



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

DIRECCIÓN DE POSGRADOS

Especialidad en REHABILITACIÓN ORAL Y PRÓTESIS

IMPLANTO ASISTIDA

REHABILITACIÓN BOCA COMPLETA DE UN

PACIENTE ADULTO CON EROSIÓN DENTAL:

REPORTE DE CASO

ANÁLISIS DE CASO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO

DE ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN ORAL Y PRÓTESIS

IMPLANTO ASISTIDA.

AUTOR: FAUSTO EDER MIELES CARDENAS

DIRECTOR: JAIME LEONARDO ASTUDILLO ORTIZ

CUENCA – ECUADOR

2026

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

DIRECCIÓN DE POSGRADOS

**Especialidad en Rehabilitación oral y prótesis implanto
asistida**

**REHABILITACIÓN BOCA COMPLETA DE UN PACIENTE ADULTO
CON EROSIÓN DENTAL: REPORTE DE CASO**

**ANÁLISIS DE CASO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN ORAL Y PRÓTESIS
IMPLANTO ASISTIDA**

AUTOR: FAUSTO EDER MIELES CARDENAS

DIRECTOR: JAIME LEONARDO ASTUDILLO ORTIZ

CUENCA – ECUADOR

2026

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

Certificado del Asesor

Se certifica que:

El informe de investigación “ Rehabilitación boca completa de un paciente adulto con erosión dental: Reporte de caso”, de autoría del Sr./a “Fausto Eder Mieles Cárdenas” con número de identidad 0105604599, con nacionalidad ecuatoriana, previo a la obtención del Título de Cuarto Nivel o Posgrado correspondiente a Magister en 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 trámites pertinentes.

Santa Ana de los Ríos de Cuenca

27 agosto 2026



Od. Esp Jaime Astudillo
Asesor Científico

Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

Fausto Eder Mieles Cárdenas portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0105604599**. Declaro ser el autor de la obra: **“Rehabilitación boca completa de un paciente adulto con erosión dental: 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, **27 agosto 2026**

Fausto Eder Mieles Cárdenas

C.I. 0105604599

Agradecimiento

En primer lugar, agradezco a Dios por la salud y fortaleza que me brinda día a día y que me permitieron culminar satisfactoriamente este posgrado.

A mi familia, por su apoyo incondicional, por acompañarme durante este proceso y por motivarme constantemente a seguir adelante hasta alcanzar esta meta.

A mis maestros, quienes, a través de sus conocimientos, experiencia y enseñanzas, contribuyeron significativamente a mi crecimiento académico y profesional, inculcándome una metodología de trabajo responsable y, sobre todo, el ejercicio de la profesión basado en principios éticos.

Finalmente, expreso mi agradecimiento a la Universidad Católica de Cuenca por brindarme la oportunidad de cursar este posgrado, continuar con mi formación académica y alcanzar mi título de cuarto nivel.

A todos quienes formaron parte de este camino y contribuyeron de una u otra manera a la consecución de este logro, mi más sincero agradecimiento.

Dedicatoria

Dedico este logro, principalmente, a mi familia, quienes han sido mi mayor fuente de apoyo y motivación a lo largo de este camino.

A mi esposa, Michelle Salamea, por acompañarme, apoyarme y estar presente durante todo este proceso; y a mis hijos, Fausto Andrés y Theo Emiliano, quienes son una inspiración fundamental en mi vida y me impulsan cada día a seguir creciendo personal y profesionalmente.

A mis padres, Fausto Mieles y Miriam Cárdenas, porque gracias a su amor, esfuerzo, enseñanzas y apoyo incondicional he podido alcanzar cada una de mis metas. Sin ellos, llegar hasta este momento no habría sido posible.

Dedico también este logro a mis compañeros, maestros y tutores, quienes formaron parte de este camino y contribuyeron, con sus conocimientos, experiencias y acompañamiento, a mi formación profesional.

