

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ESTOMATOLOGÍA
REHABILITACIÓN ORAL**



TRABAJO ACADÉMICO

**REHABILITACIÓN INTEGRAL EN PACIENTE CON DESGASTE DENTAL
Y DIMENSIÓN VERTICAL ALTERADA UTILIZANDO TÉCNICAS
MÍNIMAMENTE INVASIVAS: REPORTE DE CASO**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD DE
ESTOMATOLOGÍA EN REHABILITACIÓN
ORAL**

PRESENTADO POR

C.D. LESLIE PAMELA SILVA ESTELA

ASESOR

Mg. C.D. ALÍ HERNÁN ECHAVARRÍA GÁLVEZ

LIMA – PERÚ

2025

**REHABILITACIÓN INTEGRAL EN PACIENTE CON DESGASTE DENTAL
Y DIMENSIÓN VERTICAL ALTERADA UTILIZANDO TÉCNICAS
MÍNIMAMENTE INVASIVAS: REPORTE DE CASO**

ASESOR

MG. C.D. ALÍ HERNÁN ECHAVARRÍA GÁLVEZ

ORCID: 0000-0003-0444-1586

TESISTA

C.D. LESLIE PAMELA SILVA ESTELA

ORCID: 0009-0007-8382-4935

ASESORES Y MIEMBROS DEL JURADO

ASESOR

MG. C.D. ALÍ HERNÁN ECHAVARRÍA GÁLVEZ

MIEMBROS DEL JURADO

PRESIDENTE

DR. WILBERT COSSIO BOLAÑOS

SECRETARIA

MG. ADA ROBLES MONTESINOS

VOCAL

MG. VANESSA NAVARRETE GALLARDO

DEDICATORIA

A mi papá en el cielo, por acompañarme
y bendecirme en cada paso.

A mi mamá, por su amor y cuidado infinitos.

A Juan, por ser mi inspiración y fortaleza.

AGRADECIMIENTO

Un agradecimiento especial a los doctores Israel Chávez Florián y Alí Hernán Echavarría Gálvez por compartir sus conocimientos, por la paciencia y amistad.

ÍNDICE

Pág

PORTADA.....	I
TÍTULO.....	II
ASESOR Y TESISISTA.....	III
ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO.....	IV
DEDICATORIA.....	V
AGRADECIMIENTO.....	VI
ÍNDICE.....	VII
INFORME ANTIPLAGIO.....	IX
RESUMEN.....	XI
ABSTRACT.....	XII
INTRODUCCIÓN.....	XIII
I. FICHA DE DATOS PERSONALES DEL PACIENTE.....	1
II. ANAMNESIS.....	1
III. MOTIVO DE CONSULTA.....	2
IV. ODONTOGRAMA.....	2
V. EVALUACIÓN CLÍNICA.....	3
VI. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO.....	4
VII. ELEMENTOS DE AYUDA DIAGNÓSTICA.....	4
VIII. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO.....	4

IX. PLAN DE TRATAMIENTO.....	5
X. REPORTE DE CASO.....	6
XI. DISCUSIÓN.....	11
XII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	13
BIBLIOGRAFÍA.....	15
ANEXOS.....	19



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SEGUNDAS ESPECIALIDADES DE ESTOMATOLOGIA
SAN BORJA

INFORME DE VERIFICACIÓN DE SOFTWARE ANTIPLAGIO

FECHA: 26 – 08 – 2025

NOMBRE DEL AUTOR (A) / ASESOR (A):

LESLIE PAMELA SILVA ESTELA / ALÍ HERNÁN ECHAVARRÍA GÁLVEZ

TIPO DE PROINVESTIGACIÓN:

- PROYECTO ()
- TRABAJO ACADEMICO (X)
- TESIS ()
- TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL ()
- ARTICULO ()
- OTROS ()

INFORMO SER PROPIETARIO (A) DE LA INVESTIGACIÓN VERIFICADA POR EL SOFTWARE ANTIPLAGIO TURNITIN, EL MISMO TIENE EL SIGUIENTE TÍTULO:

REHABILITACIÓN INTEGRAL EN PACIENTE CON DESGASTE DENTAL Y DIMENSIÓN VERTICAL ALTERADA UTILIZANDO TÉCNICAS MÍNIMAMENTE INVASIVAS: REPORTE DE CASO

CULMINADA LA VERIFICACIÓN SE OBTUVO EL SIGUIENTE PORCENTAJE: 9 %

Conformidad Autor:

Nombre: Leslie Pamela Silva Estela

DNI: 47570415

Huella:



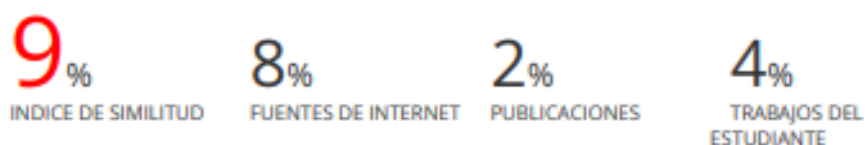
Conformidad Asesor:

Nombre: Alí Hernán Echavarría Gálvez

DNI: 43641814

REHABILITACIÓN INTEGRAL EN PACIENTE CON DESGASTE DENTAL Y DIMENSIÓN VERTICAL ALTERADA UTILIZANDO TÉCNICAS MÍNIMAMENTE INVASIVAS: REPORTE DE CASO

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Privada San Juan Bautista Trabajo del estudiante	1%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
3	repositorio.ulead.edu.ec Fuente de Internet	1%
4	repositorio.uwienner.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	Submitted to Universidad San Francisco de Quito Trabajo del estudiante	1%
6	es.wikipedia.org Fuente de Internet	1%
7	Submitted to Universidad Científica del Sur Trabajo del estudiante	1%
8	repositorio.ug.edu.ec Fuente de Internet	1%
9	repositorio.usmp.edu.pe Fuente de Internet	<1%
10	www.grafiati.com Fuente de Internet	<1%
11	ri-ng.uaq.mx Fuente de Internet	

