



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**  
*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*  
**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y  
BIENESTAR**

**CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

**TRATAMIENTO DE UN ÈPULIS FISURADO PREVIO A  
REHABILITACION PROTÉSICA. REPORTE DE CASO**  
**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE ODONTÓLOGA**

**AUTOR: ALLISON BRIGITTE SOLORZANO CUENCA**

**DIRECTOR: DR. PAUL FERNANDO VERGARA SARMIENTO**

**AZOGUES- ECUADOR**

**2024**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**

### Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

Allison Brigitte Solorzano Cuenca portadora de la cédula de ciudadanía N.º 0706364502. Declaro ser el autor de la obra: "Tratamiento de un Épulis Fisurado previo a Rehabilitación protésica. 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.

Azogues, 18 de junio de 2024



Allison Brigitte Solorzano Cuenca

C.I. 0706364502

## CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

DR. PAÛL FERNANDO VERGARA SARMIENTO

DOCENTE DE LA CARRERA DE ODONTOLOGIA

De mi consideración:

Certifico que el presente trabajo de titulación denominado **“Tratamiento de un Épulis Fisurado previo a Rehabilitación protésica. Reporte de caso”** realizado por: Allison Brigitte Solorzano Cuenca, con documento de identidad:0706364502, previo a la obtención del título de **Odontóloga** ha sido asesorado, orientado, revisado y supervisado durante su ejecución, bajo mi tutoría en todo el proceso, por lo que certifico que el presente documento, fue desarrollado siguiendo los parámetros del método científico, se sujeta a las normas éticas de investigación que exige la Universidad Católica de Cuenca, por lo que está expedito para su presentación y sustentación ante el respectivo tribunal.

Azogues, 18 de junio 2024



DR. PAÛL VERGARA SARMIENTO

0103666335

## **Tratamiento de un Épulis Fisurado previo a Rehabilitación protésica.**

### **Reporte de caso**

Allison Brigitte Solorzano Cuenca, Dr. Paúl Fernando Vergara Sarmiento

Universidad Católica de Cuenca [asolorzanoc02@est.ucacue.edu.ec](mailto:asolorzanoc02@est.ucacue.edu.ec)

### **RESUMEN:**

Epulis fissuratum (EF) es un pseudotumor inflamatorio caracterizado por hiperplasia del tejido conectivo fibroso en la región gingivobucal. La mayoría de las veces es causada por una irritación persistente, especialmente por prótesis mal adaptadas y también por reabsorción avanzada. El presente Reporte de caso clínico abarca desde el tratamiento quirúrgico de un épulis fisurado hasta la rehabilitación protésica. Para el correcto diagnóstico de la lesión del épulis fisurado implica una combinación de examen clínico que se basa en la evaluación visual del área afectada, anamnesis detallada donde se describe antecedentes médicos y dentales del paciente, incluyendo el uso de prótesis dentales, tiempo de uso, ajustes realizados y estudios de imagen, así como, en algunos casos, una biopsia. Se devolvió la estética y función perdida del sistema estomatognático mediante una prótesis bimaxilar caracterizada, donde se le explicó un protocolo de higienización y así garantizar un buen trabajo y excelente salud oral.

*Palabras clave:* Épulis fisurado, prótesis caracterizada, remontaje articular, prótesis total removible, prótesis acrílica.

## **Treatment of a Epulis Fissuratum before Prosthetic Rehabilitation:**

### **A Case Report**

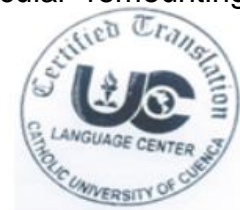
Allison Brigitte Solorzano Cuenca, Paúl Fernando Vergara Sarmiento, MD.

Catholic University of Cuenca [asolorzanoc02@est.ucacue.edu.ec](mailto:asolorzanoc02@est.ucacue.edu.ec)

### **ABSTRACT:**

Epulis fissuratum (EF) is an inflammatory pseudotumor characterized by fibrous connective tissue hyperplasia in the gingivobuccal region. It is often caused by persistent irritation, especially by poorly adapted prostheses and advanced resorption. This case report covers the surgical treatment of a fissured epulis before prosthetic rehabilitation. For the correct diagnosis of a fissured epulis lesion, a combination of clinical examinations is required, which includes a visual assessment of the affected area, a detailed anamnesis describing the patient's medical and dental history, including the use of dental prostheses, duration of use, adjustments made, and imaging studies. In some cases, a biopsy may also be necessary. The lost esthetics and function of the stomatognathic system were restored through a characterized bimaxillary prosthesis. A hygienization protocol was explained to the patient to guarantee good maintenance and excellent oral health.

Keywords: Epulis fissuratum, characterized prosthesis, articular remounting, removable total prosthesis, acrylic prosthesis.



## INTRODUCCIÓN

El sistema estomatognático es la unidad funcional del organismo que fundamentalmente se encarga de la masticación, el habla y la deglución. Sus componentes también desempeñan un importante papel en el sentido del gusto y en la respiración. La pérdida prematura de dientes en adultos mayores es un tema importante en la odontología geriátrica, ya que tiene implicaciones significativas para la salud general, la nutrición y la calidad de vida de las personas mayores. Cuando se pierden múltiples dientes, con o sin prótesis que los reemplace, puede presentarse pérdida significativa del hueso del maxilar (1).