Finalmente, dedico este logro a Dios, por concederme la salud, la fortaleza y la oportunidad de recorrer este camino y culminar una etapa tan importante de mi vida.

A todos ustedes, con profundo cariño y gratitud, les dedico este logro.

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN.....	VII
ABSTRACT	VIII
1. PRESENTACIÓN DEL CASO	1
1.1. Datos generales y motivo de consulta.....	1
1.2. Evaluación muscular y articular.....	1
1.3. Examen clínico dental y pérdidas dentarias	1
1.4. Evaluación oclusal	1
1.5. Evaluación periodontal	1
1.6. Evaluación endodóntica	2
1.7. Odontograma y situación restauradora inicial	2
1.8. Patrón de desgaste y dimensión vertical	2
1.9. Factores etiológicos asociados	2
1.10. Registros diagnósticos	3
1.11. Diagnóstico	3
1.12. Plan de tratamiento	3
2. ESTADO DEL ARTE	4
2.1. Epidemiología y relevancia clínica	4
2.2. Concepto de erosión dental	4
2.3. Desgaste dental erosivo.....	5
2.4. Etiología: fuentes intrínsecas y extrínsecas	5
2.5. Factores extrínsecos, dieta y hábitos asociados	5
2.6. Factores fisicoquímicos y papel protector de la saliva	7
2.7. Abordaje restaurador y odontología mínimamente invasiva	7
2.8. Clasificación y mecanismos de la erosión dental	8
2.9. Características morfológicas de las lesiones erosivas.....	9
2.10. Erosión dental y enfermedad por reflujo gastroesofágico	9
2.11. Desmineralización y respuesta de esmalte y dentina	9
2.12. Prevención, protección y tratamiento restaurador	10
2.13. Diagnóstico clínico de la erosión dental	11
2.14. Dimensión vertical de oclusión y rehabilitación oral	11
3. MARCO METODOLÓGICO	13
3.1. Fundamentación científica de la planificación	13
3.2. Jig estético multifuncional y desprogramación muscular	13
3.3. Registros digitales, encerado diagnóstico y mock-up	13
3.4. Determinación de la dimensión vertical de oclusión	14
3.5. Planificación periodontal y corrección de tejidos blandos	14
3.6. Fase biológica	14
3.7. Fase implantológica	15
3.8. Fase provisional y adaptación a la nueva dimensión vertical	15

3.9. Registro definitivo de la dimensión vertical y oclusión.....	17
3.10. Preparaciones para las restauraciones definitivas	17
3.11. Rehabilitación definitiva del sector anterior	18
3.12. Rehabilitación de los cuadrantes 1 y 4.....	18
3.13. Rehabilitación de los cuadrantes 2 y 3.....	19
4. COMUNICACIÓN DE RESULTADOS	21
4.1. Resultado estético y adaptación funcional inicial	21
4.2. Control oclusal a la primera semana	21
4.3. Seguimiento a corto plazo.....	21
4.4. Evaluación a los dos meses.....	21
4.5. Comparación digital inicial y final	22
4.6. Fase de mantenimiento: férula oclusal.....	22
5. CONCLUSIONES	23
6. RECOMENDACIONES	24
6.1. Controles clínicos periódicos	24
6.2. Higiene oral y control dietético.....	24
6.3. Uso nocturno de férula oclusal	24
6.4. Seguimiento periodontal	24
6.5. Control de la estabilidad oclusal	24
6.6. Evaluación de las restauraciones adhesivas	24
7. BIBLIOGRAFÍA	25
8. ANEXOS	27