RESUMEN

Introducción: El desgaste de la superficie dental representa un desafío clínico cada vez más frecuente en odontología contemporánea. La literatura ha documentado un incremento constante en su incidencia, afectando a pacientes con distintos grados de pérdida estructural. **Objetivo:** Este trabajo tiene como propósito analizar las opciones terapéuticas disponibles para el manejo del desgaste dental, destacando la importancia de un diagnóstico preciso y una planificación adecuada del tratamiento. **Metodología:** Se expone un caso clínico que ejemplifica un abordaje conservador en el tratamiento del desgaste dental. La intervención se orientó a preservar al máximo la estructura dentaria remanente, empleando procedimientos restauradores directos con resina compuesta. Este enfoque, complementado según las necesidades estéticas con carillas cerámicas, resultó adecuado incluso en presencia de desgaste avanzado. **Conclusiones:** Un diagnóstico certero y la elección oportuna del tratamiento son determinantes para evitar la progresión del desgaste dental que podría comprometer los resultados clínicos a largo plazo. Las restauraciones con resina compuesta representan una alternativa viable y efectiva para diversos grados de desgaste, mientras que las carillas cerámicas ofrecen una solución predecible en situaciones donde la estética anterior se ve afectada. Este caso demuestra que una intervención conservadora, práctica y mínimamente invasiva puede ofrecer resultados funcionales y estéticos satisfactorios en pacientes con desgaste dental.

ABSTRACT

Introduction: The wear of dental surfaces represents an increasingly common clinical challenge in contemporary dentistry. The literature has documented a steady rise in its incidence, affecting patients with varying degrees of structural loss. **Objective:** The purpose of this work is to analyze the therapeutic options available for the management of dental wear, highlighting the importance of accurate diagnosis and proper treatment planning. **Methodology:** A clinical case is presented that exemplifies a conservative approach to the treatment of dental wear. The intervention aimed to preserve as much of the remaining dental structure as possible by using direct composite resin restorations. This approach, complemented with ceramic veneers based on aesthetic needs, proved to be suitable even in cases of advanced wear. **Conclusions:** A precise diagnosis and timely treatment choice are crucial to prevent the progression of dental wear, which could compromise long-term clinical outcomes. Composite resin restorations represent a viable and effective alternative for various degrees of wear, while ceramic veneers offer a predictable solution in situations where the anterior aesthetics are affected. This case demonstrates that a conservative, practical, and minimally invasive approach can provide satisfactory functional and aesthetic results in patients with dental wear.

INTRODUCCIÓN

El desgaste dental es la pérdida del tejido duro debido a procesos no cariosos, a menudo referido como “erosión”, un término más preciso sería “desgaste dental erosivo” o simplemente “desgaste dental”, lo que implica que factores mecánicos como la abrasión también contribuyen al desgaste. La erosión y la atrición constituyen un problema común que afecta a personas de todas las edades. Este desgaste es causado por diversas condiciones patológicas que a menudo interactúan de manera negativa, como las parafunciones, las enfermedades erosivas y los hábitos funcionales. La erosión, en particular, está vinculada a una dieta desequilibrada que incluye el consumo excesivo de alimentos ácidos (como bebidas gaseosas, jugo de frutas y vinagre), así como a una producción ácida intrínseca anormal, siendo la bulimia nerviosa la situación más grave. En tales casos, la selección del tratamiento restaurador debe basarse en protocolos respaldados por evidencia científica.¹⁻⁵

La dimensión vertical oclusal (DVO) es de extrema relevancia porque debe ser dirigida por todo odontólogo al realizar tratamientos restauradores extensos. Los cambios verticales entre el maxilar y la mandíbula tienen consecuencias biomecánicas, biológicas, funcionales y estéticas. Aunque la literatura ha demostrado que es un procedimiento seguro al realizarse correctamente, podrían presentarse algunos problemas debido a que hay procedimientos irreversibles, complejidad del trabajo, influyendo también el aspecto financiero. El profesional debe tener una justificación clara para cambiar la DVO desde una perspectiva restauradora.⁵⁻⁸

Por otro lado la odontología adhesiva ha evolucionado mejorando las propiedades físicas, químicas y mecánicas de sus materiales, desde hace unos años hay un interés creciente en el uso de resinas compuestas como medio para controlar el desgaste de los dientes. A diferencia del enfoque tradicional más invasivo, este enfoque ofrece una opción de rehabilitación oral

más conservadora que preserve la estructura dental existente. Sin embargo, falta evidencia sobre los resultados a largo plazo de los diferentes métodos de manejo del desgaste dental, siendo las restauraciones compuestas una de las principales.⁹⁻¹⁵

Finalmente podemos decir que el desgaste puede ser consecuencia de múltiples causas, por lo que la recomposición del sistema estomatognático es fundamental para disminuir la tasa de deterioro y posteriormente aumentar la tasa de éxito y longevidad de las restauraciones utilizando técnicas adhesivas y mínimamente invasivas. Para ello debemos evaluar ciertos parámetros, como son: la dimensión vertical oclusal, la relación céntrica y la relación entre los dientes anteriores.¹⁶⁻¹⁸

El propósito de este reporte de caso fue describir la rehabilitación oral integral de un paciente con desgaste dental moderado y pérdida de la dimensión oclusal utilizando métodos convencionales y adhesivos.

I. FICHA DE DATOS PERSONALES

Nombre del paciente: W.R.E.C

Historia clínica: 1000111546

Fecha de nacimiento: 21/09/1955

Edad: 68 años

Sexo: Masculino

Etnia: Mestiza

Domicilio: Rimac

Procedencia: Lima

Grado de instrucción: Superior incompleta

II. ANAMNESIS

2.1 ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente de sexo masculino de 68 años de edad, con antecedente sistémico de hipertensión arterial controlada hace 2 años, refiere que ha visitado al odontólogo hace un mes, se cepilla los dientes 3 veces al día. Tiene dificultad para masticar y considera regular el estado de salud bucal de su familia.

2.2 EXAMEN CLÍNICO GENERAL

Facies no característica, colaborador y receptivo, pesa 75Kg. y mide 1.75 m, temperatura 36.5°, no presenta lesiones en piel y anexos, funciones vitales estables.

