tipo de casos (30).

Este material se presenta como un tipo de polímero lineal ligeramente reticulado, el cual está compuesto de cadenas largas de carbono que se fijan por enlaces

químicos débiles los cuales se podrían someter a altas temperaturas y reformarse además de ser solubles en ciertos solventes, este material se maneja por medio de la tecnología CAD/CAM la cual es innovador para reproducir restauraciones indirectas en dientes, con dicho software de diseño se producen puntos de contacto oclusales y proximales ideales, lo cual creo un ajuste marginal excelente para ser un material provisional, Lozano (31).

Las coronas de PMMA suelen ser específicamente fabricadas para provisionales de un tiempo ampliamente extenso a través de la técnica CAD/CAM como precedentemente se ha mencionado, este material se caracteriza por ser altamente homogéneo, la contracción de la polimerización o las capas de inhibición ya no serán un problema a considerar, como dicho material es reproducido por medio de CAD/CAM, este provisional se recrea fácilmente en cualquier instante, por todas estas cualidades estas coronas son idóneas para tratamientos transitorios de evaluación (32).

2.10 Fase de Adaptación, Estabilidad y Validación Neuromuscular

Cuando se efectúa un cambio o aumento en la (DVO) los protocolos de rehabilitación sugieren que este debe ser evaluado, en diferentes lapsos de tiempo, para que se pueda comprobar que la articulación temporomandibular y la musculatura facial se adaptan correctamente antes de colocar las restauraciones definitivas, en boca se debe mantener durante seis meses, en la cual lo idóneo es realizar controles clínicos 1 vez por mes, Montaña (33).

CAPÍTULO III.- METODOLOGÍA

3.1 Tipo de investigación

Se realizó un estudio de caso con un enfoque clínico – descriptivo, soporte bibliográfico orientado a la documentación exhaustiva y al análisis longitudinal de la evolución terapéutica.

El presente reporte tiene un alto valor académico y científico, fundamentado en la interdisciplina odontológica. El abordaje forjó mediante un protocolo de intervención medido por fases, el cual garantiza la trazabilidad desde el diagnóstico diferencial y la planificación estratégica hasta la rehabilitación integral del sistema estomatognático.

El desarrollo de este análisis de caso fomenta el razonamiento crítico – analítico y mejora la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia. Por ende, permite la validación de protocolos estandarizados, evaluando la predictibilidad de los resultados bajo criterios de estabilidad funcional, armonía estética y homeostasis biológica en un entorno clínico real.

3.2 Criterios de Inclusión y Relevancia Clínica

Justificación del caso: Se eligió este paciente debido a que presenta un colapso severo de la DVO de origen multifactorial (edentulismo y desgaste), lo que representa un reto clínico de alta complejidad que requiere un abordaje interdisciplinario

Criterio de inclusión: Paciente con pérdida de soporte posterior, disminución del tercio inferior facial evidente y voluntad de someter a un protocolo de rehabilitación de larga duración.

Criterios de exclusión: Paciente con enfermedades sistémicas no controladas (diabetes, hipertensión grave) o trastornos psicológicos que impidieran la adaptación a prótesis y cambios oclusales.

3.3 Diseño de estudio

Este reporte de caso describe el diagnóstico. Planificación, ejecución y seguimiento de un paciente de 78 años con pérdida severa de DVO, atendido en las clínicas de Odontología de la ULEAM durante el periodo 2025-2. Se incluyó una revisión narrativa sobre dimensión vertical oclusal para respaldar la discusión científica. El estudio cuenta con aval ético 0243-CEISH-JMSZ-2026 emitido el 28 de mayo del 2026.

CAPÍTULO IV.- PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE CASO

4.1 Presentación del caso

Motivo de consulta, anamnesis y antecedentes familiares y personales:

Paciente masculino de 78 años acudió a consulta refiriendo “me duele el colmillo izquierdo”. Durante la anamnesis refiere dolor del OD 23 de tipo penetrante e intensidad moderada, con aproximadamente un año de evolución, que se exacerba a la masticación y/o estímulos térmicos y desaparece al retirar el estímulo, como consecuencia se desarrolló un patrón de masticación con predominio contralateral, niega antecedentes de traumatismo dentoalveolar, pero refiere antecedentes de exodoncias del sector posterior, niega uso de prótesis removible, refiere episodios similares transitorios en otros órganos dentales. El paciente no refirió historial médico personal o familiar relevante, así como no hizo referencia al consumo de fármacos.



*Figura 1 Fotografía clínica sonriendo (extraoral).
Fuente: Zambrano, 2025*



*Figura 2 Fotografía clínica frontal (extraoral).
Fuente: Zambrano, 2025*

4.2 Exámen clínico

Exploración Extraoral

Durante la exploración general el paciente evidencia marcha normal con constantes vitales dentro de los rangos de normalidad (P.A. 130/80 mm/Hg, 86 pulsaciones/min, 20 respiraciones/min y afebril al tacto). A la exploración extraoral durante la inspección el paciente presenta facie con ritides compatible con edad cronológica, simétrico, sin limitaciones funcionales durante la ejecución de movimientos mandibulares, llaman la atención la hipotonía labial, además la presencia de surcos nasolabiales y labiomentonianos “líneas de marioneta” acentuados; a la palpación no se evidencian hallazgos relevantes de las cadenas ganglionares, los músculos masticatorios y de la ATM mediante palpación intra-auricular, se descarta presencia de chasquidos o ruidos articulares. Se realiza evaluación de tercios faciales

empleando el compás de Willis, donde se evidencia la disminución del tercio inferior de la cara.

4.3 Exploración intraoral

Periodontal: La evaluación del Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) se realizó sobre solo cinco (5) de los dientes índice propuestos por Greene y Vermillion, debido a la ausencia de los OD 36 y 37, el cálculo de este indicador resultó en un valor de IHOS de 1, el cual revela buena higiene oral. Al realizar el periodontograma, se encontró un sangrado al sondaje >10% de los sitios evaluados (sector anterior), pérdida de puntillado gingival, márgenes gingivales redondeados, edematosos y cambios significativos de color (eritema) en la encía marginal de los OD 11 y 21, por lo cual se establece gingivitis inducida por biopelícula dental. Con base en la clasificación de Miller se observaron recesiones clase I en los OD 13, 14, 15, 16, 17, 23, 24, 25, 26, 27, 45, 46. No se evidenció movilidad dentaria.

Cirugía: OD 18 y 28 erupcionados en posición vertical según Winter y en posición B según Pell y Gregory, con retención crónica de placa bacteriana y cálculo dental que dificulta las maniobras de higiene oral y aumenta el riesgo de caries y enfermedad periodontal en la superficie distal de molares adyacentes.

Rehabilitación: La evidencia de facetas de desgaste planas, lisas y espejadas en los bordes incisales y superficies vestibular y palatina de los dientes anterosuperiores, así como en las caras oclusales de dientes posteroinferiores indica atrición, estadificada como severa por exposición completa del tejido dentinario y moderada por la presencia de zonas de dentina expuesta en las cúspides funcionales sin comprometer el tercio medio de la corona clínica respectivamente, con una consecuente pérdida severa de la dimensión vertical oclusal (DVO), la cual se confirmó de forma estática empleando el calibrador de Willis con el que se registró en máxima intercuspidación una discrepancia de 4 mm entre el tercio medio (62 mm) y el tercio inferior (58 mm). Funcionalmente, el método de Silverman corroboró este colapso al evidenciar un espacio mínimo fonético patológico de 6 mm durante la emisión de sonidos sibilantes. Este recorrido mandibular excesivo aumentó significativamente el Espacio Libre Funcional (ELF) basal a 5 mm ($DVR = 63 - DVO = 58$), confirmando la desadaptación neuromuscular del paciente.

Lesiones cervicales no cariosas, específicamente, la abfracción dental en OD 15, 25, 26, 27, 34 y 35 donde se observó lesiones en forma de cuña o “V”, ubicados

en la región cervical de los dientes posteriores, con bordes y ángulos internos afilados y definidos. Se observó la presencia de restauraciones cervicales defectuosas en OD 14 y 24 (posibles abfracciones). Con base en la escala de sensibilidad al aire de Schiff el paciente presenta una puntuación clínica de 2 (retira la cabeza). Además, se observaron también restauraciones oclusales defectuosas en OD 14, 15, 24 y 25. Finalmente se observó lesiones cariosas en fosas y fisuras (clase I de Black) de los OD 18, 26, 27, 28 categorizados como ICDAS 2. Se establece un índice CPO de 14 (cariado 8, perdido 6, obturado 0).