Resumen

El desgaste dental severo constituye un desafío clínico que requiere un diagnóstico integral y una planificación rehabilitadora individualizada, especialmente cuando se asocia con erosión dental, bruxismo, pérdida de estructura dentaria y disminución de la dimensión vertical de oclusión. El objetivo de este reporte de caso es describir el abordaje clínico de una rehabilitación oral de boca completa en un paciente adulto con desgaste dental severo asociado a erosión dental y bruxismo. Se presenta el caso de un paciente masculino de 56 años que acudió por desgaste dental generalizado. El examen clínico evidenció pérdida significativa de estructura dentaria, disminución de la dimensión vertical de oclusión, ausencias dentarias y antecedentes compatibles con exposición frecuente a ácidos dietéticos y bruxismo nocturno. Se realizó una planificación secuencial basada en registros digitales, jig estético multifuncional, desprogramación muscular, encerado diagnóstico, mock-up y establecimiento de una nueva dimensión vertical de oclusión con finalidad restauradora. El tratamiento incluyó fase periodontal, corrección de tejidos blandos, colocación de implantes en las zonas edéntulas correspondientes a 36 y 46, provisionalización y adaptación progresiva a la nueva dimensión vertical. Posteriormente, se efectuó la rehabilitación definitiva mediante un enfoque adhesivo y mínimamente invasivo, utilizando coronas, carillas, restauraciones tipo vonlay y tabletop, así como restauraciones implantoportadas, empleando disilicato de litio y zirconio según las necesidades clínicas. Durante el seguimiento se realizaron controles oclusales y ajustes progresivos. A los dos meses se observó adecuada adaptación funcional, estabilidad de los contactos oclusales y condiciones periodontales favorables. La comparación digital inicial y final evidenció recuperación de la función, estética y estabilidad oclusal, además de una mejoría en la apariencia facial. Se concluye que una planificación diagnóstica individualizada, apoyada en herramientas digitales y convencionales, junto con una ejecución clínica secuencial y un enfoque adhesivo mínimamente invasivo, permitió obtener resultados funcionales y estéticos favorables en este caso de rehabilitación oral de boca completa.

Palabras clave: erosión dental, dimensión vertical, desgaste dental, rehabilitación boca completa.

Abstract

Severe dental wear poses a clinical challenge that requires a comprehensive diagnosis and individualized rehabilitation planning, especially when it is associated with dental erosion, bruxism, loss of tooth structure, and a reduction in vertical occlusal dimension. The objective of this case report is to describe the clinical approach to full-mouth oral rehabilitation in an adult patient with severe tooth wear associated with dental erosion and bruxism. We present the case of a 56-year-old male patient who presented with generalized tooth wear. The clinical examination revealed significant loss of tooth structure, a reduction in vertical occlusal dimension, missing teeth, and a history consistent with frequent exposure to dietary acids and nocturnal bruxism. A sequential treatment plan was developed based on digital records, a multifunctional aesthetic jig, muscle deprogramming, diagnostic waxing, a mock-up, and the establishment of a new vertical occlusal dimension for restorative purposes. Treatment included a periodontal phase, soft-tissue correction, placement of implants in the edentulous areas corresponding to teeth 36 and 46, placement of temporary restorations, and progressive adaptation to the new vertical dimension. Subsequently, definitive rehabilitation was performed using an adhesive and minimally invasive approach, employing crowns, veneers, onlay and tabletop restorations, as well as implant-supported restorations, using lithium disilicate and zirconia according to clinical needs. During follow-up, occlusal checks and progressive adjustments were performed. At two months, adequate functional adaptation, stability of the occlusal contacts, and favorable periodontal conditions were observed. A comparison of initial and final digital images demonstrated recovery of function, aesthetics, and occlusal stability, as well as an improvement in facial appearance. It is concluded that individualized diagnostic planning, supported by digital and conventional tools, together with sequential clinical execution and a minimally invasive adhesive approach, allowed for favorable functional and aesthetic results in this case of full-mouth oral rehabilitation.

Keywords: dental erosion, vertical dimension, dental wear, full-mouth rehabilitation.