Es muy común que los odontólogos se encuentren con lesiones bucales derivadas de factores como la mala adaptación de la prótesis completa al reborde alveolar, la falta de higiene y el uso frecuente. La mayoría de los usuarios de este tipo de prótesis son personas de edad avanzada, y por sus dificultades motoras presentan una mala higiene bucal, además de que muchos presentan patologías sistémicas, lo que favorece la aparición de infecciones, generando oportunidades para la aparición de hiperplasia fibrosa inflamatoria (HFI) o épulis fisurado que constantemente se ven en el consultorio odontológico (2).

El término griego épulis fue utilizado por primera vez en 1864 por **Virchow** “, tal como lo refiere **Guzmán et al.** (1) y quiere decir situado sobre la encía”, con ello se puede entender todas las alteraciones gingivales. Actualmente este término no es aceptado por autores como Dechaume, Grinspan y Shafer entre otros, argumentando que indica solo un crecimiento sobre la encía sin especificar la naturaleza de tal lesión, sin embargo, varios términos han sido utilizados para

denominar esta lesión: épulis fisurado, hiperplasia traumática), hiperplasia fibrosa inflamatoria producida por prótesis parcial removible (PPR) y/o prótesis total, hiperplasia fibrosa inflamatoria.

**Borguelli** define clínicamente el épulis como un crecimiento anormal, circunscrito y de evolución crónica, localizado en la encía o cerca del reborde alveolar. Por otro lado, **Donado** considera el término épulis desde un punto de vista clínico y lo define como una masa inflamatoria crónica, granulomatosa, en la encía y en dependencia del periostio o del periodonto. Según algunos estudios, se presenta con mayor frecuencia a partir de la quinta y sexta década de la vida de los pacientes con prótesis removibles incongruentes; la incidencia es variable del 1% al 12%. Con predominio en el sexo femenino (4)

El tratamiento de este tipo de lesión incluye la eliminación de los factores causantes y la extirpación quirúrgica de la lesión. Si el factor causal persiste, el tejido se vuelve más fibroso con el tiempo. Las técnicas más comunes utilizadas para eliminar la lesión hiperplásica son el bisturí quirúrgico, el bisturí eléctrico, el láser de dióxido de carbono, el láser de erbio: YAG, el láser de neodimio: YAG y el láser de diodo (3).

Por tal razón se presentará este reporte de caso de una paciente de sexo femenino de 54 años de edad que acudió a la clínica odontológica de la Universidad de Cuenca sede Azogues por presentar dolor en el piso de la boca, al momento de la inspección clínica se observó la presencia de un épulis fisurado, el mismo que se extirpó mediante una incisión quirúrgica, para luego proceder a rehabilitar con una prótesis total bimaxilar.

**OBJETIVO:**

Reportar un caso clínico que abarca desde el tratamiento quirúrgico de un epulis fisurado hasta la rehabilitación protésica.

**PRESENTACIÓN DE CASO CLINICO:**

Acude a la Clínica Integral del Adulto, área de Prótesis Removible, de la Facultad de Odontología de la Universidad Católica de Cuenca sede Azogues, una paciente de sexo femenino, de 54 años de edad, de raza mestiza, dentro de la primera consulta se tomaron los signos vitales: FC: 75, FR: 18, PA: 115/70 mmHg, T: 36°C, sin presentar antecedentes personales ni familiares, es considerada paciente ASA 1. Refiere como motivo de consulta “me duele al comer y no puedo colocarme mi placa”.

Al realizar el examen clínico oral, se observa un paciente edéntulo total. Se realizó un examen minucioso de los tejidos blandos y duros, y al levantar la lengua se observó en el fondo del vestíbulo del lado derecho, había un agrandamiento de los tejidos blandos compatible con un EPULIS FISURADO. La paciente, si conocía la presencia de dicha lesión, pero no refirió exactamente desde cuando la presentaba; pero que se alertó porque comenzó a sentir dolor al momento de comer y querer colocarse las prótesis (Figura 1).

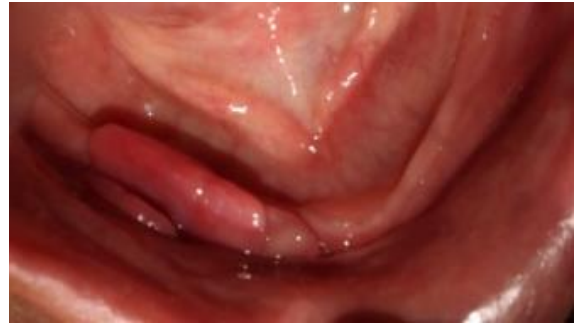
A



B



C



**Figura 1.** **A:** Estado inicial del épulis fisurado. **B:** Vista frontal del épulis fisurado en el piso de la boca. **C:** Vista oclusal de lesión hiperplásica.

