



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE POSGRADO

Especialización en Rehabilitación Oral y Prótesis Implanto

Asistida

**REHABILITACIÓN ORAL TOTAL, DE MÍNIMA
INTERVENCIÓN EN PACIENTE CON PSEUDO CLASE**

III. REPORTE DE CASO.

**INFORME DE INVESTIGACIÓN PREVIO OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN ORAL Y
PRÓTESIS IMPLANTOASISTIDA**

AUTOR: OD. DANIEL FABIAN AVILES BELTRAN

DIRECTOR: OD. BOLÍVAR ANDRES DELGADO GAETE, ESP.

CUENCA – ECUADOR

2025

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE POSGRADO

Especialización en Rehabilitación Oral y Prótesis Implanto

Asistida

REHABILITACIÓN ORAL TOTAL, DE MÍNIMA INTERVENCIÓN EN
PACIENTE CON PSEUDO CLASE III. REPORTE DE CASO.

**INFORME DE INVESTIGACIÓN PREVIO OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN ORAL Y
PRÓTESIS IMPLANTOASISTIDA**

AUTORES: OD. DANIEL FABIAN AVILES BELTRAN.

DIRECTOR: OD. BOLÍVAR ANDRES DELGADO GAETE.

CUENCA - ECUADOR

2025

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

Certificado del Asesor

Se certifica que:

El informe de investigación Rehabilitación oral total, de mínima intervención en paciente pseudo clase III. Reporte de caso, de autoría del Sr./a Daniel Fabian Avilés Beltrán con número de identidad 0104230016, con nacionalidad ecuatoriana, previo a la obtención del Título de Cuarto Nivel o Posgrado correspondiente a la especialidad Rehabilitación oral y prótesis implanto asistida cumple con la caracterización y estructura (parte protocolaria y parte expositiva) y se sujeta a la normativa pertinente exigida por el Consejo de Educación Superior, CES y la Universidad Católica de Cuenca, en consecuencia se autoriza su presentación para los tramites pertinentes.

Santa Ana de los Ríos de Cuenca

Fecha



Firmado electrónicamente por:
**BOLIVAR ANDRES
DELGADO GAETE**

Asesor Científico

Asesor Metodológico

Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

Daniel Fabian Avilés Beltrán portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0104230016**. Declaro ser el autor de la obra: Rehabilitación oral total, de mínima intervención en paciente pseudo clase III. Reporte de caso, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, 9 de enero del 2025.

F:  Firmado electrónicamente por:
**DANIEL FABIAN
AVILES BELTRAN**

Daniel Fabian Avilés Beltrán

C.I. 0104230016

Agradecimiento

Mi agradecimiento especial es para mi familia por darme la confianza y la seguridad para culminar la especialización con éxito. A mis maestros que fueron parte fundamental de mi preparación y un agradecimiento especial al Dr. Bolívar Delgado Gaete, coordinador, maestro, colega y amigo que siempre estuvo atento y presente en cada etapa del programa de la especialidad.

Finalmente, al personal auxiliar de las clínicas que con su esfuerzo me facilitaron siempre el desarrollo exitoso de mis procedimientos profesionales.

Dedicatoria

A mi esposa María José, mis hijos José Daniel y María Daniela, que son el principal pilar y motor en mi vida que sin su apoyo no hubiera sido posible alcanzar con éxito este título. A mis padres Fabian y Mirian, a mis hermanos Eduardo, Paola y Andrea que siempre tuvieron acertadas palabras de aliento para continuar con cada etapa de tan importante programa de especialidad.

Resumen

El desarrollo de abordajes mínimamente invasivos ha mejorado sustancialmente la adhesión en procedimientos de rehabilitación completa, primando la estructura dental e intentando garantizar resultados a largo plazo^{1,2,7}. En el presente reporte de caso se demuestra la rehabilitación completa en un paciente de sexo femenino de 61 años de edad con mordida cruzada anterior y pseudo clase III asociada a pérdida prematura de piezas dentales posteriores, con una previa desprogramación neuromuscular y aumentando la dimensión vertical^{3,5}.

Abstract

The development of minimally invasive approaches has substantially improved adhesion in complete rehabilitation procedures, prioritizing the dental structure and trying to guarantee long-term results^{1,2,7}. In this case report, complete rehabilitation is demonstrated in a 61-year-old female patient with anterior crossbite and pseudo class III associated with premature loss of posterior teeth, with prior neuromuscular deprogramming and increasing vertical dimension.

Índice del contenido

- 1. Introducción**
- 2. Presentación del caso**
 - 2.1 Información del paciente**
 - 2.2 Antecedentes médicos: no refiere.
 - 2.3 Antecedentes familiares: hipertensión y diabetes (materna)
 - 2.4 Motivo de consulta: “no me gustan mis dientes”.
 - 2.5 Examen clínico
 - 2.6 Radiografías: panorámica
 - 2.7 Diagnostico
- 3. Intervención**
 - 3.1 Control y estado periodontal
 - 3.2 Restaurativa
 - 3.3 Endodoncia
 - 3.4 Rehabilitadora
- 4. Resultados.**
- 5. Discusión**
- 6. Conclusiones**
- 7. Referencias**
- 8. Anexos**

1. Introducción.

La pseudo clase III o clase III falsa es un tipo de mala oclusión causada por un adelantamiento mandibular, de origen multifactorial^{3,8}.