Oclusión: Se evidencia colapso oclusal posterior, por ausencia de OD 36, 37, 44, 47, 48, atrición en posteriores remanentes, la ausencia de guía canina, por pérdida de OD 43 y severo desgaste en la cara palatina del OD 23 y la pérdida de guía anterior por desgaste severo en los OD 11, 12, 21, 22.

Protésico: Por medio de inspección visual se evidenció edentulismo parcial inferior por ausencia de OD 36, 37, 44, 47, 48 categorizado con base en la clasificación de Kennedy y las reglas de Applegate como clase III modificación 1.

Examen Radiográfico:

La evaluación imagenológica se realizó mediante radiografías periapicales y panorámica. En los órganos dentarios 11 y 21 se observó la presencia de material radiopaco intrarradicular compatible con material de obturación endodóntica, evidenciándose un adecuado sellado del sistema de conductos radiculares y ausencia de alteraciones periapicales asociadas. No se identificaron lesiones radiolúcidas ni radiopacas de carácter patológico en relación con dichos órganos dentarios.

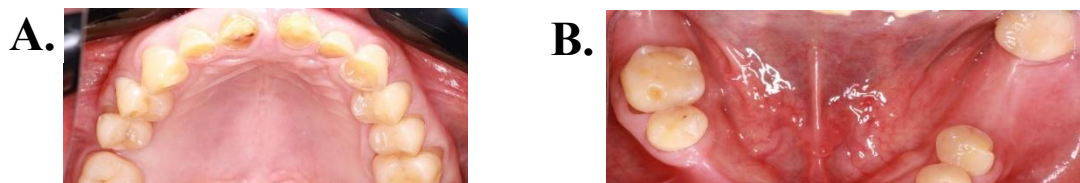


Figura 3 Registros fotográficos Intraorales. A. Vista oclusal del arco superior. B. Vista oclusal del arco inferior. Fuente: Zambrano, 2025



Figura 4 Fotografías intraorales en máxima intercuspidación. A. Vista lateral Derecha. B. Vista lateral izquierda. Fuente: Zambrano, 2025



Figura 5 Registro intraoral frontal en oclusión. Fuente: Zambrano, 2025

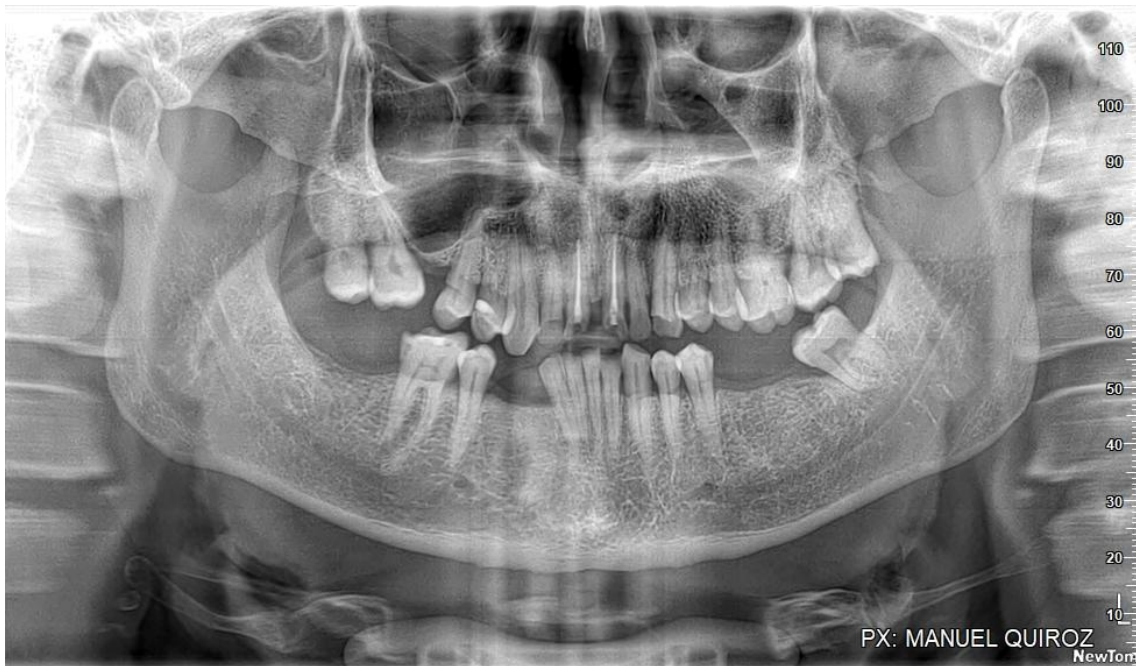


Figura 6 Ortopantomografía inicial. Fuente: Zambrano, 2025

4.4 Diagnóstico y plan de tratamiento:

Paciente masculino de 78 años, ASA 1, en quien, con base en el examen clínico, el periodontograma y el examen radiológico, se establecen los siguientes diagnósticos:

Área de Diagnóstico	Diagnóstico Clínico Estructurado	Diagnostico CIE-10	Plan de Tratamiento
1. Periodontal	Gingivitis inducida por biopelícula dental	K05.1 - Gingivitis crónica	Profilaxis

			Charlas de educación preventiva en salud oral Seguimiento
2. Cirugía	Gingivitis inducida por biopelícula dental	K05.1 - Gingivitis crónica	Exodoncia simple profiláctica
3. Rehabilitación	Abfraccion	K03.8 - Otras enfermedades especificadas de los tejidos duros de los dientes	Restauración Directa
	Caries dental	K02.0 - Caries limitada al esmalte	Restauración Directa
	Pérdida severa de la Dimensión Vertical de Oclusión (DVO)	K07.39 - Anomalías de la posición de los dientes, no especificada K03.0 - Atrición excesiva de los dientes (atrición, colapso oclusal posterior, pérdida de guía canina OD 33)	Recuperación de la DVO mediante la técnica de estampado con resinas compuestas en el sector posterior.
	Atrición severa	K03.0 - Atrición excesiva de los dientes	Corona dental provisional OD 11 y 21 Carillas de resina directa 12 y 22
4. Protésico	Edentulismo parcial inferior clase III modificación 1	K08.1 - Pérdida de dientes debida a extracción K07.29 - Anomalía de la relación entre los maxilares, no especificada (pérdida de guía canina OD 43)	Prótesis parcial removible

Tabla. Tabla de diagnóstico. Fuente: Zambrano 2026

4.5 Evolución

Abordaje Periodontal Y control del Medio Oral

La ejecución del plan de tratamiento inicio con la socialización de los riesgos, beneficios del plan de tratamiento propuesto y la firma del consentimiento informado. La fase periodontal empezó con identificación de depósitos blandos sobre la superficie dental, para lo cual se aplicó revelador de placa (Dítonos®) en la punta de la lengua y con la misma se distribuyó sobre las superficies dentales, posteriormente su remoción se realizó mediante cepillado rotatorio en contra-ángulo con pasta profiláctica,

finalmente se verifico el resultado final con la reaplicación de revelador de placa, se brindó educación en salud oral mediante charlas explicativas sobre técnicas de cepillado y dieta.

Abordaje Quirúrgico: Exodoncia de Tercer Molar con Fines Rehabilitadores

Durante la fase quirúrgica se realizó la exodoncia simple bilateral de los OD 18 y 28, previa anestesia infiltrativa con articaína al 4% distribuido para los N. alveolar superior posterior y N. palatino anterior, se realizó la sindesmotomia, luxación y avulsión mediante técnica convencional, se verifico la integridad de la raíz dental y del alveolo, se cureteo e irriego el lecho quirúrgico, se suturo en “X”, los procedimientos se realizaron sin complicaciones, se comunicaron las indicaciones postoperatorias y la prescripción farmacológica.