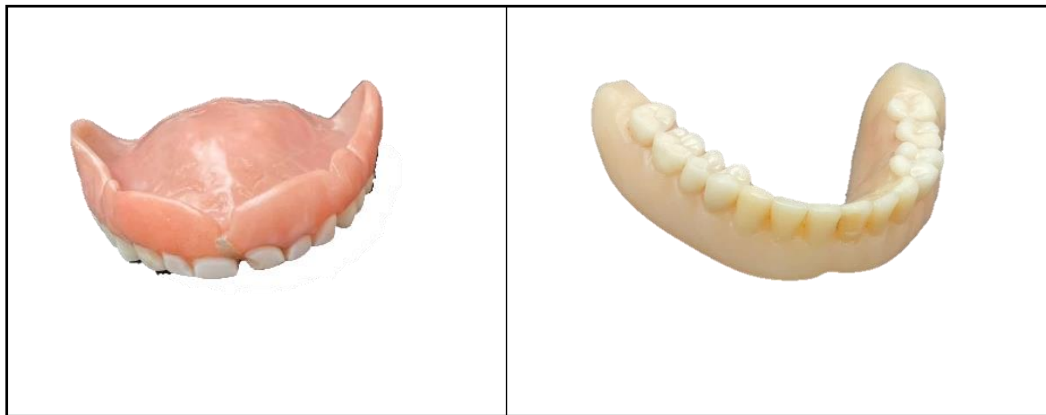
En la historia clínica se obtuvieron datos importantes para determinar la etiología de la lesión y el estado de la prótesis total, la frecuencia de uso de la prótesis era diurna y nocturna. El tiempo de uso de la prótesis era de 25 años. La prótesis presentaba una mala condición de higiene. (Figura 2).

A



B

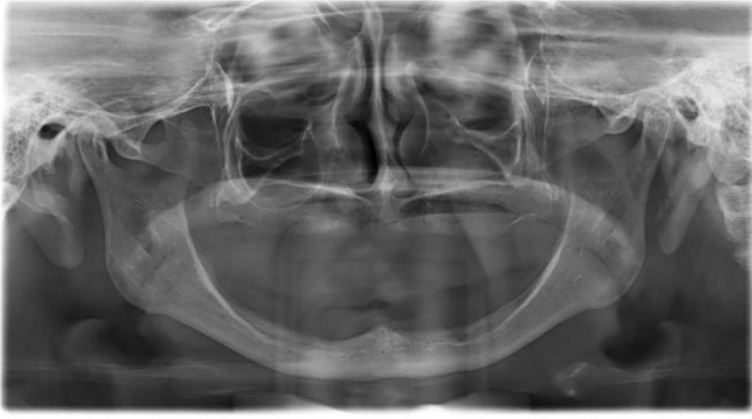
C



**Figura 2. A:** Fractura de la prótesis superior. **B:** Prótesis total superior con fractura en el vestibulo. **C:** Prótesis inferior con cambio de color

Antes de realizar la cirugía, se solicitó una radiografía panorámica y exámenes de laboratorio para descartar cualquier anomalía (Figura 3).

**A**



**B**

**LABORATORIO CLINICO  
CRUZ ROJA ECUATORIANA**

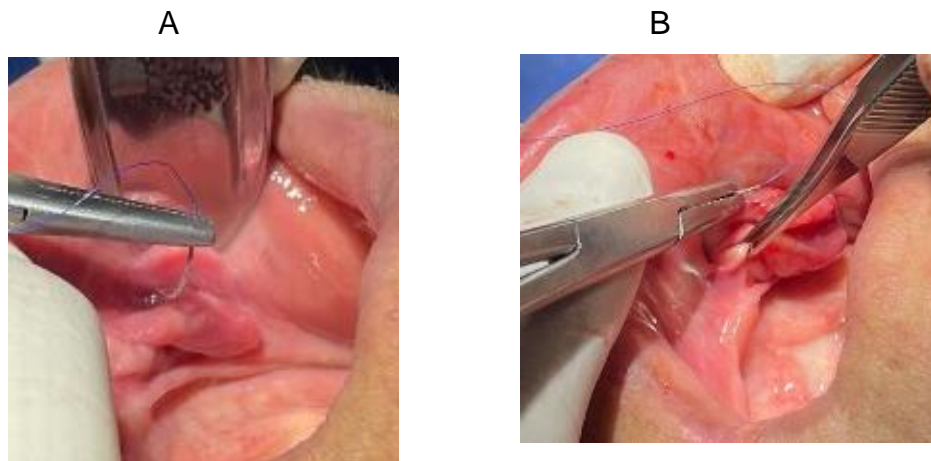
Paciente: [Redacted]  
Cedula: 0301221685      Orden No.: 04331  
Edad: 53      Fecha: 21-07-2023