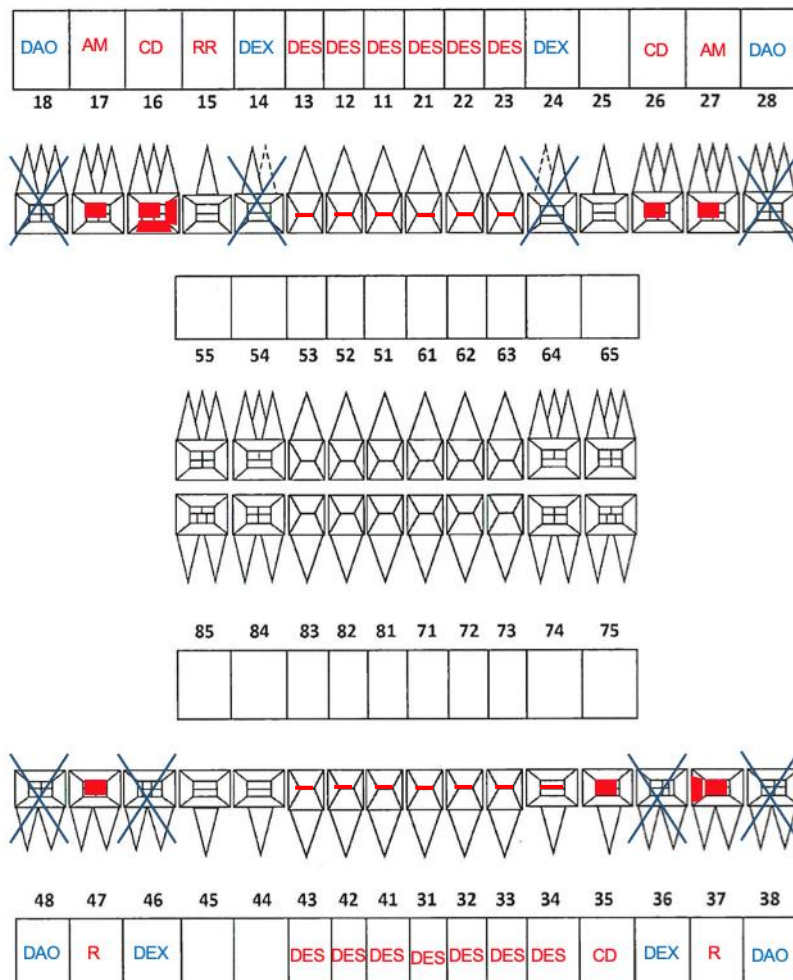
2.3 EXAMEN CLÍNICO ESTOMATOLÓGICO

Paciente dolicocefalo, dolicofacial, simetría facial conservada, musculatura tónica, perfil A-P recto, perfil vertical hipodivergente, fonación y deglución sin alteraciones, ATM conservada, ganglios no palpables.

III. MOTIVO DE CONSULTA

“Quiero mejorar el estado de mis dientes”

IV. ODONTOGRAMA



V. EVALUACIÓN CLÍNICA

5.1 EXAMEN INTRAORAL

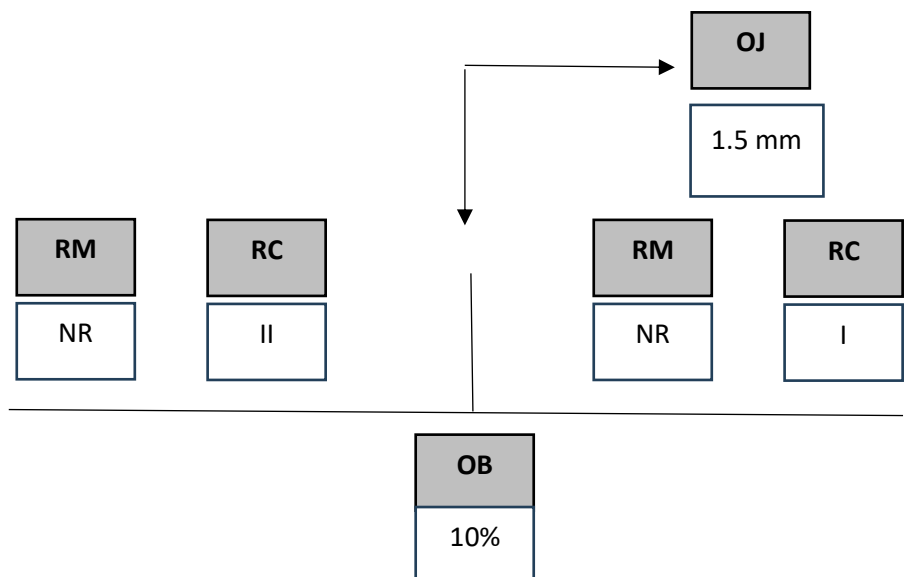
5.1.1 TEJIDOS BLANDOS

Paciente presenta frenillo lingual corto, bóveda palatina profunda, labios, vestíbulo, orofaringe y lengua sin alteraciones. Muestra recesiones gingivales en ambos maxilares.

5.1.2 TEJIDOS DUROS

No registra anomalías dentarias de forma, color ni tamaño, arco superior e inferior ovoides y desalineados, dientes fracturados y restauraciones en mal estado.

5.1.3 OCLUSIÓN



VI. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

K02.1: Caries de la dentina

K03.0: Atrición de los dientes

K03.2: Erosión de los dientes

K08.1: Pérdida de dientes debido a accidente, extracción o enfermedad periodontal

VII. ELEMENTOS DE AYUDA DIAGNÓSTICA

Las herramientas utilizadas en este trabajo fueron, la secuencia fotográfica extra e intra oral, control radiográfico inicial con una radiografía panorámica y radiografías periapicales, registro de mordida en relación céntrica, modelos de yeso montados en articulador semiajustable, diseño de sonrisa digital y por último el encerado del caso que será importante para establecer conjuntamente un diagnóstico definitivo adecuado y ejecutar un plan de tratamiento ideal según las necesidades del paciente.

VIII. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Paciente de sexo femenino de 59 años de edad en ABEG, ABEN, ABEH y LOTEPE.

K02.1: Caries de la dentina

K03.0: Atrición de los dientes

K03.2: Erosión de los dientes

K08.1: Pérdida de dientes debido a accidente, extracción o enfermedad periodontal.

K08.3: Raíz dental retenida

8.1 Diagnóstico Oclusal:

8.1.1 Desorden funcional oclusal

- Edéntulo parcial superior
- Alteración de guía anterior
- Alteración de guía canina
- Alteración de plano oclusal
- Pérdida de estabilidad oclusal
- Interferencia oclusales:
 - Vertical: Contacto prematuro diente 27 con 37
 - Maxilar superior: Clase III modificación 2

IX. PLAN DE TRATAMIENTO

La rehabilitación integral se llevó a cabo de forma ordenada, se tomaron fotos y registros para diseñar la sonrisa, lo que sirvió para realizar un encerado del caso. Con esto, se hicieron algunas pruebas preoperatorias y se pudo determinar si se necesitaría un tratamiento multidisciplinario (periodoncia, endodoncia, implantes, etc.). Una vez aprobados, se comenzó a trabajar por sectores para garantizar la adaptación del paciente y el éxito del tratamiento.