Figura 7 Fotografía de materiales a utilizar en cirugía oral: Instrumenta de exeresis, elevadores, fórceps y material estéril de reposición. Fuente: Zambrano, 2025

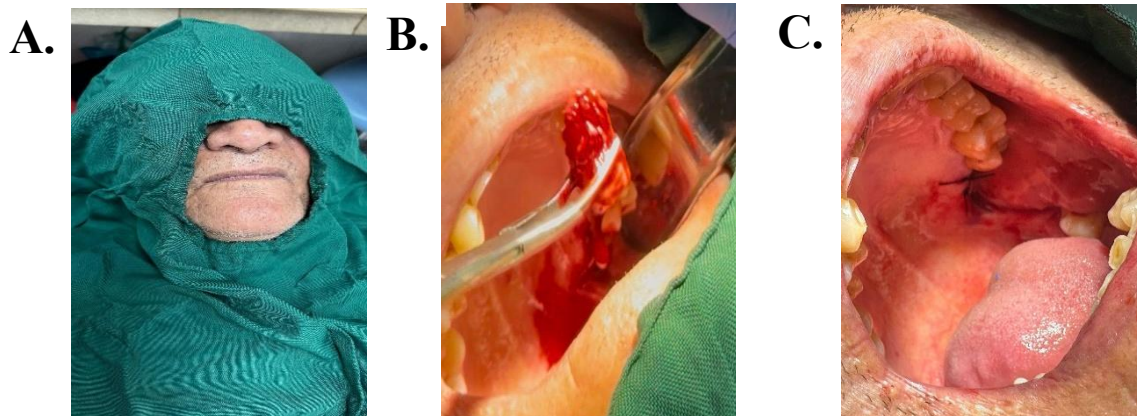


Figura 8 Registro fotográfico extraoral. A. paciente en posición de decúbito supino previo a intervención quirúrgica. B. Exeresis de un tercer molar superior derecho. C. Registro fotográfico postoperatorio, vista intraoral de la herida con síntesis mediante sutura en X. Fuente: Zambrano, 2025

Fase de Operatoria Dental: Protocolo de Restauración Adhesiva y Reconstrucción Anatómica.

La fase rehabilitadora se realizó previa aplicación del aislamiento absoluto, luego de lo cual, la remoción de caries de los OD 26 y 27 y de las restauraciones defectuosas de los OD 14, 15, 24 y 25, se realizó de forma conservadora con fresa

redonda a alta velocidad, la eliminación completa de caries primaria y/o secundaria respectivamente se verifico con revelador de caries (Sable Seek®). Posteriormente, se realizó grabado selectivo con ácido ortofosfórico al 37%, se lavó, seco y verifico la opacificación del esmalte, se aplicó un sistema adhesivo fotopolimerizable universal (Ambar®) según las indicaciones del fabricante, la resina se aplicó de forma incremental en capas no mayores a 2mm, hasta restablecer la anatomía oclusal, se aplico glicerina para evitar la formación de la capa inhibida, se verificaron puntos de contacto prematuro con papel articular de 12 µm, se realizó ajuste oclusal, verificación del sellado marginal y pulido de la restauración. En las lesiones cervicales no cariosas compatibles con abfracción identificadas en los OD 15, 25, 26, 27, 34 y 35 así como para las restauraciones cervicales defectuosas en los OD 14 y 24 las consideraciones adicionales para la ejecución del protocolo adhesivo fueron la confección de un bisel en esmalte y la aplicación de teflón en el surco gingival que favorezca la retracción gingival.

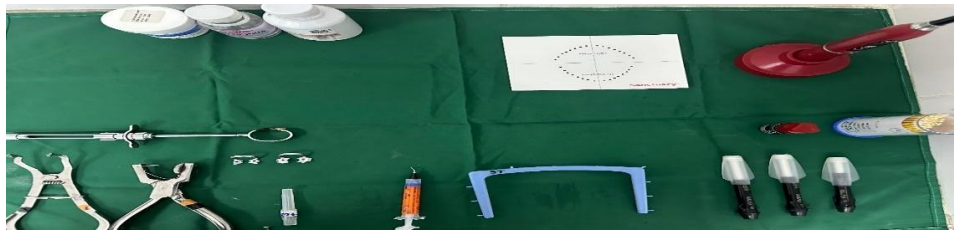


Figura 9 Instrumental y Biomateriales para operatoria dental: Sistema de aislamiento, grabado ácido, sistema adhesivo y resinas compuestas- Fuente: Zambrano, 2025

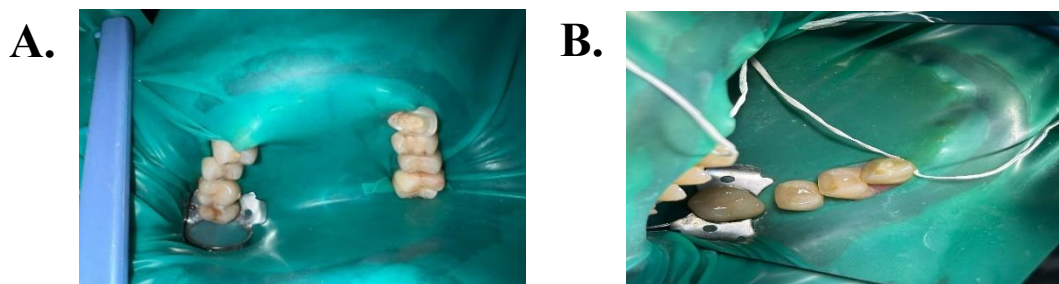


Figura 10 Registros de aislamiento absoluto con dique de goma para operatoria dental. A. Sector superior. B. Sector inferior. Fuente: Zambrano, 2025

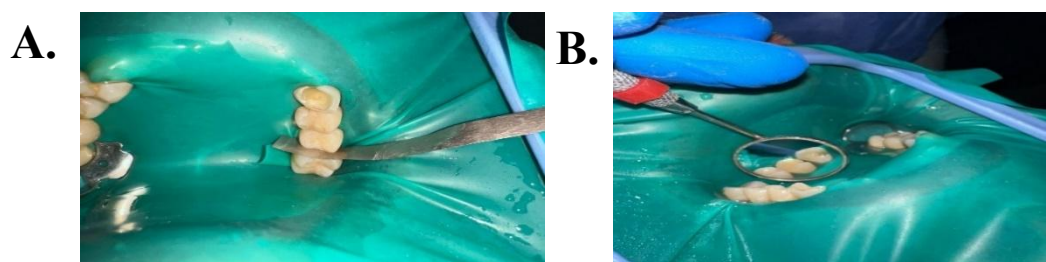


Figura 11 Preparación cavitaria y eliminación de tejido odontopatico previa a la fase de restauración. A. Sector superior. B. Sector inferior. Fuente: Zambrano, 2025

Rehabilitación Funcional de la DVO: Del encerado Diagnostico a la Restauración con Llaves de silicona Transparente.

La fase de recuperación de la DVO se basa en la restitución de 4 mm en el sector anterior, para lo cual se realizó un encerado diagnostico aditivo con un incremento de 2 mm en las caras oclusales de los molares inferiores en los modelos de estudio montados en un articulador semi ajustable (BioArt) programado en relación céntrica. Una vez establecida la medida que se busca recuperar en el sector posterior (2 mm), se confeccionan sobre el encerado diagnostico las guías de transferencia de silicona transparente de alta densidad, que permitirán transportar las medidas del encerado diagnostico a los dientes del sector posterior en la boca del paciente, al tiempo que se confeccionan las carillas oclusales directas mediante resinas estampadas (FORMA™). Previa prueba de las carillas oclusales, se prepararon las superficies oclusales con piedra pómez, se grabó con ácido fosfórico al 37%, a continuación sobre el diente y la superficie interna de la carilla se areno, se aplicó adhesivo universal (Ambar®) con microbrush, se foto polimerizó y se aplicó resina fluida, finalmente se colocó la carilla oclusal sobre el OD respectivo, se retiraron excesos, se foto polimerizó, se verifico que el contacto oclusal sea bilateral, simultáneo, estable y sin interferencias en movimientos de lateralidad y protrusión, se verifico la obtención de los milímetros ganados y se pulió con sistema shofu.



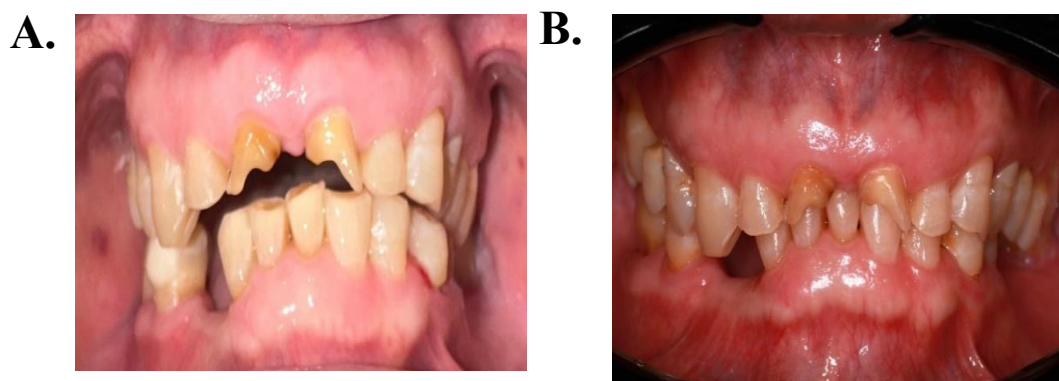


Figura 14 Comparativa de la relación intermaxilar. A. Oclusión habitual en el estado basal previo al tratamiento. B. Registro de la nueva dimensión vertical mediante restauraciones provisionales Fuente: Zambrano, 2025

Fase de Evaluación Estético-Funcional: Rehabilitación con Coronas de PMMA mediante Flujo CAD/CAM.