1. PRESENTACIÓN DEL CASO

1.1. Datos generales y motivo de consulta

Paciente de sexo masculino, de 56 años de edad, acude a la consulta en la Clínica de Rehabilitación Oral de la Universidad Católica de Cuenca por motivo de desgaste dental. (Anexo 1)

1.2. Evaluación muscular y articular

Durante la primera cita, la palpación de la musculatura masticatoria no evidenció dolor ni molestias. De igual manera, la evaluación de la articulación temporomandibular (ATM) no mostró signos clínicos de alteración, y el paciente no refirió dolor articular durante la función cotidiana.

1.3. Examen clínico dental y pérdidas dentarias

Al realizar nuestra inspección dental, observamos la ausencia de las piezas 11 y 42. El paciente menciona que nunca las tuvo, por lo cual se considera una agenesia dental. También presenta pérdida de piezas dentales por otras causas, principalmente caries y movilidad dental, correspondientes a las piezas 16, 27, 36, 37, 46 y 47. (anexo 2,3)

1.4. Evaluación oclusal

Asimismo, observamos estabilidad durante los movimientos de apertura y cierre. Presenta una guía anterior con un overbite de 0,5 mm y un overjet reducido, además de guías caninas con participación de los incisivos laterales superiores. (anexo 4)

1.5. Evaluación periodontal

Al examen periodontal, el paciente presenta algunas recesiones y un periodonto reducido, pero en condiciones de salud.

1.6. Evaluación endodóntica

Durante el examen endodóntico, se realizaron pruebas de vitalidad, obteniéndose una respuesta normal tanto en las piezas dentales con desgaste severo como en aquellas que presentan restauraciones.

1.7. Odontograma y situación restauradora inicial

Al completar el odontograma, observamos la presencia de una prótesis fija que comprende las piezas 15 a 17 y una corona en la pieza 14. Como se mencionó anteriormente, se evidencia la ausencia de las piezas 16 y 12. Se observan restauraciones en las piezas 21, 22, 23, 24, 25 y 26, además de la ausencia de la pieza 27.

En el sector inferior, se evidencia una restauración en la pieza 35 y la ausencia de las piezas 36 y 37. Asimismo, se registra la ausencia de la pieza 42, una restauración en la pieza 45 y la ausencia de las piezas 46 y 47. (anexo 5,6)

1.8. Patrón de desgaste y dimensión vertical

Se evidenció un desgaste considerable en las caras palatinas de los dientes anterosuperiores, en los bordes incisales de los dientes anteroinferiores y en las superficies oclusales de los dientes posteriores, acompañado de una marcada disminución de la dimensión vertical de oclusión. Estos hallazgos fueron compatibles con un patrón de desgaste dental severo asociado a erosión dental y bruxismo.

1.9. Factores etiológicos asociados

Al profundizar en la anamnesis, se interrogó al paciente acerca de sus hábitos alimenticios y antecedentes de enfermedades gastroesofágicas. El paciente manifestó haber padecido gastritis, la cual refiere que actualmente se encuentra resuelta. Además, mencionó que diariamente acostumbra consumir agua con limón. Este hábito dietético se considera asociado con el proceso de erosión dental observado clínicamente.

Por otra parte, el paciente refiere que su esposa ha percibido durante las noches episodios de rechinar dental. Este antecedente, junto con los patrones de desgaste identificados durante el examen clínico, permite asociar el cuadro también con bruxismo.

1.10. Registros diagnósticos

Al finalizar la primera cita se realizaron registros fotográficos intraorales y extraorales, con el propósito de documentar las condiciones iniciales, facilitar el análisis del caso y sustentar la planificación de las etapas terapéuticas posteriores. (anexo 8,9)

1.11. Diagnóstico

De acuerdo con los hallazgos obtenidos durante la anamnesis y el examen clínico, se diagnostica al paciente con **desgaste dental severo asociado a erosión dental y bruxismo**.

1.12. Plan de tratamiento

Debido a la complejidad del caso, se decidió realizar una rehabilitación oral de boca completa, mediante el aumento de la dimensión vertical de oclusión, con el objetivo principal de generar el espacio restaurador necesario para llevar a cabo el tratamiento.