El diagnóstico, el control de enfermedades y la prevención fueron los pilares del éxito del tratamiento restaurador definitivo del desgaste patológico de los dientes. El tratamiento estuvo centrado en el paciente, basado en la evidencia y buscó minimizar la carga restaurativa a lo largo de la vida. La complejidad del tratamiento restaurador definitivo se ilustró en relación con los factores clínicos clave. Fue muy importante que el tratamiento restaurador definitivo solo se considerara después de la fase de control de la enfermedad, cuando se habían identificado, modificado y/o eliminado los factores de riesgo relacionados con el paciente y los hábitos asociados con la etiología del desgaste dental y el éxito del tratamiento.⁴

X. REPORTE DE CASO

Este informe de caso sigue las directrices *case report guidelines* (CARE). Un paciente de sexo masculino de 68 años de edad, acudió a la Clínica de Rehabilitación Oral de la Universidad Privada San Juan Bautista preocupado por la apariencia de sus dientes. El paciente refirió como antecedente médico padecer de Hipertensión Arterial (HTA) siendo medicado con Enalapril de 200mg 1 vez al día. Además, mencionó que consumía zumo de limón diariamente y se dedicaba al rubro textil hace más de 30 años utilizando los dientes como herramientas de trabajo para cortar hilos, etiquetas, etc. El paciente otorgó su consentimiento informado por escrito antes de iniciar el procedimiento. (Figura 1 y 2)

En el examen clínico extraoral el paciente presentó labios competentes, una línea media desviada aproximadamente 5mm hacia la derecha, ausencia de dolor en la articulación temporo mandibular (ATM) y una relación antero posterior de clase II con disminución de la dimensión vertical por pérdida de dientes desde temprana edad. (Figura 3), la radiografía panorámica se muestra en la (Figura 4).

Los dientes presentaban una apariencia lisa, brillante y vidriada, con pérdida significativa del esmalte en donde se podía distinguir un color amarillo de la dentina subyacente. Estos signos fueron indicativos de un desgaste dental, siendo las superficies palatinas, incisales y vestibulares de los dientes anteriores las más afectadas. Varios dientes posteriores tenían restauraciones defectuosas de amalgama y resina. (Figura 5)

El paciente fue diagnosticado con desgaste dental por erosión ácida (BEWE 3). Los factores de riesgo son multifactoriales debido al consumo de zumo de limón, así como la parafunción (bruxismo)

relacionada con el estrés.¹⁸ Se le explicó detalladamente al paciente de los factores de riesgo y sus posibles consecuencias.

Se le recomendó la suspensión de ingesta de zumo de limón y el uso de los dientes como herramienta de trabajo. Se le controló durante un mes, después de este periodo el paciente expresó su deseo de continuar con el tratamiento, buscando una atención accesible debido a la falta de seguro de salud y la imposibilidad de costear los gastos de manera particular.

Se trabajó una técnica combinada con composite y cerámica. Se tomaron impresiones con alginato y registro con arco facial. Los modelos se montaron en un articulador semiajustable (A7 Plus®, Bioart, Sao Paulo, Brasil) en relación céntrica. Se encontró un punto prematuro de contacto de 7mm, por lo que antes de iniciar la rehabilitación se realizó un ajuste oclusal. Se hizo un encerado de diagnóstico para dar la anatomía adecuada de los dientes superiores en inferiores. Se planificó un aumento de la dimensión vertical de 1.5mm para ganar espacio horizontal y vertical, el primer sextante a restaurar fue el antero inferior, luego el antero superior, seguido de los posteriores superiores y posteriores inferiores. Esta planificación siguió la recomendación del tratamiento rehabilitador estético oclusal (A.R.T), que sugiere establecer primero la guía anterior, considerando los incisivos inferiores como cúspides de soporte y las superficies palatinas de los dientes anteriores superiores como cúspides guía.¹²

El tratamiento inició con el Sector I (anteroinferior) se trabajó bajo aislamiento absoluto con dique de goma (Nic – tone®, Bucharest, Rumania), se realizaron carillas de resina compuesta utilizando una técnica anatómica directa, se usaron discos (Sof-lex XT®, 3M,USA) para la conformación del área a trabajar , luego se utilizó un hidro

arenador con óxido de aluminio de 50 micras para maximizar la adhesión, se realizó el grabado del esmalte con ácido fosfórico al 37% (Condac®, FGM, Joinville, SC, Brasil) durante 20 segundos, se enjuagó con abundante agua por 40 segundos y se secó la superficie con aire suavemente. Se aplicó adhesivo (Single Bond Universal® 3M, Saint Paul, USA) según las recomendaciones del fabricante, frotándolo durante 20 segundos con un *microbrush*, secándolo al aire durante 5 segundos y se polimerizó con la lámpara (Elipar Deep Cure® 3M, Saint Paul, USA) por 20 segundos, se utilizó una matriz de silicona de laboratorio Zetalabor® (Zhermack, Rovigo, Italia) para proceder con los incrementos de resina, se utilizó resina compuesta body A1 (Filtek Z350® 3M, Saint Paul, USA). Al finalizar se realizó un pulido primario utilizando discos (Soflex XT®, 3M, USA), *astrobrush* y cauchos para resina. (Figura 6)

Para el sector II, que consistió en la recomposición de las caras palatinas de los dientes antero superiores se realizaron carillas de resina de compuesta body A1 (Filtek Z350® 3M, Saint Paul, USA), utilizando una matriz de silicona transparente (Elite Glass® Zhermack, Rovigo, Italia), se arenaron las superficies con el hidroarenador y se acondicionó tanto las carillas como el sustrato utilizando ácido fosfórico al 37% (Condac®, FGM, Joinville, SC, Brasil) durante 20 segundos y se enjuagó con abundante agua por 40 segundos, a las carillas palatinas se les aplicó silano (Prosil, FGM, Joinville, SC, Brasil) para garantizar la adhesión, se aplicó adhesivo (Single Bond Universal® 3M, Saint Paul, USA) frotándolo por 20 segundos, se cementaron bajo aislamiento absoluto utilizando clamps brinker B4 (Hygenic®, Coltene, Vaduz, Liechtenstein) y el material elegido para la cementación fue resina termomodificada UD2 (ENA HRi®, Micerium, Avegno, Italia), se polimerizó por 20 segundos utilizando una lámpara (Elipar Deep

Cure® 3M, Saint Paul, USA), se retiraron los excesos del cemento con la ayuda de un instrumento en hoz LM ART excess (Style Italiano®, Pargas, Finlandia), se retiró el aislamiento absoluto y ajustó la oclusión con la ayuda de un papel de articular de 12 micras (Crosstex®, California, USA), finalmente se pulieron las superficies con escobillas y cauchos para resina. (Figura 7)

El esquema oclusal se creó utilizando una oclusión mutuamente protegida con guía canina, se informó al paciente de posibles problemas transitorios, incluyendo dificultad para hablar y comer. Se le aseguró que la adaptación suele ser rápida, aproximadamente entre 2 o 3 semanas.