La rehabilitación de coronas para los OD 11 y 21 inicio con la recuperación del tejido perdido por la atricción severa con resina compuesta, para tener una línea base a partir de la cual se preparó el muñón para coronas de polimetilmetacrilato (PMMA), material idóneo para evaluar el mantenimiento de la DVO por su resistencia mecánica a mediano plazo y por su alta estabilidad estética, el tallado se realizó con base en los requerimientos biomecánicos del PMMA, es decir a nivel cervical un chamfer con un ancho y profundidad de 1.0 mm aprox., y nivel oclusal un ancho de 2.0 mm aprox., una vez verificada la planimetría se realizó el protocolo de impresión con silicona, la cual se envió ulteriormente al laboratorio para el diseño y fabricación de las coronas de PMMA, se realizaron provisionales con coronas de acrílico. En el laboratorio con base en la impresión de silicona se vaciaron los modelos de yeso, se escanearon los modelos de yeso (flujo digital indirecto), el STL resultante se procesó con Exocad DentalCAD donde se realizó el diseño anatómico digital, el cual se compartió al software CAM para el fresado sustractivo en fresadora de alta precisión, con discos de PMMA. Una vez realizadas las coronas de PMMA, el 4 de febrero del 2026 se ejecutó la cementación, iniciando con la verificación del contacto oclusal previa cementación, se usó aislamiento absoluto e hilo retractor 2.0, las coronas se arenaron y se aplicó adhesivo universal sobre la superficie interna de la corona y esmalte, se foto polimerizó, se cemento con cemento resinoso dual, se removieron excesos, se foto polimerizó y se verifico oclusión con papel articular, finalmente se realizó el pulido. Las coronas de PMMA se evaluaron durante un lapso de 2 semanas, evaluando la

aceptación estética del paciente, la estabilidad oclusal, periodontal, muscular y articular.

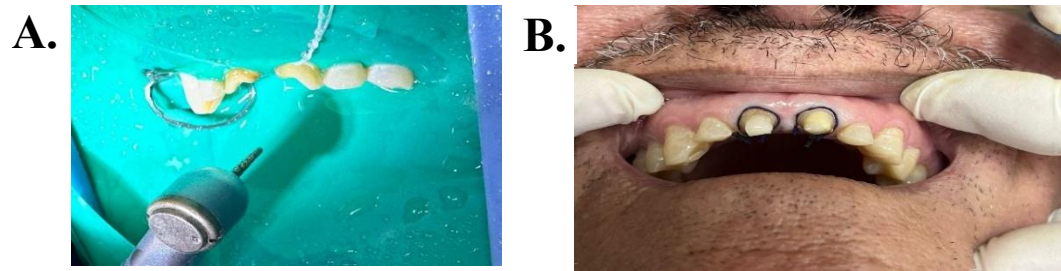


Figura 16 Proceso de rehabilitación oral. A. Estado inicial del remanente previo al tallado de la corona. B. Pilares o muñones finalizados. Fuente: Zambrano, 2025

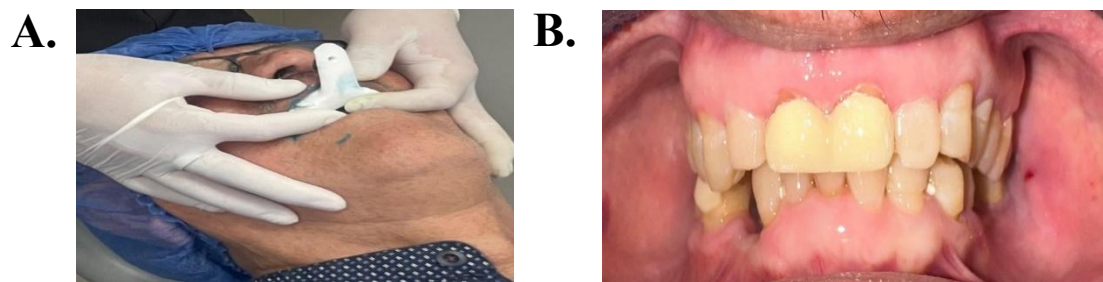


Figura 17 Procedimiento de provisionales A. Toma de impresión para provisionales. B. Provisionales cementados en boca. Fuente: Zambrano, 2025

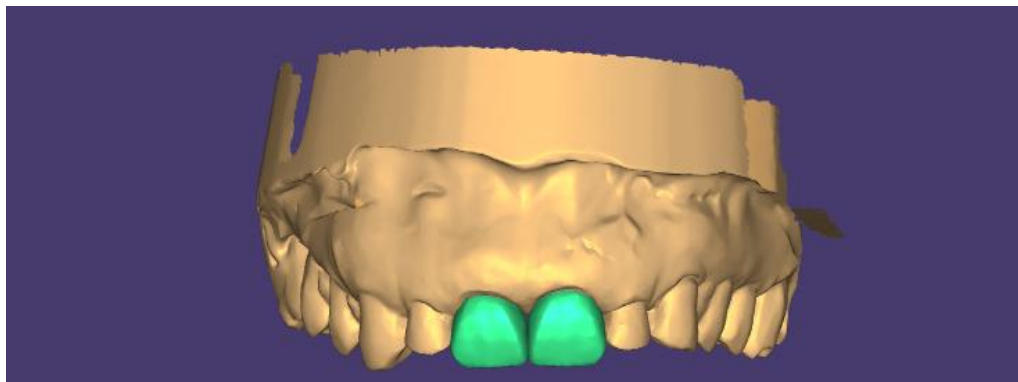


Figura 18 Ilustración digital para observar su futura posición en la arcada dental y evaluar la estética. Fuente: Zambrano, 2025



Figura 19 Evaluación final de las carillas provisionales de PMMA. Fuente: Zambrano, 2025

Rehabilitación protésica Transitoria: Estabilización y Validación de la Nueva DVO

La fase final del tratamiento consiste en la rehabilitación protésica, la cual inicio con: las respectivas impresiones dentales (primarias y definitivas), posteriormente mediante las placas de articulación se relacionan los modelos definitivos para luego transferirlos al articulador anatómico, se continuo con la prueba de dientes y finalizo con la adaptación de la prótesis parcial removible transitoria, comprobando estética, fonética y masticación nuevamente. Se realizaron controles inmediatos y mediatos, reiterándose las indicaciones sobre el cuidado, uso y mantenimiento de la prótesis dental.



Figura 20 Evaluación de la estética dentofacial y dinámica de la sonrisa. A. enfilado diagnostico en cera sobre modelo de trabajo. B. Prueba clínica de enfilado en boca. C. Prótesis definitiva en fase de inserción y evaluación de la adaptabilidad neuromuscular. Fuente: Zambrano, 2025



Figura 20 Evaluación final. Fuente: Zambrano, 2025

4.6.- RESULTADOS

4.6.1 Evolución clínico y resultados por áreas de intervención

Resultado del control periodontal

Tras la implementación de las medidas de control de biopelícula y educación en salud oral, se observó una reducción clínica de los depósitos blandos evidenciados mediante revelador de placa, con superficies dentarias libres de biopelícula clínicamente detectable al finalizar la sesión. Durante los controles posteriores se evidenció mejoría de los parámetros gingivales previamente alterados, caracterizada por disminución del eritema y edema marginal en los órganos dentarios 11 y 21, así como reducción del sangrado al sondaje respecto a la evaluación inicial. El paciente demostró adecuada adherencia a las medidas de higiene oral indicadas, manteniendo un Índice de Higiene Oral Simplificado compatible con buena higiene oral (IHOS = 1) y sin evidencia de progresión de los hallazgos periodontales observados al inicio del tratamiento.

Resultado de la fase quirúrgica: Cirugía Bucal

Durante el periodo post exodoncia de los OD 18 y 28, las heridas cicatrizaron por segunda intención de forma cronológicamente coincidente con los procesos biológicos a los 8 y 15 días; durante el primer control postoperatorio se realizó la remoción de puntos de suturas; el paciente no manifestó síntomas postoperatorios; no se evidenciaron signos de infección y/o inflamación; ni se evidenciaron depósitos blandos en las superficies distales de los dientes adyacentes, reduciendo el riesgo de la aparición de posibles patologías periodontales.