**HEMOSTASIA**

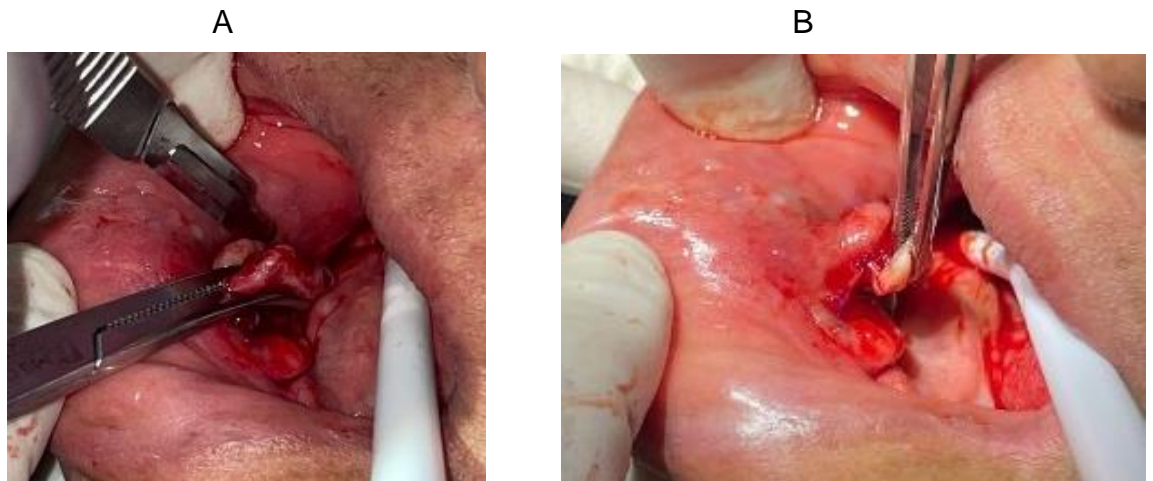
Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
TP	13 = 92 %	Seg	10 - 14
TPT	32	Seg	23 - 36
INR	1.09		

**Figura 3. A:** radiografía panorámica donde se observa reabsorción de hueso alveolar en la maxilar inferior. **B:** Exámenes complementarios de tiempos de coagulación de la sangre.

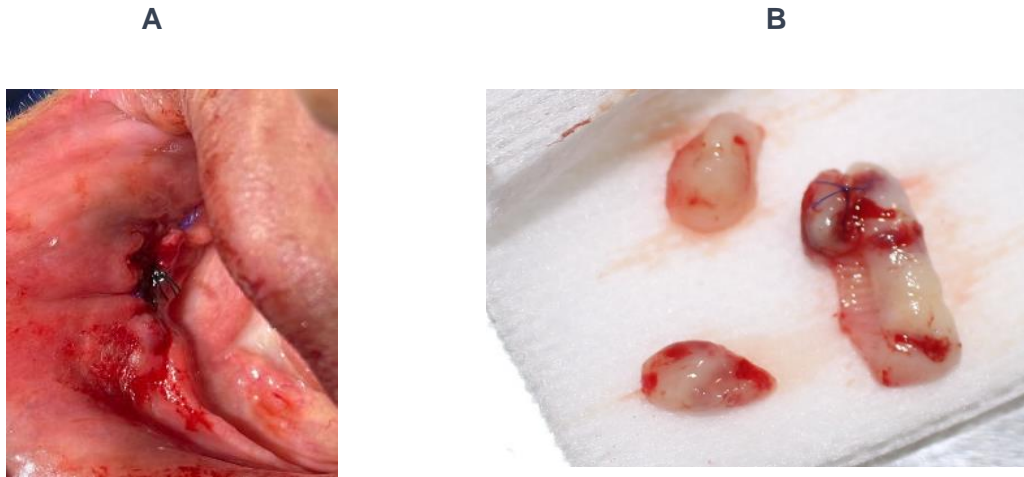
Luego de los resultados de los exámenes de sangre que dieron valores normales, se inició la cirugía (Figura 4).



**Figura 4. A:** Se inició con puntos de sutura para proporcionar estabilidad durante la cirugía **B:** Agarre del tejido hiperplásico con pinza mosquito recta.



**Figura 5.A:** Se utilizó una hoja de bisturí número 15 para iniciar la excresis del épulis. **B:** Se llevó a cabo la extirpación del épulis.