Para el sector III (postero superior) se hizo la interconsulta con la especialidad de endodoncia, pero por el alto compromiso pulpar, el pronóstico fue malo, por decisión y bajo presupuesto del paciente se decidió extraer el remanente radicular 15 y los dientes 16 y 26. Se realizaron restauraciones directas con resina compuesta en los dientes 17 y 27, bajo aislamiento absoluto, se retiraron las amalgamas con una fresa diamantada redonda azul y se conformó un bisel con fresa diamantada pimpollo roja, se preparó el sustrato bajo grabado selectivo del esmalte utilizando ácido fosfórico al 37% (Condac®, FGM, Joinville, SC, Brasil) por 15 segundos, se enjuagó con agua por el doble de tiempo, se secó la cavidad con bolitas de algodón y se utilizó adhesivo (Single Bond Universal® 3M, Saint Paul, USA), se polimerizó con la lámpara (Elipar Deep Cure® 3M, Saint Paul, USA) por 20 segundos, se utilizó en la base resina fluida A2 (Filtek Z350® 3M, Saint Paul, USA), dentina UD2 (ENA HRi®, Micerium, Avegno, Italia) y se utilizó la técnica por incrementos de esmalte A2 (Palfique®, Tokuyama, Tokio, Japón). Se retiró el aislamiento absoluto y ajustó la oclusión con la ayuda de un papel de articular de 12 micras (Crosstex®, California, USA), finalmente

se pulieron las superficies con escobillas y cauchos para resina. (Figura 8). Las zonas edéntulas se reemplazaron con una prótesis parcial removible provisional.

El sector IV (postero inferior) se rehabilitó de la misma forma, con resinas compuestas directas, utilizando aislamiento absoluto y bajo técnicas mínimamente invasivas, siendo la única implicancia que al retirar el material anterior encontramos una grieta (crack) para lo cual se utilizó una resina compuesta de fibra de vidrio (Ever X posterior® GC, Lovaina, Bélgica). (Figura 9)

En el sector estético vestibular (Sector V), se preparó para carillas de disilicato de litio con una secuencia de fresas diamantadas y discos (Sof-lex XT®, 3M, USA), se tomaron impresiones con silicona de adición (Elite HD®, Zhermack, Rovigo, Italia) en dos pasos, se cementaron bajo aislamiento absoluto utilizando clamps brinker B4 (Hygenic®, Coltene, Vaduz, Liechtenstein), las carillas se acondicionaron con ácido fluorhídrico al 10% (Condac porcelana®, FGM, Joinville, SC, Brasil por 20 segundos, se enjuagó y se colocó ácido fosfórico al 37% (Condac®, FGM, Joinville, SC, Brasil) por 20 segundos, se enjuagó por el doble de tiempo y se aplicó silano (Prosil, FGM, Joinville, SC, Brasil), se esperó unos minutos a que evapore y se aplicó el paso 2 de Opti Bond FL (Kerr), el sustrato se acondicionó con grabado total con ácido fosfórico al 37% por 15 segundos, se enjuagó con abundante agua por el doble de tiempo, se aplicó silano sobre las áreas que tienen resina, se aplicó el paso 1 (primer) frotándolo por 20 segundos y seguidamente el paso 2 (adhesivo), el material elegido para la cementación fue resina termomodificada ENA Hri UD2 (Micerium, Italia), se polimerizó por 20 segundos utilizando una lámpara LED VALO (Ultradent), se retiraron los excesos del cemento con la ayuda de un instrumento en hoz LM ART excess (Style Italiano®,

Pargas, Finlandia), se retiró el aislamiento absoluto y ajustó la oclusión con la ayuda de un papel de articular de 12 micras, finalmente se pulieron las superficies con escobillas y cauchos para disilicato de litio. (Figura 10)

Finalmente se realizaron preparaciones bioestáticas en los dientes pilares y se tomó impresión con silicona por adición (Elite HD®, Zhermack, Rovigo, Italia) para la confección de una prótesis parcial removible en el maxilar superior. Una vez concluidas las pruebas de laboratorio se procedió con la adaptación e instalación de la prótesis.

El paciente quedó satisfecho con el tratamiento, se le hicieron algunas acotaciones, como que deberá acudir cada 6 meses para sus controles, los cuales coinciden con las fechas establecidas para el destartraje y profilaxis. (Figura 11 y 12)

XI. DISCUSIÓN

La pérdida gradual del esmalte dental es una condición biológica causada por el proceso de envejecimiento. Sin embargo, el desgaste temprano de este tejido se debe a una combinación de factores, como la fricción (atrición), el estrés oclusal (abfracción) y la biocorrosión (erosión), siendo este último el factor más predominante en este proceso.¹⁹ La acción de las bebidas ácidas, el reflujo gastroesofágico, la bulimia, los medicamentos, las drogas y la disminución del flujo salival contribuyen a la progresión de estas lesiones.²⁰

El desgaste dental puede afectar la percepción de la vida diaria de un individuo y debe considerarse cuidadosamente. Además, se reporta una mayor incidencia de desgaste en poblaciones jóvenes, lo que podría representar un problema emergente para las

generaciones futuras.²¹ Independientemente del problema epidemiológico e incluso de los factores etiológicos, a nivel individual, el desgaste dental puede volverse severo y en muchas situaciones clínicas, se debe considerar un tratamiento restaurador, el desgaste dental severo puede provocar la pérdida de la dimensión vertical de la oclusión, aumentar la sensibilidad dental, reducir la calidad de vida vinculada a la salud bucal y generar problemas estéticos.¹