En determinados casos por falta de piezas dentales posteriores se intenta conseguir la mayor cantidad de puntos de contacto estables por lo cual genera un desplazamiento mandibular anterior debido a que las piezas anteroinferiores presentan contactos prematuros con relación a las piezas anterosuperiores³.

Esta condición en edades avanzadas se presenta como un reto importante, ya que se ve comprometida la funcionalidad masticatoria, la estética del paciente, y por ende su calidad de vida. En el presente caso clínico se realiza una rehabilitación completa, aumentando la dimensión vertical con previa desprogramación neuromuscular para devolver dichas funciones perdidas siendo una alternativa de tratamiento en pacientes con esta maloclusión^{8,9}.

2. Presentación del caso.

2.1 Información del paciente.

Nombres y apellidos: Mirian Terecita Beltrán Ortega.

Edad: 61

Sexo: femenino

2.2 Antecedentes médicos: no refiere.

2.3 Antecedentes familiares: hipertensión y diabetes (materna)

2.4 Motivo de consulta: “no me gustan mis dientes”

2.5 Examen clínico: edéntula parcial (ausencias de las piezas 18,14,28,38,37,35,34, 44,46,47,48), puentes fijos desadaptados en el cuadrante 3 y 4, restauraciones filtradas en las piezas 16 y 26.

2.6 Radiografías: panorámica (FIG 1) y periarapicales de las piezas pilares (FIG 2).

2.7 Diagnostico: mordida cruzada anterior, erupción secundaria activa, caries secundaria. Puentes fijos desadaptados, gingivitis (FIG 3).

3. Intervención:

3.1 Control y estado periodontal: profilaxis, eliminación de placa y calculo dental, instrucción de higiene oral^{10,12}.

Se rompió los puentes fijos desadaptados y se realizó una provisionalización con pmma para estabilizar los tejidos blandos.

3.2 Restaurativa: eliminación de restauraciones filtradas y restauración con resina compuesta.

3.3 Endodoncia: interconsulta con endodoncia.

3.4 Rehabilitadora: desprogramación neuromuscular mediante un dispositivo de desoclusión denominado jig de lucia posterior aquello se reposiciono la mandíbula mediante la técnica bimanual de Dawson y se hizo un registró con el scanner (primescan connect).

Se procedió a realizar un encerado digital en exocad, así como también la determinación de esquema oclusal, se simularon movimientos masticatorios y continuamos con mock up en bisacril (FIG 4).

Con ayuda del estampado en bisacril procedimos al tallado mínimamente invasivo.

Se realizo scaneo final, se optó por pruebas en resinas impresas (estabilidad y adaptación),

El material a elección para las carillas y table tops se optó por disilicato de litio, se procedió a su cementación⁹. En las restauraciones indirectas de se utilizó acido fluorhídrico al 10% (fgm), limpieza con ácido fosfórico al 30 %, lavado en alcohol, colocación de silano (monobond), y cemento variolink II^{5,16,20}.

En el sustrato, ya que conservamos esmalte hicimos un grabado de 20 segundos con ácido fosfórico, aplicación adhesivo universal all bond, se colocó las restauraciones y se fotocuró por 40 segundos con la lampara valo grand.

En los puentes fijos que fueron estructuras en zirconio se siguió el protocolo apc. En el sustrato se procedió con arenado, silano, y adhesivo ya que eran muñones reconstruidos con resina core.

4. Resultados.

Se obtuvo una oclusión de borde a borde, mientras que el esquema que se siguió en el lado de trabajo y no trabajo fue en función en grupo, la cual se obtuvo la mayor cantidad de puntos de contacto estables, el seguimiento del tratamiento demostró un resultado estético y funcional exitoso a lo largo de 10 meses de seguimiento con una adaptación y estabilidad en sus restauraciones indirectas de manera exitosa^{8,12} (FIG 5,6),

5. Discusión.

La ventaja principal de este tratamiento es mejorar y recuperar funciones importantes que el paciente tenía perdidas, como es la estética y función^{1,14}. Este procedimiento comenzó estabilizando tejidos blandos y eliminando focos infecciosos, seguido de una desprogramación neuromuscular acompañado de un aumento de dimensión vertical y esto transportado al flujo digital el cual nos dio una predictibilidad cuantificable en las restauraciones indirectas, así como una aproximación estética para visualización del paciente⁹. Por lo cual se determina que este tipo de opción descrita, es precisa y exitosa¹⁵.

El acompañamiento de un plan de tratamiento planificado en conjunto con la digitalización y escogiendo materiales como disilicato de litio en restauraciones indirectas como una opción ideal en carillas y table tops ya que su módulo de elasticidad es similar a la de la dentina. Mientras que en estructuras de puentes fijos se describe al zirconio como material a elección.

6. Conclusiones.

Se demostró que abordajes mínimamente invasivos y uso de técnicas adhesivas, favorece la adhesión ya que conserva estructura dental importante en rehabilitaciones completas.