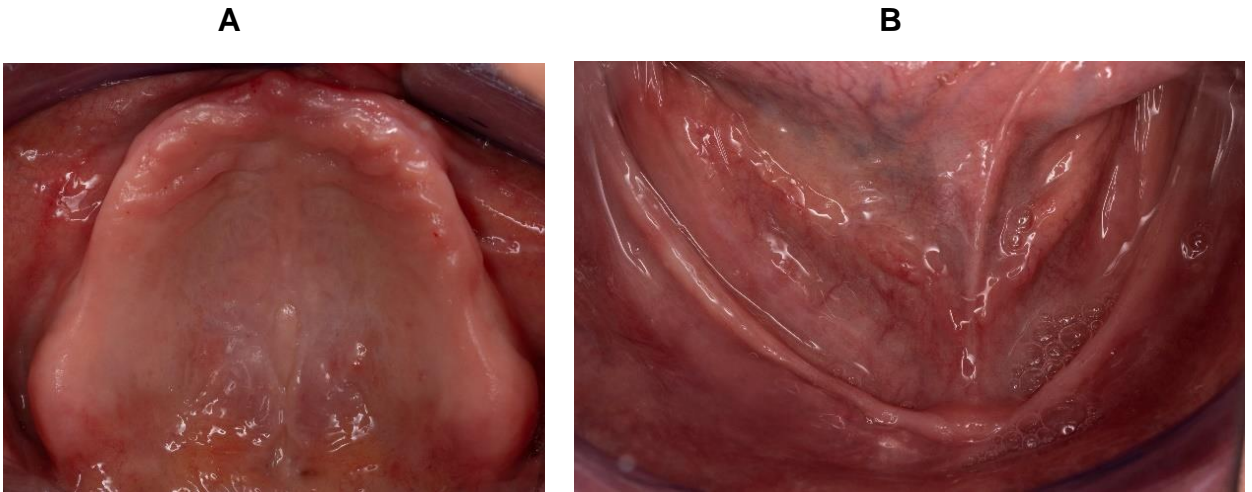


**Figura 6. A:** Se unió el tejido ya sin lesión mediante 4 puntos hemostáticos. **B:** Épulis fisurado extraído en tu totalidad

Se le administró analgésico y antiinflamatorio para la post cirugía: Ibuprofeno: capsulas 400 mg # 9 cada 8 horas y Paracetamol: capsulas 500mg cada 8 horas. La receta está establecida para 3 días. Además, se le indicó el consumo de dieta blanda durante 15 días, evitar movimientos bruscos y evitar escupir.

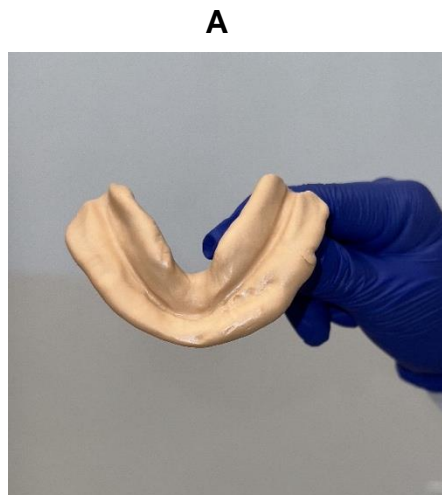
Después de 7 días de la intervención quirúrgica, la paciente asistió a su primer control, en donde se observó una buena cicatrización, posterior a ello 1 mes después de la cirugía, la paciente volvió para iniciar la rehabilitación protésica.

Al realizar el examen clínico para la rehabilitación protésica, se observó, en el fondo del vestíbulo, que estaba todo cicatrizado, sin restos de tejido hiperplásico, por lo que se inició la rehabilitación oral (Figura 7).



**Figura 7. A:** Apreciación de reborde y tuberosidades del maxilar superior. **B:** Piso de la boca después de la extirpación del épulis fisurado.

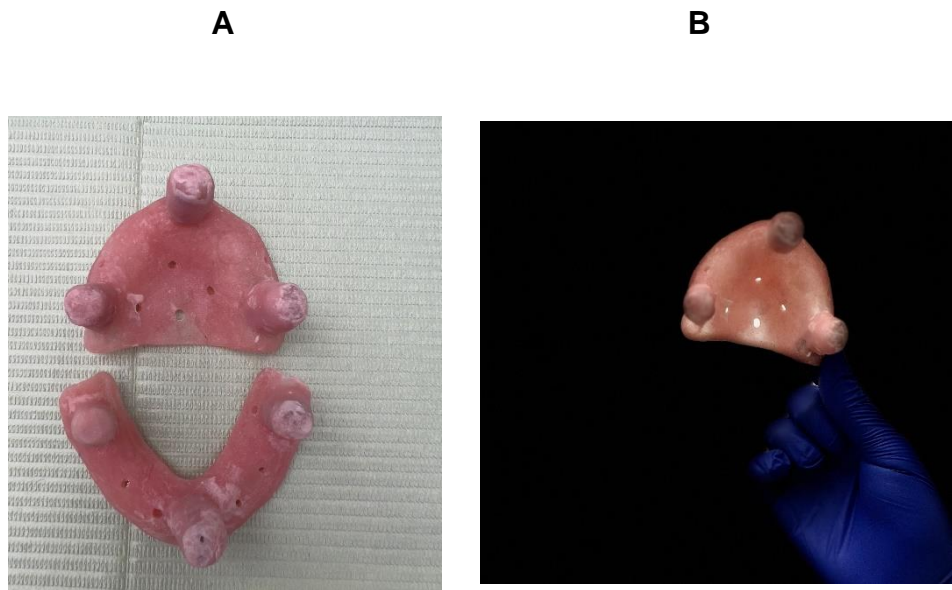
Para las impresiones preliminares, se utilizó alginato para el arco superior, silicona para el arco inferior, esto debido a la reabsorción avanzada. (Figura 8)



**Figura 8. A:** Impresión preliminar con silicona de adición para acentuar el reborde absorbido.

Para la toma de las impresiones funcionales se usó la técnica a boca cerrada que consiste en usar cubetas individuales con tres topes, las cubetas se

introdujeron en boca al mismo tiempo con el material para las impresiones definitivas, los topes ayudaron a tener más precisión, haciendo que esta técnica ayude también al ahorro de tiempo (Figura 9).