Fase Rehabilitadora

Se consiguió eliminar caries y filtraciones marginales, prevaleció la anatomía siendo funcional, se obtuvo un buen sellado cervical sin escalones, sin espacios predispuestos a la acumulación de biofilm futura. No se registraron molestias, ni sensibilidad, ni quejas en la nueva mordida.

Parámetro clínico	Evaluación inicial	Evaluación final
C (dientes cariados)	8	0
P (dientes perdidos)	6	8
O (dientes obturados)	0	6

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

Tras la rehabilitación adhesiva de las lesiones cervicales no cariosas presentes en los órganos dentarios 15, 25, 26, 27, 34 y 35, así como el reemplazo de las restauraciones cervicales defectuosas de los órganos dentarios 14 y 24, se observó una adecuada restitución de la continuidad estructural del tejido dentario, con correcta adaptación marginal, recuperación del contorno cervical y ausencia de irregularidades superficiales clínicamente detectables. Además, de acuerdo con la escala de sensibilidad al aire de Schiff posterior a la rehabilitación de las lesiones cervicales no cariosas el paciente presentó una disminución en la puntuación clínica de 1 (siente sensibilidad, pero no retira la cabeza).

Se obtuvo una ganancia de 2mm en el sector posterior y 4 mm en el sector anterior, restableciendo con éxito la altura facial inferior del paciente, posterior a esto se realizaron controles clínicos documentados de forma secuencial, en un tiempo previsto de 24 horas, 7 días y 14 días. Se evaluó en base a los criterios diagnósticos presentados por los DC/TMD, en el cual se mide con una regla milimétrica la apertura bucal, mostrando un rango fisiológico y estable de 42 mm, no se encontró desviación ni deflexión, se realiza la palpación muscular calibrada de los músculos masetero y temporales anteriores, que no muestran áreas de gatillo ni hipertonía y por último en la auscultación no se escuchan ruidos articulares, ausencia chasquidos y crepitaciones (eje I), posterior se evalúa el dolor crónico o el impacto en la calidad de vida del paciente (eje II).

Periodo de Control	Valor EVA (0-10)	Interpretación Clínica	Estado Muscular (Palpación Masetero/Temporal)
Línea base (Pretratamiento)	0 / 10	Ausencia de dolor basal	Musculatura normo tónica, sin puntos gatillo.
Control 1 (24 horas)	1 / 10	Dolor leve / Sensibilidad leve transitoria	Leve fatiga muscular acomodativa unilateral, esperada por el cambio de dimensión vertical.
Control 2 (7 días)	0 / 10	Ausencia total de dolor	Musculatura relajada, adaptación neuromuscular favorable.
Control 3 (14 días)	0 / 10	Ausencia total de dolor	Sistema estomatognático estable y en completa homeostasis.

Tabla 4. Tabla EVA para medir el estado muscular. Fuente: Zambrano 2026

Con relación a la recuperación de la DVO los cambios antropométricos se detallan a continuación:

Parámetro	Inicial	Final
DVO	58 mm	62 mm
DVR	63 mm	64 mm
Espacio libre funcional	5 mm	2 mm
Aumento realizado	2 mm	4 mm

Tabla 5. Evolución clínica de la restauración muscular. Fuente: Zambrano 2026

Durante el período de provisionalización, la corona de PMMA mantuvo una retención del 100 %, sin episodios de descementación, fractura o movilidad. Clínicamente se observó una adecuada adaptación marginal, sin discrepancias detectables mediante exploración visual y táctil con sonda periodontal. Los controles oclusales no evidenciaron contactos prematuros ni interferencias durante los movimientos funcionales y excéntricos. Los tejidos gingivales adyacentes permanecieron estables, sin signos clínicos de inflamación, sangrado al sondaje o incremento del acúmulo de biofilm asociado a la restauración provisional. La satisfacción con el resultado funcional y estético fue valorada mediante una escala de Likert de cinco puntos, obteniéndose una calificación de 5/5, correspondiente a un nivel de satisfacción muy alto.

Fase protésica

La instalación de la prótesis parcial removible mandibular permitió restablecer las unidades oclusales correspondientes a los espacios edéntulos Clase III modificación 1 de Kennedy, recuperando los contactos dentarios posteriores planificados durante el montaje clínico. Durante la evaluación funcional, la prótesis presentó adecuada retención y estabilidad, sin desplazamientos durante los movimientos masticatorios ni interferencias oclusales clínicamente detectables mediante papel articular de 40 µm. Los tejidos de soporte no mostraron signos de ulceración, hiperemia o trauma protésico durante los controles de seguimiento. Adicionalmente, se observó una distribución más homogénea de los contactos oclusales. La satisfacción global del paciente fue evaluada mediante una escala de Likert de cinco puntos, obteniéndose una puntuación de 5/5.

6.- DISCUSIÓN

La rehabilitación integral del paciente que se muestra en este caso de rehabilitación clínica demuestra que el éxito de un tratamiento complejo no hace énfasis meramente en la fase restauradora, sino en un abordaje secuencial y biológicamente respetuoso. La muestra más emblemática de este caso fue la recuperación de la dimensión vertical oclusal DV, que, mediante un buen diagnóstico y estudio, se plantó un tratamiento adecuado, por medio de resinas estampadas y coronas de PMMA, por las cuales se logró un incremento de 4mm en el sector anterior sin comprometer el sistema neuromuscular.

Uno de los más grandes miedos en la práctica odontológica es la aparición de los trastornos temporomandibulares tras modificar la dimensión vertical oclusal DVO, autores como Tench (34), afirma que basado en sus hipótesis este aumento podía provocar aumento de la tonicidad muscular, aumento de la movilidad dentaria y finalmente, la intrusión de los dientes, No obstante, en este paciente, no se encontró hipotensión muscular, la musculatura permaneció relajada y estable, este resultado es muy favorable y coincide con lo expresado por autores como Abduo (2), quienes están claros y sostienen que el sistema estomatognático tiene una capacidad increíble de adaptación a incrementos moderados de la DVO, siempre que el restablecimiento presente una oclusión bilateral, simultánea y estable, tal como presenta el paciente, por medio del montaje en el articular semi ajustable Bio A7 y el encerado de diagnóstico.

Al utilizar las carillas de resina donde existió un colapso posterior, mediante llaves de silicona transparente esta nos dio una transición mínimamente invasiva y funcional. Esta fase fue primordial para verificar la nueva DVO antes de continuar con fases decisiva. Al igual que en los protocolos de Vailati (35), en su “Técnica de los tres pasos”, la resistencia y estabilidad proporcionada por las resinas utilizadas en este estudio presento que es posible reestablecer la anatomía oclusal perdida por desgaste de forma predecible, manteniendo cautela frente a las guías anteriores y laterales durante la dinámica mandibular.

La carencia de inflamación gingival y el manejo del biofilm fueron vitales para el éxito de la fase adhesiva, según Lindhe (36) en sus tratados sobre periodoncia clínica, el periodonto debe siempre presentarse libre de cualquier anomalía antes de realizar cualquier tratamiento, esto es algo innegociable para cualquier procedimiento

restaurador, debido a que, si encontramos sangrado o exudado gingival, pueden comprometer críticamente la energía superficial necesaria para la adhesión.

Por otro lado, la cirugía que se realizó en este caso de rehabilitación es clave, Okeson (37) describe que las piezas distales tienden a generar interferencias oclusales que dificultan que la mandíbula alcance la relación céntrica, siendo contraproducente para el proceso de rehabilitación oral.

El trabajar con aislamiento absoluto para las restauraciones de resina que se realizaron es el “estándar de oro” defendido por Magne(38), ya que esto aumenta la fuerza de unión del adhesivo universal, en cuanto hablamos de las restauración clase V, el cuidado en el tallado cervical para evitar “escalones” se confirma con las recomendación proporcionadas de Mooney (39), quien pone a conocimiento que un margen mal adaptado es uno de los principales factores de riesgo para causar inflamación gingival recurrente y las caries secundaria.

La elección de coronas de PMMA mediante flujo CAD/CAM y la prótesis parcial removible, es una decisión clínica correcta, según Muts (40). Utilizar restauraciones provisionales de una extensión de tiempo larga ayuda al clínico y al paciente a validar la nueva DVO, la estética y la fonética antes de utilizar materiales definitivos, este flujo digital mencionado nos brinda un ajuste marginal superior, lo cual se refleja en los resultados de salud gingival sin inflamación.