La rehabilitación se planificó mediante un enfoque adhesivo, utilizando diferentes tipos de restauraciones de acuerdo con las necesidades de cada pieza dental. Para ello, se emplearán coronas e incrustaciones adheridas, así como coronas sobre implantes en las zonas edéntulas que requieran rehabilitación implantosoportada.

El tratamiento fue orientado a restablecer de manera integral la función, la estética y la estabilidad oclusal del paciente.

2. ESTADO DEL ARTE

2.1. Epidemiología y relevancia clínica

En la población adulta, la erosión y la atrición se encuentran entre las principales causas de pérdida de estructura dentaria. La literatura reporta que aproximadamente el 40 % de los jóvenes presenta algún grado de lesión del esmalte asociada con erosión ácida, mientras que cerca del 42 % de las personas de 25 a 45 años manifiesta signos o síntomas vinculados con hábitos parafuncionales. Vailati y Belser (2008) señalan que la erosión dental continúa siendo una condición subestimada en la práctica odontológica, pese a observarse con creciente frecuencia en adultos jóvenes.¹⁽¹⁾

2.2. Concepto de erosión dental

Dentro de las lesiones dentales no cariosas, la erosión se caracteriza por la pérdida progresiva de tejido duro debido a la acción de ácidos de procedencia intrínseca o extrínseca, sin participación de microorganismos. Cuando el proceso avanza, puede ocasionar un desgaste considerable de la estructura dentaria y favorecer la aparición de hipersensibilidad dentinaria. El incremento de su incidencia se ha relacionado con cambios propios del estilo de vida contemporáneo.²⁽²⁾

Las condiciones de vida actuales, marcadas por mayores exigencias y competitividad, pueden favorecer niveles persistentes de estrés y la aparición de conductas parafuncionales, entre ellas el bruxismo. De manera paralela, el ritmo cotidiano puede dificultar el mantenimiento de una alimentación equilibrada y promover el consumo de productos industrializados que contienen conservantes y componentes ácidos. Ante este escenario, el profesional odontólogo debe fortalecer su capacidad para identificar tempranamente estas alteraciones y evitar que la intervención ocurra cuando el daño ya sea avanzado. La elevada frecuencia de estas afecciones plantea, además, la necesidad de seleccionar alternativas terapéuticas conservadoras y mínimamente invasivas. En los casos con afectación funcional y estética extensa, la rehabilitación integral constituye una opción orientada a recuperar ambas dimensiones.^{1,2(1,2)}

2.3. Desgaste dental erosivo

La erosión dental corresponde a la pérdida superficial de los tejidos duros del diente como consecuencia de una acción química producida por ácidos que no proceden de bacterias. Si a este fenómeno se añaden fuerzas mecánicas habituales en la cavidad oral, se habla de «desgaste dental erosivo», debido a que la superficie previamente reblandecida por el ácido presenta mayor vulnerabilidad frente a la acción mecánica. Aunque cierto desgaste forma parte del envejecimiento fisiológico de la dentición, se considera excesivo cuando la magnitud y distribución de la pérdida de tejido no guardan relación con la edad del paciente.³⁽³⁾

La literatura odontológica ha empleado diversas denominaciones y sistemas de clasificación para describir la erosión. En este contexto, el concepto general de «desgaste dental» no suele corresponder a un mecanismo aislado, sino a la interacción de varios procesos. En las fases iniciales, la erosión puede no ser evidente clínicamente; sin embargo, ya produce reblandecimiento y desmineralización de la superficie dentaria. Como resultado, el sustrato se vuelve más susceptible a la remoción ocasionada por fuerzas mecánicas, entre ellas las generadas durante el cepillado, dando lugar al denominado desgaste dental erosivo.³⁽³⁾