El flujo digital se considera un medio para tratamientos dentales precisos y predictibles.

Los materiales elegidos cumplen propiedades físicas similares al tejido dental perdido.

7. Referencias.

1. Cascales A, Astudillo D, Moscardo A, Delgado B. A facially driven complete-mouth rehabilitation with ultrathin CAD-CAM composite resin veneers for a patient with severe tooth wear: A minimally invasive approach. *The journal of prosthetic dentistry*. Abril 2020; vol 123.
2. Loomans B, Opdam N, Attin T, Bartlett D, Edelhoff D, Frankenberger R, et al. Severe tooth wear: european consensus statement on management guide lines. *J Adhes Dent* 2017;19:111-9.
3. Buitrago D, Corral C. Abordaje terapéutico de la maloclusión de pseudoclase III. Reporte de caso clínico. *Revista Mexicana de Ortodoncia*. 2016.
4. I. Anderson, A.B. Rabie, R.W. Wong. Early treatment of pseudo-class III malocclusion: a 10-year follow-up study. *J Clin Orthod*, 43 (2009), pp. 692-698.
5. Ergun G, Bozkaya E. Rehabilitación de boca completa de mordida profunda de clase II Paciente: Informe clínico de 5 años. *Revista europea de odontología*. Vol 10, 2016.
6. Kreulen C, Crins L, Opdam N, Loomans B. Rehabilitation of Worn Dentition with CAD-CAM Restorations: A Case Report. Quintessence publishing. Abril 2022.
7. Lanis A, Gallucci G, Pedrinaci I. Full mouth oral rehabilitation of a severely worn dentition based on a fully digital workflow. Wiley. 2023
8. Klink A, Groten M, Huettig F. Complete rehabilitation of compromised full dentitions with adhesively bonded all-ceramic single-tooth restorations: Long-term outcome in patients with and without amelogenesis imperfecta. Elsevier. 2017.
9. Gracis S, Thompson V, Ferencz J, Silva N, Bonfante E. Un nuevo sistema de clasificación para materiales totalmente cerámicos y similares a la cerámica. Quintessence publishing. Vol 28 2015.

10. Vailati F, Belser UC. Classification and treatment of the anterior maxillary dentition affected by dental erosion: the ACE classification. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2010;30:559-71.
11. Vailati F, Belser UC. Full-mouth adhesive rehabilitation of a severely eroded dentition: the three-step technique. Part 3. *Eur J Esthet Dent* 2008;3:236-57.
12. . Schlichting LH, Maia HP, Baratieri LN, Magne P. Novel-design ultra-thin CAD/CAM composite resin and ceramic occlusal veneers for the treatment of severe dental erosion. *J Prosthet Dent* 2011;105:217-26.
13. Chen R, Lin Y, Sun Y, Pan X, Xu Y, Kong X, Zhang L. Full-mouth rehabilitation with lithium disilicate ceramic crowns in hypoplastic amelogenesis imperfecta: a case report and review of literatura. *BMC Oral Health*. 2024
14. Fradeani M, Barducci G, Bacherini L. Esthetic rehabilitation of a worn dentition with a minimally invasive prosthetic procedure (MIPP). Quintessence publishing. 2016.
15. Fradeani M, Bacherini L, Turrini R, Buda M. Minimally Invasive Prosthetic Procedure (MIPP): Up to 12-Year Survival of Full-Mouth Rehabilitations in Patients with Severely Worn Dentition (Managed with Lithium Disilicate Ceramic Restorations). *Periodontics restorative*. 2021.
16. Papadopoulos J, Fuller J. **Restoration of localised erosive wear using a combination of dental materials: a conservative approach. *Br Dent J*. 2021**
17. Omar D, Duarte C. The application of parameters for comprehensive smile esthetics by digital smile design programs: a review of literature. *Saudi Dent J* 2018;30:7-12.
18. Wiegand A, Credé A, Tschammler C, Attin T, Tauböck TT. Enamel wear by antagonistic restorative materials under erosive conditions. *Clin Oral Investig* 2017;21:2689-93.
19. Johnson AC, Versluis A, Tantbiroj D, Ahuja S. Fracture strength of CAD/ CAM composite and composite-ceramic occlusal veneers. *J Prosthodont Res* 2014;58:107-14

20. Abduo J. Safety of increasing vertical dimension of occlusion: a systematic review. Quintessence Int 2012;43:369-80.

8. Anexos:

FIGURA 1



FIGURA 2

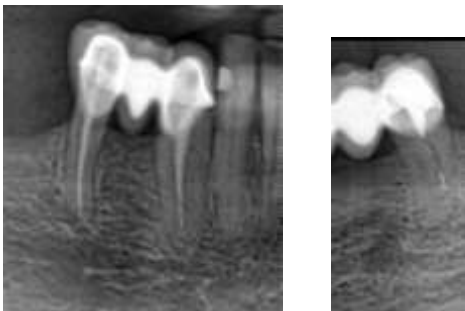


FIGURA 3



FIGURA 4



FIGURA 5



FIGURA 6