**Figura 9. A:** Elaboración de cubetas funcionales. **B:** Cubeta funcional superior con topes.

Una vez obtenido los modelos definitivos, se procedió a realizar el registro de las relaciones intermaxilares, usando el articulador dental semiajustable, en este proceso se utilizó el craneómetro de Knebelman para establecer la dimensión vertical oclusal (DVO) que se había establecido al inicio del tratamiento, se recuperó 2 mm en la nueva DVO, posterior a ello se envió al técnico protésico para el enfildado dentario y correspondiente prueba en cera (Figura 10).

**A**



**B**



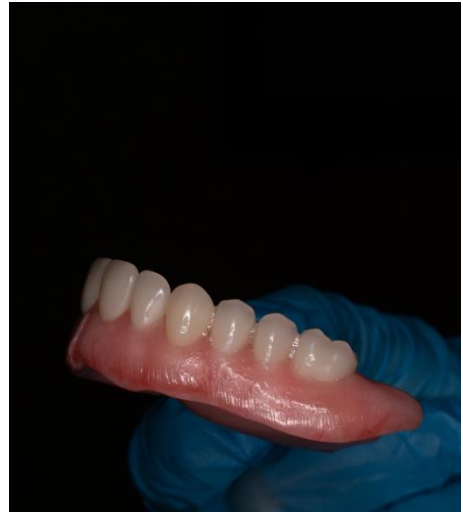
**C**



**Figura 10. A:** Montaje en el articulador de la prueba en cera. **B:** Fotografía de perfil de la prueba en cera de las prótesis. **C:** Fotografía frontal de prueba en cera.

Una vez realizada la prueba en cera y realizado las pruebas funcionales y estéticas se procedió a enviar al laboratorio para el acrilizado final (Figura 11).

**A**



**C**



**Fotografía 11. A:** Prótesis caracterizada del maxilar superior. **B:** Diseño de perfil de la prótesis caracterizada del maxilar inferior. **C:** Fotografía final de la prótesis inferior.

Posterior a ello se llevó a cabo la instalación de las prótesis bimaxilares caracterizadas (Figura 12).

**A**



**B**



**C**

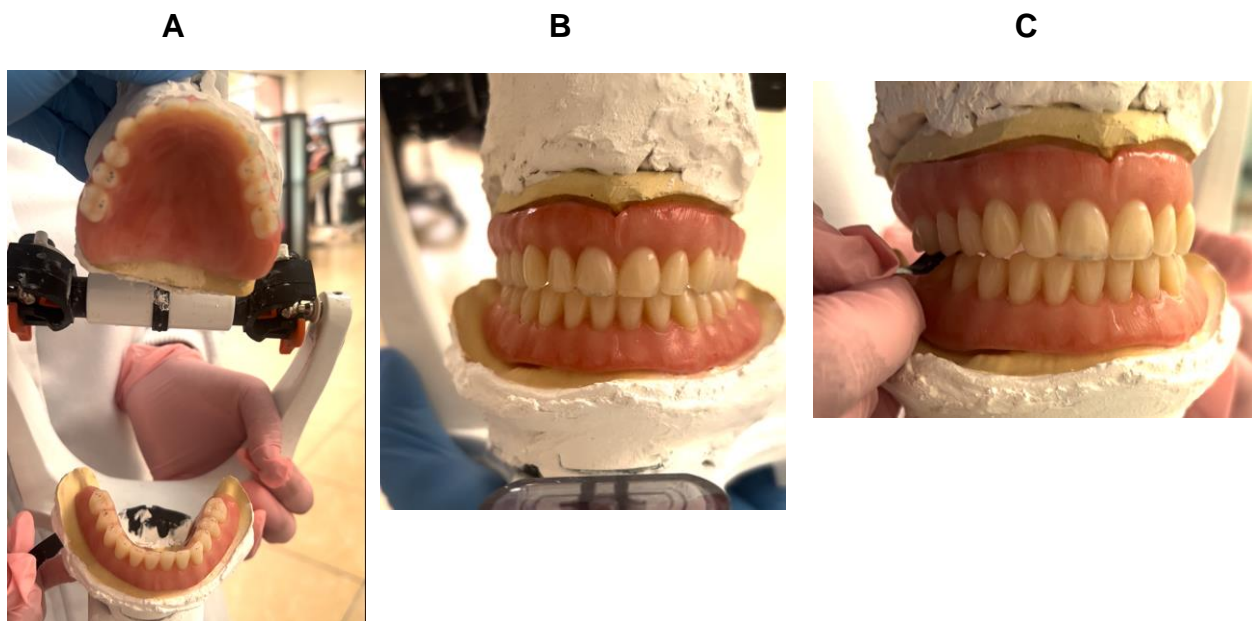


**D**



**Figura 12.** **A:** Fotografía frontal de las prótesis bimaxilares caracterizadas en boca. **B:** Vista lateral donde se aprecia la estética. **C:** Lado derecho de las prótesis. **D:** Lado izquierdo de las prótesis.

Después de la instalación de la prótesis, se dieron las indicaciones de higienización y no usarlas en horas de sueño. Posterior a ello se hicieron los controles respectivos, donde se evidenció la correcta adaptación sin presentar molestia alguna. A las dos semanas de instalación se realizó el remontaje para evaluar la oclusión y determinar si es necesario realizar un ajuste oclusal (Figura 12).