2.4. Etiología: fuentes intrínsecas y extrínsecas

A diferencia de los ácidos relacionados con la actividad del microbiota oral, aquellos implicados en la erosión alcanzan la cavidad bucal desde fuentes externas o internas. Entre las fuentes extrínsecas se encuentran principalmente la dieta y determinadas exposiciones ocupacionales. En cambio, el origen intrínseco está representado fundamentalmente por el ácido gástrico, que puede llegar a la boca como consecuencia de alteraciones gastroesofágicas o episodios repetidos de vómito.³⁽³⁾

2.5. Factores extrínsecos, dieta y hábitos asociados

Las exigencias de productividad pueden coexistir con una fuerte presión social por cumplir determinados ideales estéticos. En este contexto, algunas personas incrementan la actividad física y sustituyen el agua por bebidas deportivas o energéticas, debido a la

percepción de que estas favorecen el rendimiento y la recuperación muscular. No obstante, dichos productos suelen presentar elevada acidez, con valores de pH cercanos a 3,0. Asimismo, la búsqueda extrema de determinados estándares corporales puede relacionarse con trastornos de la conducta alimentaria, como anorexia y bulimia, capaces de generar vómitos o episodios de reflujo gastroesofágico. A ello puede añadirse el empleo de productos destinados a la pérdida de peso como recurso para alcanzar esos ideales difundidos socialmente. (2)

Los factores extrínsecos capaces de aportar ácidos a la cavidad oral incluyen exposiciones ambientales, componentes de la alimentación y el consumo prolongado de ciertos medicamentos. Las modificaciones del estilo de vida ocurridas durante las últimas décadas han favorecido una mayor disponibilidad y frecuencia de ingesta de alimentos y bebidas ácidas. Dentro de estas fuentes, los ácidos procedentes de la dieta constituyen uno de los principales elementos asociados con la erosión extrínseca. Productos como jugos de frutas y otras bebidas ácidas poseen una composición compleja con capacidad erosiva, y su consumo se ha visto facilitado por su amplia disponibilidad, fácil acceso y bajo costo. (3)

Investigaciones in vitro realizadas mediante perfilometría y microscopía electrónica han evidenciado alteraciones tanto en esmalte como en dentina después de la exposición a bebidas energéticas. Uno de los cambios iniciales observables es la reducción de la dureza del esmalte, hallazgo que demuestra que incluso exposiciones de corta duración a bebidas con potencial erosivo pueden modificar la superficie dental. (4)

La evidencia epidemiológica señala que el consumo frecuente o excesivo de caramelos, dulces y gomas de mascar de carácter ácido puede constituir un factor de riesgo para el desarrollo de erosión dental. Se ha observado que estos productos pueden incrementar el flujo salival y, al mismo tiempo, disminuir el pH de la saliva hasta valores inferiores a 5,5, favoreciendo la desmineralización de los tejidos dentarios. Aunque existe menor cantidad de estudios centrados específicamente en las gomas de mascar, se ha descrito que las variedades denominadas «sour» producen descensos del pH salival más pronunciados que las convencionales y pueden reducir la dureza de los dientes permanentes. Para alcanzar el grado de acidez deseado, los fabricantes pueden incorporar diferentes combinaciones de ácidos, entre ellos ascórbico, acético, adípico, cítrico,

fumárico, láctico y tartárico, ya sea en el recubrimiento, relleno o mezcla del producto. (5,6)

La denominación «sin azúcar» suele asociarse con productos seguros para la dentición debido a su baja o nula cariogenicidad. Sin embargo, la ausencia de azúcar no significa que estos productos carezcan de potencial perjudicial, pues su formulación puede incluir ácidos como el cítrico, fosfórico, ascórbico, málico, tartárico, oxálico, carbónico o fumárico. Por esta razón, también pueden participar en el desarrollo de erosión dental. La capacidad erosiva depende de una interacción compleja de propiedades fisicoquímicas, entre las que se incluyen el tipo de ácido, el pH, la acidez titulable, el potencial de quelación, las concentraciones de calcio y fosfato, la temperatura y la capacidad de adhesión del producto. (7)