En síntesis, lo que presento el actual reporte clínico corroboran que la rehabilitación oral de carácter interdisciplinario, fundamentada en axiomas científicos, principios de biomecánica funcional y parámetros anatómicos, pueden alcanzar resultados clínicos de alta predictibilidad y una optimización sustancial de la calidad de vida del paciente. No obstante, la evidencia nos dice que la resolución de casos de alta complejidad, especialmente aquellos que involucran la alteración de la DVO, es obligatorio que cada paso sea bajo una planificación muy meticulosa basada en el análisis cinemático y un seguimiento longitudinal riguroso. El éxito de la estabilidad y terapéutico de los resultados a largo plazo no solo depende de las habilidades del operador, sino de la instauración de una corresponsabilidad terapéutica entre el paciente y el clínico, garantizando así la preservación de la homeostasis del sistema estomatognático.

Limitaciones del estudio

A pesar de los resultados clínicos favorables obtenidos en la rehabilitación de la dimensión vertical oclusal (DVO), el presente estudio de caso presenta limitaciones que deben ser consideradas para la interpretación de los hallazgos.

Naturaleza del diseño de investigación: Al convertirse en un reporte de caso único (n=1). Los resultados se mantienen en el margen de la respuesta biológica y funcional de un individuo específico. Por ende, no es posible generalizar estos protocolos a la población total, ya que la variabilidad en la adaptación neuromuscular y la densidad ósea difiere tan ampliamente entre cada paciente que pertenezca a la tercera edad.

Temporalidad del seguimiento: La estabilidad reportada corresponde a un periodo de seguimiento de seis meses. Si bien este tiempo es necesario para verificar que la adaptación muscular es propicia, la literatura sugiere que la verdadera predictibilidad de los materiales transitorios, como las resinas estampadas y el PMMA, debe ser evaluada en lapsos de tiempo mayores para determinar su resistencia a la fatiga cíclica y al desgaste oclusal a largo plazo.

Limitaciones de los materiales: Aunque las resinas compuestas y el PMMA mediante flujo CAD/CAM nos demuestran que presentan una excelente estética y precisión, estos presentan propiedades mecánicas inferiores a las restauraciones cerámicas definitivas, lo que limita su uso a una fase de validación y estabilización.

CAPÍTULO V.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Se llegó a la conclusión de que el abordaje secuencial y multidisciplinario es primordial para el éxito en casos de alta complejidad. La integración de protocolos que sigan una línea congruente en el proceso de la rehabilitación, como el saneamiento periodontal, cirugía estratégica, operatoria dental y rehabilitación protésica permitió cambiar un sistema estomatognático colapsado en uno funcionalmente estable, demostrando que la planificación sistemática es superior a la atención de piezas dentales de forma aislada.

La bibliografía y la práctica funcionaron como un eje, sin dicotomizar una de la otra, se comprobó que el incremento de 4mm en la DVO en el sector anterior fue asimilado de una manera exitosa, ya que el paciente nunca mostró indicios de trastornos temporomandibulares ni fatiga muscular. Esto alude que, cuando el restablecimiento de la altura facial se realizó bajo parámetros de una oclusión bilateral y relación céntrica, simultánea y fija, la manera en la que se adapta el sistema neuromuscular del paciente geriátrico es predecible y segura.

Se determinó que el control secuencial-estricto del medio oral y la eliminación del biofilm son puntos innegociables para la longevidad de los tratamientos restauradores. La notoriedad de la fase adhesiva en las restauraciones de resina y las carillas oclusales dependiendo directamente de la salud gingival previa y del uso del sistema de aislamiento que permite que la fuerza de unión sea óptima.

Finalmente, la rehabilitación integral no solo devolvió la eficiencia masticatoria y la estética del paciente, también causó un impacto positivo en su bienestar general. Se concluye que la estabilidad de estos resultados en un tiempo extendido está intrínsecamente ligada a la corresponsabilidad terapéutica, donde el compromiso del paciente con su salud bucodental y los controles periódicos son fundamentales como la pericia del operador.

5.2 Recomendaciones

Se recomienda que poder establecer un calendario en donde se encuentren chequeos de seguimiento trimestrales durante el primer año de adaptación. Estas consultas deben estar meramente enfocadas en la verificación de la estabilidad de la nueva DVO, el ajuste de los contactos oclusales y la evaluación de la integridad

marginal de las resinas estampadas y coronas de PMMA para prevenir fallar por fatiga de material.

Como el paciente es una persona de la tercera edad se recomienda el brindar una educación bucal, además de agentes químicos y el refuerzo constante de las técnicas de higiene interproximal. Es imperativo la verificación de la salud del periodonto de inserción y protección, ya que la estabilidad de las restauraciones adhesivas depende directamente de la ausencia de inflamación gingival.

Se recomienda que las coronas transitorias de PMMA y resinas estampadas no estén mucho tiempo como tratamiento transitorio, que no sea un tiempo mayor de 6 a 12 meses por materiales definitivos de mayor resistencia al desgaste. Cuando se modifique la transición esta debe realizarse siempre bajo el esquema oclusal y la morfología funcional validados durante la fase provisional.

Se aconseja realizar un seguimiento imagenológico anual, para observar si no hay cambios bruscos en la respuesta del tejido óseo y el ligamento periodontal, ante las nuevas cargas oclusales. Este seguimiento documentado fotográfico permitirá además comparar la estabilidad estética y del tercio inferior facial en el tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dawson, P. E. (2009). Functional occlusion: from TMJ to smile design. Obtenido de https://catalog.nlm.nih.gov/discovery/fulldisplay/alma9912898813406676/01NLM_INST:01NLM_INST
2. J. Abduo, K. L. (28 de 02 de 2012). Wiley Online Library. Obtenido de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1834-7819.2011.01640.x>
3. Magne, P. (2004). Restauraciones de porcelanas adherida. Obtenido de https://marbanlibros.com/products/pascal-magne-restauraciones-de-porcelana-adherida-en-los-dientes-anteriores-metodo-biomimetico?srsId=AfmBOoqtwo1khVB0lxdCZPOtnhLK_W26JZKgY_AFAdXdlSIMOPgh_NeU
4. OMS . (17 de 03 de 2025). Organizacion mundial de la salud. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
5. Temoche, D. A. (02 de 05 de 2016). Odontología San Marquina. Obtenido de Revista de Investigación: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/12185/11058>
6. Eugenia Ayala, G. P. (06 de 2009). Ministerio de salud pública. Obtenido de <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20BUCAL.pdf>
7. Francesca Vailati, C. B. (2008). Clinical Application . Obtenido de <https://www.collegedoorcollegas.nl/wp-content/uploads/2017/09/artikel-Vailati-and-Belser-part-3.pdf>
8. Luis Leonel Gutiérrez Huízar, L. A.-C. (24 de 07 de 2015). Scielo. Obtenido de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1870-199X2022000300056&script=sci_arttext
9. Baidal, M. F. (abril de 2024). recimundo. Obtenido de <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/2287/2959>
10. Francesca Goicochea-Matinez, F. A.-A. (2025). Casos y revisiones de salud.
11. Quispe Rojas, J. P. (2024). Universidad Norbert Wiener .
12. Ellie Mendoza Montelongo, E. M. (27 de 06 de 2025). Sinergia Academica . Obtenido de <https://sinergiaacademica.com/index.php/sa/article/view/641/1344>
13. Orellana, D. C. (09 de 01 de 2025). Universidad Catolica de Cuenca . Obtenido de <https://dspace.ucacue.edu.ec/server/api/core/bitstreams/c353a110-3b63-4ea0-9d50-c70a69606c66/content>
14. Dominguez Mazzini, R. Q. (10 de 12 de 2024). Universidad de Huanuco . Obtenido de <https://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14257/5929/Dom%c3%aanguez%20Mazzini%2c%20Ruth%20Queli..pdf?sequence=1&isAllowed=y>
15. Augusto Acost, S. L. (13 de 02 de 2025). Universidad Norbert Wiener . Obtenido de <https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/f0c7891a-9e9e-4497-8e58-0dbc7beac47d/content>
16. Stalyn, T. B. (08 de 2022). Universidad regional autonoma de los andes .
17. Temo, D. A. (02 de 05 de 2016). Odontologia SANMA . Obtenido de <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/12185/11058>