Algunos autores sugieren que los procedimientos restauradores se pospongan siempre que sea posible. Sin embargo, cuando se realicen este tipo de procedimientos, deben ser mínimamente invasivos para reducir el dolor, restaurar la función y devolver la estética de mutuo acuerdo con el paciente.²²

El tratamiento del desgaste dental no es un enfoque sencillo, la planificación debe realizarse cuidadosamente, incluyendo: fotografías, toma de modelos, montaje en articulador semiajustable y encerado de planificación. Estos procedimientos se pueden realizar de forma analógica o digital.²⁰

En este caso se sugirió el uso combinado de resinas compuestas y cerámicas; el progreso en la formulación de la resina ha permitido su utilización en diversas situaciones clínicas. Diversos estudios han mostrado que las resinas microhíbridas son adecuadas para dientes con desgaste.²³ Este material no requiere ninguna preparación dental, incluso cuando el sustrato está deteriorado. Distribuye de manera más eficiente el estrés y no se fractura prematuramente, siempre que esté correctamente adherido y/o cementado.²⁴

Por otro lado, los avances en los materiales dentales han convertido a la cerámica en una opción atractiva para los procedimientos de restauración estética indirecta, particularmente en forma de carillas. Las cerámicas destacan por su resistencia a la compresión, suavidad superficial, resistencia a la abrasión, brillo y su capacidad para acumular menos placa.²⁵

Este reporte de caso, se realizó bajo un enfoque aditivo, restaurando la superficie dental perdida con restauraciones compuestas y cerámicas, aumentando la dimensión vertical, evitando así la necesidad de una rehabilitación oclusal compleja y minimizando el costo biológico.

XII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Este reporte de caso documenta la naturaleza multifactorial del desgaste dental con varios factores de riesgo. Es esencial realizar una historia clínica minuciosa para identificar todos los factores, seguida de una explicación clara e inequívoca de las condiciones y/o hábitos perjudiciales que existen. Es preferible un cambio de estilo de vida con cambio de hábitos o dieta erosiva antes del proceso restaurador, pero esto no siempre se puede lograr. En algunos casos, el avance del tratamiento y la mejora de la apariencia motivarán al paciente a dejar de hacerlo.

La técnica del tratamiento requiere entrenamiento y atención en todas las etapas de la ejecución. Además, es necesario realizar un seguimiento de los pacientes programando citas periódicas de mantenimiento (pulido, revisión de los contactos oclusales y constatación de los movimientos excursivos), para aumentar la longevidad de esta rehabilitación dental.

El paciente quedó encantado con la mejora funcional y estética, además valoró que se hayan respetado sus expectativas y bajo costo del tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mesko ME, Sarkis-Onofre R, Cenci MS, Opdam NJ, Loomans B, Pereira-Cenci T. Rehabilitation of severely worn teeth: A systematic review. *J Dent.* 2016 May; 48:9-15. DOI: 10.1016/j.jdent.2016.03.003
2. Loomans B, Opdam N. A guide to managing tooth wear: the Radboud philosophy. *Br Dent J.* 2018 Mar 9;224(5):348-356. DOI: 10.1038/sj.bdj.2018.164
3. Dietschi D, Saratti CM. Interceptive treatment of tooth wear: a revised protocol for the full molding technique. *Int J Esthet Dent.* 2020;15(3):264-286. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32760923/>
4. Calvert G, Cocozza PG, Elsayed Ahmed K. Clinical factors to consider in definitive treatment planning for patients with tooth wear. *Br Dent J.* 2023 Mar;234(6):375-384. doi: 10.1038/s41415-023-5618-y. Epub 2023 Mar 24. PMID: 36964358. DOI: 10.1038/s41415-023-5618-y
5. Calamita M, Coachman C, Sesma N, Kois J. Occlusal vertical dimension: treatment planning decisions and management considerations. *Int J Esthet Dent.* 2019;14(2):166-181. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31061997/>
6. Caga D, Lewis N. Treatment of Tooth Wear Associated with Reduced Occlusal Vertical Dimension Using Direct Composite Restorations and a Removable Prosthesis. *Prim Dent J.* Marzo de 2021;10(1):120-5. DOI: 10.1177/2050168420980978
7. Mehta SB, Bronkhorst EM, Lima VP, Crins L, Bronkhorst H, Opdam NJM, et al. The effect of pre-treatment levels of tooth wear and the applied increase in the vertical dimension of occlusion (VDO) on the survival of direct resin composite restorations. *J Dent.* Agosto de 2021; 111:103712. DOI: 10.1016/j.jdent.2021.103712

8. Kattadiyil MT, Alzaid AA, Campbell SD. The Relationship Between Centric Occlusion and The Maximal Intercuspal Position and Their Use as Treatment Positions for Complete Mouth Rehabilitation: Best Evidence Consensus Statement. *J Prosthodont Off J Am Coll Prosthodont*. Abril de 2021;30(S1):26-33. DOI: 10.1111/jopr.13316
9. Ahmed KE, Murbay S. Survival rates of anterior composites in managing tooth wear: systematic review. *J Oral Rehabil*. 2016 Feb;43(2):145-53. DOI: 10.1111/joor.12360
10. Aminian A, Leven AJ, Ashley MP. Indications for the use of direct composite restorations in the management of tooth wear. *Br Dent J*. marzo de 2023;234(6):395-9. DOI: 10.1038/s41415-023-5676-1
11. Blasi Beriain M, Rocca GT, Franchini L, Dietschi D, Saratti CM. Rehabilitation of Worn Dentition with Direct Resin Composite Restorations: A Case Report. *Dent J*. 23 de marzo de 2022;10(4):51. DOI: 10.3390/dj10040051
12. Borgia E, Baron R, Borgia JL. Quality and Survival of Direct Light-Activated Composite Resin Restorations in Posterior Teeth: A 5- to 20-Year Retrospective Longitudinal Study. *J Prosthodont Off J Am Coll Prosthodont*. Enero de 2019;28(1):195-203. DOI: 10.1111/jopr.12630
13. Hidalgo-Lostaunau RC. Tratamiento Rehabilitador Estético-Oclusal con Resinas Compuestas en una Paciente con Mordida Profunda y Desgaste Severo. *Int J Odontostomatol*;14(1):73-80. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2020000100073>
14. Sadr A, Bakhtiari B, Hayashi J, Luong MN, Chen YW, Chyz G, et al. Effects of fiber reinforcement on adaptation and bond strength of a bulk-fill composite in deep preparations. *Dent Mater Off Publ Acad Dent Mater*. Abril de 2020;36(4):527-34. DOI: 10.1016/j.dental.2020.01.007
15. Bartlett D, O'Toole S. Tooth wear and aging. *Aust Dent J*. Junio de 2019;64 Suppl 1: S59-62. DOI: 10.1111/adj.12681