**Figura 12. A:** Remontaje en el articulador de prótesis superior e inferior. **B:** Vista frontal donde se verifica algún cambio de la oclusión. **C:** Utilización de papel articular para establecer si existían puntos de contactos.

ANTES (A)



DESPUES (B)



**Figura 13. A:** Tejidos blandos con lesión hiperplásica de épulis fisurado. **B:** Piso de la boca después de la extirpación del épulis.

ANTES (A)



DESPUES (B)



**Figura 14. A:** Paciente se muestra sin prótesis total. **B:** Paciente con nuevas prótesis totales caracterizadas.

**CONSIDERACIONES ÉTICAS:** Se consideraron todas las posibles opciones terapéuticas siendo en este caso la extirpación quirúrgica la mejor opción debido a la extensión de la lesión y además por la sintomatología que presentaba la paciente. Se está tramitando el permiso de comisión bioética con el código #063

## **DISCUSION:**

En un estudio realizado por **Kalifa C et al**, manifiestan que la escisión quirúrgica como tratamiento definitivo puede provocar un vestíbulo poco profundo y una mucosa queratinizada insuficiente. Por tanto, se requiere vestibuloplastia combinada con injerto gingival libre como tratamiento complementario (5). Esta observación subraya la necesidad de un abordaje quirúrgico integral que no solo se limite a la escisión, sino que también contemple la restauración de la estructura y función óptima del tejido gingival (5). Por otro lado, **Ibrahim A et al**, refieren la importancia de la combinación de acondicionamiento de tejidos y cirugía preprotésica. Este protocolo operativo ayudó a optimizar la duración del tratamiento y a mejorar la comodidad del paciente, al mantener la función bucal durante el tratamiento. Este enfoque holístico no solo acelera el proceso de recuperación, sino que también asegura que el paciente mantenga una calidad de vida adecuada mientras se somete al tratamiento (3).

**Parveen R et al** en su reporte de caso describieron que la escisión con bisturí siempre requiere anestesia general o infiltrativa y suturas o vendaje periodontal (6). Por otro lado, **Amaroli A et al**, en su investigación en el 2019 ha demostrado que la utilización de un-CO2, el láser a una potencia más baja es una herramienta quirúrgica útil para minimizar las complicaciones posoperatorias y mejorar la rehabilitación funcional. La elección del método quirúrgico debe basarse en una evaluación individualizada de cada caso, considerando factores como la extensión de la lesión, el estado de salud general del paciente, y la disponibilidad de tecnología avanzada en la práctica clínica (9).

**Helfer M et al.** Manifiesta que los ajustes oclusales deben realizarse periódicamente (aproximadamente cada dos o tres años), a veces después de una reparación importante y siempre que se realice un rebase (4). Por otro lado, **Cahuana J.** Expone que este procedimiento puede repetirse varias veces, después de la instalación (1 vez al año), pero ambos coinciden que el ajuste oclusal mediante remontaje clínico es una buena alternativa clínica para lograr una oclusión estable, sin lesiones tisulares ni sintomatología dolorosa, la frecuencia de los ajustes oclusales debería adaptarse a las necesidades individuales de cada paciente, considerando factores como la estabilidad de la oclusión, la presencia de síntomas o molestias, y la condición general de la cavidad oral. En última instancia, el objetivo principal debe ser lograr una oclusión estable y confortable para el paciente, minimizando cualquier riesgo de lesiones tisulares o sintomatología dolorosa (7)

**Sunagua et al.** Describe que la técnica a boca cerrada puede proporcionar una mejor adaptación funcional y estabilidad oclusal en el largo plazo (14). Mientras que **Huaco C.** indica que la técnica convencional proporciona buenos resultados iniciales, pero puede requerir más ajustes posteriores. La elección entre la técnica a boca cerrada y la técnica convencional debe basarse en una evaluación integral del caso individual, considerando factores como la condición clínica del paciente, las expectativas de resultados a largo plazo, y la disponibilidad de recursos y experiencia del profesional (15).

## **CONCLUSIONES:**

1. Este reporte de caso ha permitido identificar la evolución clínica de la extracción quirúrgica del épulis fisurado como paso previo a la rehabilitación protésica. Mediante el seguimiento se observó una mejora significativa en los síntomas asociados al épulis, como el dolor y la inflamación. Además, se evidenció una cicatrización adecuada de la zona intervenida y una reducción en la recurrencia de la lesión. Estos hallazgos respaldan la eficacia de la extracción quirúrgica como parte del manejo integral del épulis fisurado, preparando el terreno para una rehabilitación protésica exitosa.
2. Es importante reconocer la necesidad de llevar a cabo un remontaje con el fin de alcanzar un equilibrio oclusal adecuado. Este procedimiento se hace imprescindible para garantizar la funcionalidad óptima y la salud a largo plazo de la dentición del paciente. Al abordar y corregir las discrepancias oclusales, se promueve la estabilidad del sistema masticatorio y se previenen posibles complicaciones dentales y periodontales.

## **RECOMENDACIONES:**

Sugerimos que al realizar una revisión clínica debemos ser muy minuciosos para así facilitar el detectar anomalías dentro de la cavidad bucal y brindar un buen tratamiento.