18. Ecuador, M. d. (Marzo de 2014). Ministerio de Salud Publica del Ecuador . Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/Protocolos-Odontol%C3%B3gicos.pdf>
19. Cesar Lamas Lara, J. J. (2012). Odontologia SanMarquina.
20. Misch, C. E. (2014). Protesis de implantes dentales .
21. Hossein Ghaeminia, M. E. (2020). Cochrane Library. Obtenido de <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003879.pub5/pdf/full>
22. Fonseca, G. M. (2014). Obtenido de https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/110635404/14-libre.pdf?1705715709=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DConsiderations_for_the_Prophylactic_Ext_r.pdf&Expires=1769400718&Signature=Ef3G0U2IDdQf7iaRAPozzEOQl4SqezIulRxlWiQFEUNIInaUdfnZM6oqS
23. Maria Alejandra Barragan- Paredes, C. A.-R.-R. (15 de 07 de 2019). Revista Estomatologia . Obtenido de https://estomatologia.univalle.edu.co/index.php/revista_estomatologia/article/view/8637/11932
24. Larco, M. J.-A.-M. (07 de 01 de 2026). REVISTA ODONTOLOGIA UNIVERSIDAD CENTRAL DE ECUADOR . Obtenido de <https://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/odontologia/article/view/8938>
25. Ivan Zapata Tello, M. K. (05 de 07 de 2019). Revista Odontologica Basadrina . Obtenido de <https://revistas.unjbg.edu.pe/index.php/rob/article/view/826>
26. Masias Percca, R. d. (07 de 01 de 2022). Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas . Obtenido de https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/659004/Masias_PR.pdf?sequence=1&isAllowed=y
27. Andrade, C. A. (2025). UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA . Obtenido de <https://dspace.ucacue.edu.ec/server/api/core/bitstreams/f7a73b4d-15b9-496a-a24c-d14a3b17d56e/content>
28. Kaiser, F. (s.f.). Obtenido de https://www.sdpt.net/completa/parcial/PDF/ppr_es.pdf
29. Alonso, F. G.-F. (2025). Casos y revisiones de salud . Obtenido de <https://cyrs.zaragoza.unam.mx/wp-content/uploads/2025/07/03-Recuperacion-de-dimension-vertical-oclusal-en-un-paciente-parcialmente-desdentado.-Caso-clinico-.pdf>
30. Pinhas Adar, A. M. (2012). ScienceDirect . Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-quintessence-tecnica-33-articulo-la-corona-concepto-restauracion-innovadora-X1130533912438628>
31. Leonel Lozano, W. D. (2021). Universidad El Bosque . Obtenido de <https://repositorio.unbosque.edu.co/items/10b9ad33-95e4-4d28-9ab2-3226fffa512c>
32. Ivoclar Vivadent . (2018). cloudfront.net.
33. Angelica Andrea Montaña Campos, A. Y. (21 de 11 de 2025). Vitalia . Obtenido de <https://revistavitalia.org/index.php/vitalia/article/view/913/2212>
34. Tench, S. (2019). Facultad de ciencias de la salud y del deporte Universidad Zaragoza . Obtenido de <https://files01.core.ac.uk/download/pdf/290003161.pdf>
35. Francesca Vailati, C. B. (2008). Elsevier . Obtenido de <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/X2013148808536044.pdf>

36. Jan Lindhe, N. P. (2017). Editorial medica panamerica . Obtenido de <https://www.medicapanamericana.com/es-EC/libros/periodontologia-clinica-e-implantologia-odontologica-2-tomos-2-tomos-6a-edicion?srsltid=AfmBOopBVbO5NCzqJtVagEG9RtEU3VAEiLT44E5p5OZIgIVgUyen6cW3>
37. Okeson, J. P. (10 de 2019). ELSEVIER . Obtenido de <https://tienda.elsevier.es/tratamiento-de-oclusion-y-afecciones-temporomandibulares-9788491135197.html>
38. Pascal Magne, U. B. (2004). INSPIRIN. Obtenido de <https://inspiriadental.com/top-libros/restauraciones-de-porcelana-adherida-en-los-dientes-anteriores-un-enfoque-biomimetico/>
39. Mooney, B. (2006). Operatoria Dental. Obtenido de <https://books.google.com.pe/books?id=zDFxeYR8QWwC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
40. Erik-Jan Muts, H. v. (2012). National Library of Medicine . Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24721500/>

ANEXOS

Historias Clínicas

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

1 NOMBRE COMPLETO PACIENTE: **Hamel Eloy Duran Burgos** I.D. PACIENTE (Nº DE CLINICA): **1700461252** TELEFONO PACIENTE: **0993698363**

FECHA NACIMIENTO: **7/10/1947** SEXO: **M** CARGO O OCUPACION LABORAL: **Libre** EMPRESA: GRUPO VULNERABLE: PACIENTE CON DISCAPACIDAD (PCD), EMBARRAZADA (E), CATASTROFICA O ALTA COMPLEJIDAD (C), PERSONA PRIVADA DE LA LIBERTAD (P) NO APLICA (NO): **NO**

PAIS DE ORIGEN: **Ecuador** CIUDAD: **Manabí** PARROQUIA: **Manabí** BARRIO: **Ed. Naval** Nº APT. O CASA: **12-27**

3 APLICA: NOMBRE COMPLETO REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR, ACOMPAÑANTE O CONTACTO DE EMERGENCIA: PARENTESCO O RELACION: I.D.: TELEFONO:

2 UNIDAD DE ATENCION: ESPECIFIQUE NOMBRE DEL LUGAR DE ATENCION (NOMBRE DE LA ASIGNATURA, BARRIO, UNIDAD EDUCATIVA, ENTRE OTROS):

CLINICA ULEAM ☒ UNIDAD MOVIL NORTE ☐ UNIDAD MOVIL SUR ☐

3 MOTIVO PRINCIPAL DE LA CONSULTA: **"Sacarme el diente"** ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSION DEL INFORMANTE:

4 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL: **Paciente masculino de 76 años acude a consulta para exodoncia de 3er molar superior.** REGISTRAR SINTOMAS, CARACTERISTICAL DEL DOLOR (TIPO), SIGNOS (INFLAMACION, SUPURACION, FISTULA, ESTADO DE DIENTES VECINOS, VITALIDAD PULPAR, MOVILIDAD) Y CAUSA APARENTE:

5 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: **Sin Antecedentes Personales.** REVISAR CUESTIONARIO:

6 SIGNOS VITALES: PRESION ARTERIAL: **130/80 mmHg** FRECUENCIA CARDIACA: **86 golpes x min.** FRECUENCIA RESPIRATORIA: **16 Resp. x min.** TEMPERATURA: **36 C** PESO: **70 kg** ALTURA: **1.63 m**

7 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNATICO: **Sin Patologia Aparente**

8 PLANES DE DIAGNOSTICO Y EDUCACIONAL: **Charla Educativa, Rx. Panorámico, Exodoncia.**

9 ODONTOGRAMA: PINTAR ACTU. TIO REALIZADO, RASO PATOLOGIA ACTUAL, RECESION MARCAR CON "X" Y MOVILIDAD REGISTRAR CON 1, 2, 3, 9 APLICA

RECESION MOVILIDAD:

RECESION MOVILIDAD:

10 INDICADORES DE SALUD BUCAL:

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:

Consentimiento Informado



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



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

PARTE I: INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE/ REPRESENTANTE LEGAL

A. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN					
Determinantes sociales y su relación con la calidad de vida de los habitantes del cantón Manabí 2023-2025					
B. NOMBRE DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL Y DATOS DE CONTACTO					
Nombres completos		Los Zayas Zambrano Alvarado	Celular	1300781701	
Teléfono		0961883514	Carrera electrónica	zayas@uleam.edu.ec	
Nombre de la institución a la cual se encuentra afiliado el investigador (IT/AFILIADA)					
Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí					
C. NOMBRE DEL PATROCINADOR Y DATOS DEL CONTACTO (SI APLICA)					
Nombres completos			Celular		
Teléfono			Carrera electrónica		
D. NOMBRE DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS QUE EVALUÓ Y APRUEBO EL ESTUDIO Y DATOS DEL CONTACTO					
Nombres completos		Dr. Juan Manuel Ibarra Zambrano, Ibarra	Celular	1300781729	
Teléfono		099848757	Carrera electrónica	comite.etica@uleam.edu.ec	
Nombre del comité					
Comité de Ética e Investigación en seres humanos de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí (CEIHA-ULEAM)					
E. NOMBRE DEL CENTRO O ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE REALIZA LA INVESTIGACIÓN					
Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí					
F. INTRODUCCIÓN					
La presente investigación tiene como propósito evaluar el estado de la salud oral de sus participantes, con la intención de establecer la prevalencia de las diferentes enfermedades bucodentales, vincular estos hallazgos con variables como los determinantes sociales y establecer el impacto de la intervención realizada en la comunidad.					
G. PROPÓSITO DEL ESTUDIO					
1. Estimar el fardo infeccioso originado por las caries profundas y lesiones pulpares asociadas. 2. Derivar el equilibrio occlusal adecuada para minimizar la sobrecarga funcional sobre los dientes anteroinferiores y contribuir a la estabilidad de los tejidos de soporte. 3. Recuperar la dimensión vertical perdida mediante un aumento controlado de la DVE y la corrección de un postguía funcional preexistente. 4. Reconstruir las superficies dentales de nuevo funcional, para devolver tanto la función como la naturalidad del conjunto dentario.					
H. PROCEDIMIENTOS POR REALIZAR					
No.	Actividad	Justificación del estudio	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 odontológico.	Clínica Odontológica de la ULEAM	Los Zayas Zambrano Alvarado	Periodo 2023 (1)
2	Centraje radiográfico con ultrasonido de las piezas dentarias. Perfilado dental.	Permite elevar caries y placa bacteriana supra y subgingival, mejorando la salud periodontal y preparando la cavidad oral para el tratamiento odontológico.	Clínica Odontológica de la ULEAM	Los Zayas Zambrano Alvarado	Periodo 2023 (1)
3	Extracción dental de piezas R18 y R28	Permite elevar dientes comprometidos por caries, infección o daño estructural, evitando complicaciones futuras y facilitando la planificación de la rehabilitación oral.	Clínica Odontológica de la ULEAM	Los Zayas Zambrano Alvarado	Periodo 2023 (1)
4	Restauraciones con corona para caries clase II, clase III y clase IV	Restaurar las piezas que careen para elevar la función y principal función estética dental.	Clínica Odontológica de la ULEAM	Los Zayas Zambrano Alvarado	Periodo 2023 (1)
5	Corona de PPM en piezas R11 y R21	Restaurar la función, retención y estética del diente, garantizando su durabilidad como pilar protésico.	Clínica Odontológica de la ULEAM	Los Zayas Zambrano Alvarado	Periodo 2023 (1)
6	Extracción dental de piezas R11, R12 y R13	Eliminar dientes con movilidad comprometida por cálculo dental, evitando complicaciones futuras y facilitando la planificación de la rehabilitación oral.	Clínica Odontológica de la ULEAM	Los Zayas Zambrano Alvarado	Periodo 2023 (1)
7	Protesis parcial removible de arcilla	Permite identificar cuáles son los factores de riesgo en salud oral que influyen en el aumento de las diferentes enfermedades en salud oral evaluadas.	Clínica Odontológica de la ULEAM	Los Zayas Zambrano Alvarado	Periodo 2023 (1)
I. BENEFICIO DE LA PARTICIPACIÓN Y FORMA DE SOCIALIZAR LOS RESULTADOS					
1. Aprendizaje y desarrollo: Permite a los participantes adquirir conocimientos prácticos y técnicos relacionados con el tema o proyecto. 2. Trabajo en equipo y habilidades sociales: Favorece la colaboración, la comunicación efectiva y la resolución de problemas en grupo. 3. Impedimento y motivación: Al involucrarse activamente, los participantes sentirán que contribuyen al logro de objetivos académicos, aumentando su competencia.					
J. RIESGOS POTENCIALES Y PREVENCIÓN A CORTO Y LARGO PLAZO DE LA PARTICIPACIÓN Y FORMA DE MITIGACIÓN					
Riesgos	Forma de mitigación				
1. Lesión de tejidos blandos intra y extracavitarios durante el uso del espejo dental	Uso cuidadoso del instrumental				
2. Reacción alérgica al látex	Se consultará previamente y registrará en la historia clínica o presentará alergia al látex				
3. Dolor postoperatorio	Control con analgesia, 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	Máximos cuidados de ultrasonido y del instrumental.				
6. Perforación del conducto o fractura de la raíz	Técnica precisa y uso correcto de limas y radiografía.				
7. Lesión de encía o hueso adyacente	Realizar curas precisas 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 pagará por ninguno de los análisis que se realicen en la investigación.	
2. El participante/representante legal NO recibirá ninguna compensación por su participación.	
3. En caso de llegar a producirse un evento fortuito, que requiera atención médica, como resultado de cualquier procedimiento de la investigación incluyendo la toma de muestra biológica, el participante será remitido al departamento de emergencias del Hospital Rodríguez Zambrano del ministerio de salud pública y se dará seguimiento del caso hasta la resolución del evento.	
4. En el caso de presentarse algún evento adverso durante la ejecución de las actividades, el investigador principal asumirá los rubros económicos y dará seguimiento del participante hasta su recuperación y alta médica correspondiente.	
L. DECLARACIÓN PARA FIRMAR LA CONFIDENCIALIDAD DE DATOS	
1. Durante el desarrollo de la investigación la información obtenida, será entregada a la/el investigadora/el principal privadamente ANONIMIZADA .	
2. Al finalizar la investigación la información obtenida, será eliminada al cabo de 6 meses de entregada el producto final a ser entregada de forma ANONIMIZADA a la/el director/a de carrera con el propósito de contribuir al desarrollo de futuras investigaciones.	

PARTE II: CONSENTIMIENTO INFORMADO

A. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO		
Yo, en calidad de participante/representante legal del participante declaro que:		
1. He leído el consentimiento informado.	SI	NO
2. He respondido a todas mis preguntas.	SI	NO
3. Entiendo los riesgos y beneficios de participar.	SI	NO
4. Entiendo que firmar este documento, NO implica renunciar a ninguna de los derechos que por ley me corresponden.	SI	NO
5. He sido informado de todos y cada uno de los procedimientos que se realizarán para la ejecución de la investigación.	SI	NO
6. He sido informado que los cuestionarios y en general cualquier registro que contenga sus datos será ingresado en un sitio seguro.	SI	NO
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 ellos, sin revelar su nombre o datos de identificación.	SI	NO
8. He sido informado que al finalizar la investigación la información obtenida, será eliminada al cabo de 6 meses de entregada el producto final a ser entregada de forma ANONIMIZADA a la/el director/a de carrera con el propósito de contribuir al desarrollo de futuras investigaciones.	SI	NO
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. No sé informado que en el caso de que el investigador sea ordenado judicialmente a el mismo divulgando situaciones que puedan representar un riesgo muy grave para su persona o su 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.	SI	NO
10. Me siento informado con todos los datos de mi caso y de mi documento.	SI	NO
11. Mi participación es voluntaria, por lo que tengo el DERECHO de retirar mi consentimiento en cualquier momento.	SI	NO
12. Conozco voluntariamente mi participación a la de mi representante en el estudio.	SI	NO

Firma participante		Firma investigador	
Denominación	Primera participante/representante legal	Firma investigador	Primera Investigadora
Nombres completos	Mariana Eloy Quispe Bargas		Los Zayas Zambrano Alvarado
Celular	1300781729		1300781701
Carrera electrónica	zayas@uleam.edu.ec		zayas@uleam.edu.ec
Teléfono	0961883514		0961883514
Dirección	Son Pedro, c/09, 2122 2121		Calle Los Elefantes
Lugar y fecha:	Manabí 28 de Octubre del 2023		

B. DECLARACIÓN DE REVOCACIÓN 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 un momento, me doy de baja voluntariamente, implicando que los datos o muestras biológicas obtenidos del participante serán eliminados y no podrán utilizarse para ningún fin investigativo. Esta revocación no causará penalidad o impacto alguno en la atención en salud que por ley le corresponde al participante.	

Firma participante		Firma investigador	
Denominación	Primera participante/representante legal	Firma investigador	Primera Investigadora
Nombres completos			
Celular			
Carrera electrónica			
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 II. Formato de Carta de exención

Oficio circular No. 0243-CEISH-JMSZ-2026

Manta, 04 de mayo de 2026

Señoría,

Luis Zaya Zambrano Alvarado

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 Estética y Funcional en Paciente con Disminución de la Dimensión Vertical Oclusal (DVO),"** Codificado **"CEISH-Uleam 0612"** 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: Luis Zaya Zambrano Alvarado

Documentación de la investigación:

Nombre de Documentos	Número de páginas	Fecha
Solicitud de evaluación del estudio	1	04/05/2026
Curriculum vitae del investigador	1	04/05/2026
Declaración de responsabilidad del investigador principal de sí/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,



Juan Manuel Sierra Zambrano



Od. Juan Manuel Sierra Zambrano

Presidente CEISH-Uleam

Institución Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí

Teléfono: 0989693737

Correo electrónico: juan.sierra@uleam.edu.ec