2.6. Factores fisicoquímicos y papel protector de la saliva

Entre las propiedades mencionadas, el pH, la acidez titulable y la cantidad de calcio se consideran parámetros especialmente útiles para valorar el potencial erosivo. No obstante, la evolución de la erosión también depende de condiciones biológicas propias de la cavidad oral. La saliva desempeña un papel protector relevante gracias a su capacidad amortiguadora, su contenido de calcio, fosfato y flúor, así como al flujo salival y a su efecto de limpieza. Comprender tanto las características erosivas de los productos como los mecanismos protectores de la saliva permite interpretar de manera más adecuada la dinámica del desgaste erosivo. (7)

El análisis de las propiedades fisicoquímicas de los alimentos procesados permite estimar su posible efecto erosivo sobre los tejidos dentales. Para esta valoración resultan importantes variables como el pH, la acidez titulable, la naturaleza del ácido presente, su capacidad quelante y la concentración de minerales, especialmente calcio, fosfato y flúor. El conocimiento de estos parámetros constituye, por tanto, una herramienta útil para comprender y anticipar la erosividad de determinados alimentos. (8)

2.7. Abordaje restaurador y odontología mínimamente invasiva

Cuando una lesión no cariosa progresa hasta comprometer la dentina, la resistencia estructural del diente o la apariencia estética, puede estar indicado un abordaje restaurador. Su finalidad es disminuir la sensibilidad frente a estímulos térmicos, prevenir el compromiso pulpar y limitar daños adicionales relacionados con dentífricos abrasivos, nuevas exposiciones ácidas o impactación de alimentos. El tratamiento también busca

reducir molestias sobre lengua y mejillas, recuperar la estética y mejorar la resistencia del elemento dentario afectado. (9)

El desarrollo de los sistemas adhesivos, junto con los principios de la odontología mínimamente invasiva, ha permitido utilizar restauraciones directas e indirectas elaboradas con resinas compuestas como alternativas conservadoras para rehabilitar dientes afectados por erosión. Para que estos procedimientos sean clínicamente funcionales, la unión entre el material restaurador y la estructura dental debe poseer resistencia suficiente para soportar las fuerzas presentes en el ambiente oral. (9)

2.8. Clasificación y mecanismos de la erosión dental

De acuerdo con la procedencia de los ácidos implicados, la erosión dental puede dividirse en intrínseca y extrínseca. La forma extrínseca se relaciona con sustancias ácidas provenientes principalmente de la dieta, como jugos, frutas, vino y bebidas energéticas, además de determinados medicamentos. En su aparición también pueden intervenir factores ambientales, biológicos y socioeconómicos. (10)

En la erosión de origen intrínseco, los ácidos proceden del contenido gástrico y alcanzan la cavidad oral en situaciones como vómitos recurrentes, reflujo gastroesofágico, hernia hiatal, bulimia o anorexia. El ácido clorhídrico constituye el principal agente implicado en este mecanismo. Mientras el jugo gástrico puro presenta un pH aproximado de 0,9 a 1,5, el contenido regurgitado puede alcanzar valores cercanos a 2,0. Los iones hidrógeno (H^+) reaccionan con los componentes minerales del diente y favorecen su disolución al interactuar con carbonatos, hidroxilos y fosfatos; por ello, el pH desempeña un papel determinante en el proceso. Antes de actuar sobre los cristales minerales, los ácidos y agentes quelantes deben difundirse a través de las estructuras superficiales presentes, como la placa, la película adquirida y las capas de proteínas y lípidos. La hidroxiapatita del esmalte es altamente reactiva y puede presentar sustituciones iónicas que modifican su estabilidad, especialmente cuando los fosfatos son reemplazados por carbonatos. La erosión química ocurre por la presencia de H^+ procedentes de ácidos fuertes o débiles y también por aniones capaces de unirse al calcio. En el caso del ácido clorhídrico, su disociación libera H^+ y cloruro; los primeros atacan directamente los cristales minerales y promueven la liberación de iones superficiales. El ácido cítrico, por su parte, genera en solución acuosa H^+ , aniones y moléculas no disociadas. Además de la acción

desmineralizante de los H^+ , el citrato puede formar complejos con el calcio de la superficie cristalina, contribuyendo al proceso erosivo. (10)