16. Bacherini L, Fradeani M. Minimally Invasive Prosthetic Procedures: Clasification and Clinical Cases. Quintessence Publishing. 2015; 17- 36. DOI: 10.11607/prd.5742
17. Kalaykova SI, Sterenborg BMM, Loomans BAC, Huysmans MCDNJM. Impact of restorative treatment of tooth wear upon masticatory performance. J Dent. septiembre de 2019;88:103159. DOI: 10.1016/j.jdent.2019.06.006
18. Hardy RS, Bonsor SJ. The efficacy of occlusal splints in the treatment of bruxism: A systematic review. J Dent. 2021 May;108:103621. doi: 10.1016/j.jdent.2021.103621. Epub 2021 Feb 27. PMID: 33652054. DOI: 10.1016/j.jdent.2021.103621
19. Peumans M, Politano G, Van Meerbeek B. Treatment of noncarious cervical lesions: when, why, and how. Int J Esthet Dent. 2020;15(1):16-42. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31994534/>
20. Lippert VF, Andrade JP, Spohr AM, Kunrath MF. Complete oral rehabilitation with direct and indirect composite resins: a minimally invasive approach on severely compromised teeth. Quintessence Int. 2022 Oct 21;53(10):824-831. DOI: 10.3290/j.qi.b3315033
21. Al-Omiri MK, Lamey PJ, Clifford T. Impact of tooth wear on daily living. Int J Prosthodont. 2006; 19(6): 601-5. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17165300/>
22. Loomans B, Opdam N, Attin T, Bartlett D, Edelhoff D, Frankenberger R, Benic G, Ramseyer S, Wetselaar P, Sterenborg B, Hickel R, Pallesen U, Mehta S, Banerji S, Lussi A, Wilson N. Severe Tooth Wear: European Consensus Statement on Management Guidelines. J Adhes Dent. 2017;19(2):111-119. DOI: 10.3290/j.jad.a38102
23. Hidalgo-Lostaunau RC. Clinical Performance of Adhesive Restorations with Composite Resin in Cases of Patients with Severe Wear and Increase in Vertical Dimension: Systematic Literature Review. Int J Odontostomat. el 8 de septiembre de

2023;17:298–304. DOI:10.13140/RG.2.2.36678.65609

24. Milosevic A. Clinical guidance and an evidence-based approach for restoration of worn dentition by direct composite resin. *Br Dent J.* 2018 Mar 9;224(5):301-310. DOI: 10.1038/sj.bdj.2018.168
25. Soares PV, Spini PH, Carvalho VF, Souza PG, Gonzaga RC, Tolentino AB, Machado AC. Esthetic rehabilitation with laminated ceramic veneers reinforced by lithium disilicate. *Quintessence Int.* 2014 Feb;45(2):129-33. DOI: 10.3290/j.qi.a31009

ANEXOS

	HISTORIA CLÍNICA INTEGRAL DEL ADULTO	Código:	EST-FR-104
	FORMATO	Versión:	1.0
		Documento de Aprobación:	ACTA 01-2023
		Fecha de Aprobación:	21/03/2023
		Nº página:	13 de 18

16.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

16.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: 11 de octubre del 2023

Yo, [Redacted] con DNI /Carnet de Extranjería/ Pasaporte N° 06054931 declaro haber sido informado(a) de las actividades de docencia que se realizarán durante mi atención Estomatológica y habiendo sido resueltas todas mis dudas e inquietudes y preguntas al respecto, consciente de mis actos y derechos, en forma voluntaria, en cumplimiento al artículo N° 119 del Decreto Supremo 013-2006-SA; Si No doy mi consentimiento para que el estudiante de la Facultad de Ciencias de la Salud: Leslie Pamela Silva Estela con D.N.I. 43530418 participe durante mi atención con el docente Cirujano Dentista Israel Chávez Florian con DNI 0983216 con número de registro profesional del Colegio Odontológico del Perú COP N.º 13614...

El diagnóstico que se me ha dado es: (código CIE) K02.1 / K08.1

El tratamiento será realizado en el área de Posgrado, especialidad de: Rehabilitación Oral y/o Pregrado, Clínica Integral del Adulto y/o que consistirá en: Tratamiento integral de mi boca.

Los beneficios del procedimiento son: eliminar posibles focos infecciosos y devolver función estética

y mi negación al tratamiento traerían consecuencias tales como: Posible avance de las lesiones cariosas ocasionando dolor y molestias al hacer sus actividades diarias

Existen riesgos que pueden surgir en el curso del tratamiento, tales como: No existe ningún riesgo

Las inasistencias injustificadas a tres citas consecutivas alargan y ponen en riesgo el éxito del tratamiento, así mismo se considerará como ABANDONO DE TRATAMIENTO. Por lo tanto, me someteré a nueva evaluación

Figura 1: Fotografía del consentimiento informado

	HISTORIA CLÍNICA INTEGRAL DEL ADULTO	Código:	EST-FR-15
		Versión:	1.0
		Documento de	ACTA 01-2023
		Aprobación:	21/03/2023
		Fecha de Aprobación:	14 de 18
FORMATO		Nº página:	

diagnostica, plan de tratamiento y nuevo presupuesto asumiendo el 100%. La Clínica Estomatológica Docente Asistencial – Aula de Atención Estomatológica Multifuncional, se reserva el derecho de continuidad de mi tratamiento.

También se me ha sido informado que pueden existir complicaciones producto de los procedimientos clínicos realizados propios de la naturaleza del tratamiento como, por ejemplo:

..... No existe riesgo

también, se me ha explicado que al padecer de.....

las posibles complicaciones que podrían presentarse durante el tratamiento serían:

..... No hay riesgo de complicaciones

La omisión a la información relevante en cuanto a mi salud general y/o enfermedad sistémica que pueda influenciar en mi atención odontológica, deslinda de cualquier responsabilidad de la atención Clínica Docente Asistencial / Aula de Atención Estomatológica Multifuncional.

He sido informado(a) que, durante mi tratamiento, se tomará registros audiovisuales para la planificación de mi tratamiento y evolución del mismo.