Esta información también ayudará a la comunidad de investigadores, que tenga el deseo de conocer acerca del Épulis fisurado y la rehabilitación después de su extirpación, se recomienda abrir nuevas líneas de investigación donde en varios casos se puedan comparar los resultados y evolución de la técnica quirúrgica vs la no quirúrgica.

## **AGRADECIMIENTO**

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento a todas las personas que hicieron posible la realización de esta tesis.

En primer lugar, quiero extender mi sincero agradecimiento al Dr. Paúl Vergara Sarmiento, cuya experiencia clínica y conocimientos en el campo de la Rehabilitación Oral fueron invaluable para el desarrollo de este caso clínico. Su disposición para compartir su tiempo y experiencia me brindaron una perspectiva integral y enriquecedora.

Agradezco de manera especial al Dr. José Aguilar, por su ayuda en el procedimiento quirúrgico, donde destaco sus habilidades y conocimientos que hicieron posible el primer paso de todo este caso.

También, agradezco al Dr. Cristian Urgiles. por su orientación experta, sus valiosas sugerencias y su apoyo constante a lo largo de todo este proceso.

Finalmente deseo agradecer sinceramente a la paciente que participó en este estudio. Su disposición y colaboración fueron fundamentales para el desarrollo de este reporte de caso. Agradezco profundamente su confianza, paciencia y compromiso a lo largo de todo el proceso

## **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Guzmán H. Épulis Fisurado: sus afectaciones en el tratamiento de paciente edéntulo total superior. *Revista Científica Especialidades Odontológicas UG*. 2023;6(2):44–50.
2. Faria M y col, Rehabilitación oral en un paciente totalmente edéntulo con Hiperplasia Fibrosa: Reporte de caso, *Scientia Generalis*, vol. 4(2): 197-208. 2023.
3. Mekayssi R, et al. The prosthetic management of a case of epulis fissuratum by a novel technique. *Odovtos - Int J Dent Sci*. 2020;109–14. doi.org/10.15517/ijds.2020.40834
4. Ibrahim A y col. Prosthetic and surgical management of a sizeable epulis fissuratum: a case report. *PanAfrican Medical Journal*, vol. 41(49), 2022.
5. Helfer M y col, Ajuste oclusal de los dientes en la prótesis dental removible, *GACETA DENTAL*, vol. 212, 2010.
6. Diaz L y col, Aspectos clínicos, epidemiológicos e histopatológicos de pacientes con lesiones en la mucosa bucal, *MEDISAN*, vol. 27(5), 2023.
7. Parveen R y col, A Case Report on Epulis Fissuratum, *Journal of Oral Health and Community Dentistry*, vol. 13(2), 2019.
8. Khalifa C y col, An innovative technique to treat epulis fissuratum: A case report, *SAGE Open Medical Case Reports*, vol. 9, 2021.
9. Hanna R y col, Utilization of Carbon Dioxide Laser Therapy in the Management of Denture-Induced Hyperplasia and Vestibuloplasty in a Medically Compromised Patient: A Case Report, *Int J Prosthodont*, vol. 32(2), 2019.
10. Fernandez V y col, Masticatory function in elderly compared to young adults, *CoDAS*, vol. 34(1), 2022.

11. Castaneda, S., Effectiveness of cryosurgery in oral lesions in the elderly. *Stomatological Clinic*.2018;47(3):347-54.
12. Yero M, et al. Lesiones paraprotésicas en pacientes geriátricos portadores de prótesis removibles. *Revista Información Científica*, 2021;100(4).
13. Cahuana J. Ajuste oclusal en prótesis completa. *Revista Odontológica Basadrina*, Vol. 4 (2) 45-50, 2020.
14. Sunagua C y col. Impresión preliminar registrada con técnica cubeta modificada en prótesis total inferior. *Revista Científica "Odontología Actual"* Vol. 7. N.º 9, 2022.
15. Huaco C. Eficiencia de la técnica convencional y la técnica simplificada para la confección de prótesis total utilizando el índice de salud oral geriátrico (gohai) en pacientes que acuden a la facultad de odontología de la ucsm, Arequipa 2019”, tesis documental, Arequipa – Perú, Universidad Católica de Santa María, 2021.

DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN DE LA CARRERA DE  
ODONTOLOGÍA CAMPUS AZOGUES

CERTIFICA

Que, el presente trabajo de titulación denominado **"Tratamiento de un Épulis Fisurado previo a Rehabilitación protésica. Reporte de caso"**, realizado por: Allison Brigitte Solorzano Cuenca, ha sido inscrito y es pertinente con las líneas de investigación de la Carrera de Odontología, de la Unidad Académica de Salud y Bienestar y de la Universidad, por lo que está expedito para su presentación.

Azogues, 18 de junio del 2024



Ing. Ángel Abdelló Morochó Macas, Mgs  
RESPONSABLE



Allison Brigitte Solorzano Cuenca portadora de la cédula de ciudadanía N.º 0706364502. En calidad de autor y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación "Tratamiento de un Épulis Fisurado previo a Rehabilitación protésica. Reporte de caso", de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Azogues, 18 de junio de 2024

Allison Brigitte Solorzano Cuenca

C.I. 0706364502