Autorizo la difusión de registros audiovisuales de mi tratamiento con fines académicos, revistas, artículos de ámbito clínico y/o científicos manteniendo la reserva de mi identidad. Existe la posibilidad de revocar este consentimiento en cualquier momento del tratamiento, y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse.

Así mismo se me ha informado que el plan de tratamiento y el presupuesto puede ser modificado por complicaciones clínicas propias del tratamiento y/o de mi estado buco-dental.

Me comprometo a seguir todas las indicaciones y recomendaciones que se realicen durante mi tratamiento que por este medio **Acepto**.

Habiéndose aclarado dudas y preguntas sobre los procedimientos, **AUTORIZO** a iniciar lo mencionado.

 Firma y huella digital del paciente o representante legal D.N.I. <u>00054931</u>		 Firma y sello del profesional de salud que informa y toma el consentimiento. D.N.I. <u>47530415</u> COP N°: <u>42248</u>
--	---	---

REVOCATORIA / DESAUTORIZACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Fecha:..... de

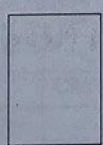
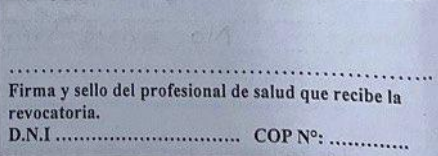
 Firma y huella digital del paciente o representante legal D.N.I.	 Firma y sello del profesional de salud que recibe la revocatoria. D.N.I. COP N°:
---	--

Figura 2: Fotografía del consentimiento informado



Figura 3: Fotografías extraorales iniciales del paciente



Figura 4: Radiografía panorámica



Figura 5: Fotografías intraorales iniciales



Figura 6: Abordaje del sector I



Figura 7: Abordaje del sector II (palatino) con carillas indirectas de resina compuesta

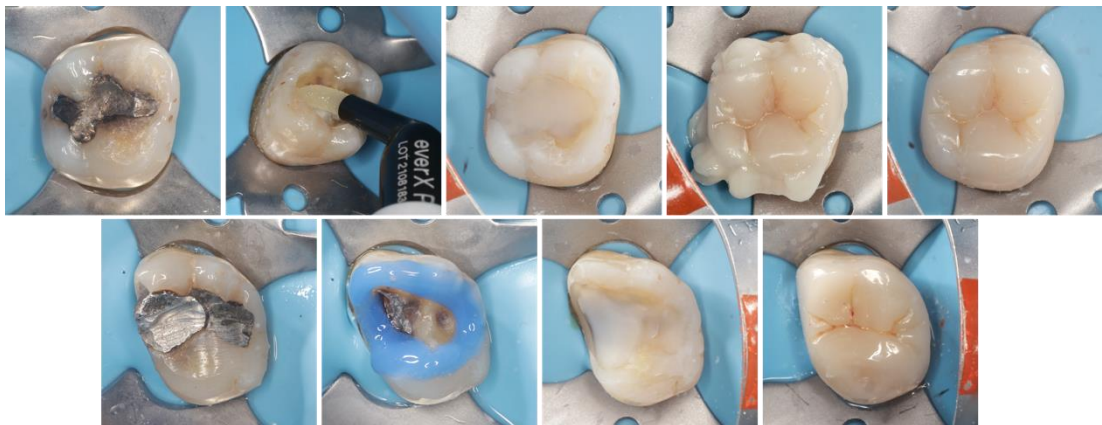


Figura 8: Abordaje del sector III con restauraciones parciales indirectas con refuerzo de fibra de vidrio

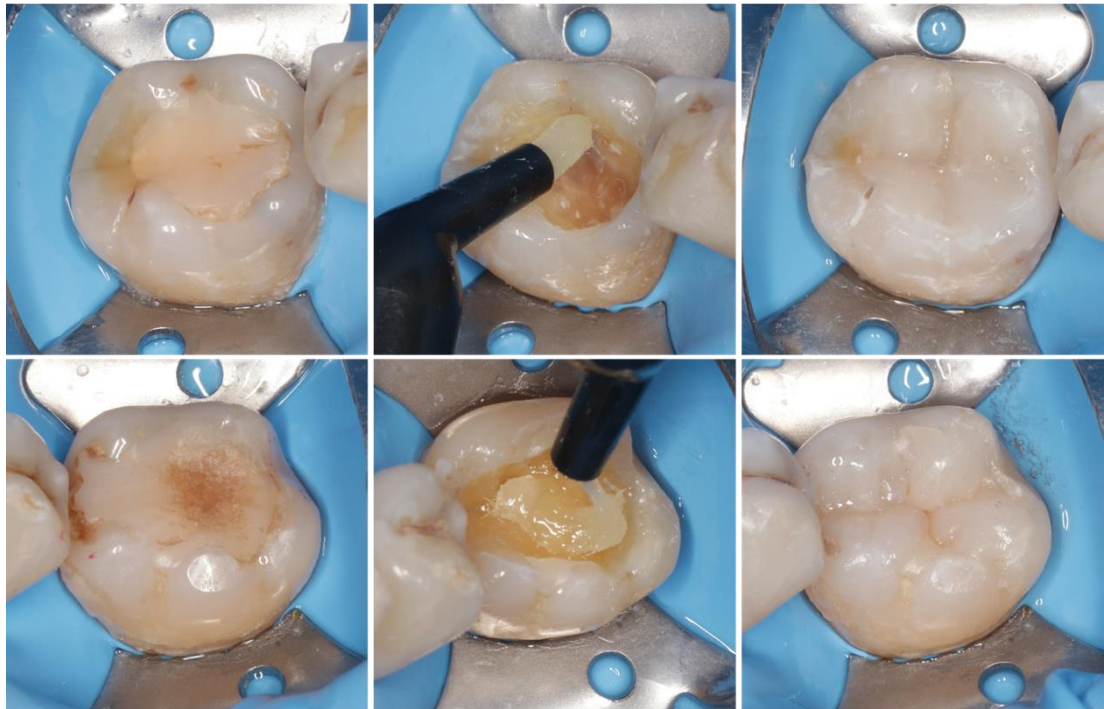


Figura 9: Abordaje del sector IV con restauraciones directas de resina compuesta y refuerzo de fibra de vidrio



Figura 10: Abordaje del sector II (vestibular) con carillas de disilicato de litio



Figura 11: Fotografías intraorales finales



Figura 12: Fotografías extraorales finales