2.9. Características morfológicas de las lesiones erosivas

Desde el punto de vista morfológico, las lesiones erosivas comienzan con una superficie lisa, brillante y reblandecida. Conforme el proceso progresa, las convexidades anatómicas pueden perderse y adoptar una apariencia más plana, mientras aparecen concavidades cuya anchura suele superar su profundidad. En las superficies vestibulares es característico que permanezca conservado un margen de tejido próximo a la encía. (10)

2.10. Erosión dental y enfermedad por reflujo gastroesofágico

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) se presenta cuando el contenido del estómago asciende hacia el esófago y ocasiona síntomas molestos, complicaciones o ambos. Su importancia clínica y social se relaciona con su frecuencia creciente y con la persistencia de manifestaciones capaces de afectar la calidad de vida. Las alteraciones orales asociadas con la ERGE pueden pasar inadvertidas para pacientes y profesionales hasta alcanzar grados importantes de daño. Entre sus manifestaciones se describen prurito o sensación de ardor en la mucosa oral, sensibilidad dentaria, aftas, sabor ácido y disminución de la dimensión vertical de oclusión. En situaciones más avanzadas puede aparecer erosión dental irreversible, cuyo deterioro puede intensificarse por mecanismos de fricción y abrasión. (11)

Los estudios realizados en personas con reflujo crónico han mostrado una mayor presencia de erosión dental y una frecuencia reducida de lesiones cariosas en comparación con grupos control. En pacientes con ERGE, la saliva ha sido identificada como un factor capaz de modificar la evolución del proceso erosivo. Algunas investigaciones no han establecido una relación directa entre el reflujo y la aparición de caries, aunque sí han descrito modificaciones microscópicas de la mucosa palatina. Debido a su participación en la homeostasis de la cavidad oral y del tracto digestivo, la saliva posee especial relevancia; en individuos con ERGE se han registrado alteraciones tanto de su pH como del volumen secretado. (11)

2.11. Desmineralización y respuesta de esmalte y dentina

Diversos modelos experimentales in vitro e in situ han sido utilizados para estudiar los mecanismos de desmineralización del esmalte durante sus fases iniciales. A pesar de estos

avances, todavía existen interrogantes acerca del grado en que dichas alteraciones tempranas pueden revertirse. También se ha evaluado la remineralización posterior a desafíos cariogénicos; sin embargo, el proceso de recuperación del esmalte previamente erosionado presenta características distintas a las observadas en la remineralización de una lesión cariosa. (12)

El esmalte y la dentina no responden de la misma manera frente a un desafío erosivo. La pérdida mineral se inicia cuando el pH disminuye por debajo del nivel crítico de disolución de la hidroxiapatita, estimado en aproximadamente 5,5 para el esmalte y 6,7 para la dentina. Debido a su elevado contenido mineral, en el esmalte predomina inicialmente una desmineralización parcial de la superficie, acompañada de reblandecimiento y mayor rugosidad. En la dentina, en cambio, la pérdida de minerales avanza desde las regiones peritubulares, aumentando el diámetro de los túbulos, y posteriormente compromete la dentina intertubular hasta exponer su matriz orgánica. En etapas avanzadas, la exposición repetida a los ácidos junto con las fuerzas mecánicas puede ocasionar la pérdida del esmalte debilitado y favorecer la degradación mecánica o enzimática de la matriz dentinaria expuesta. (12)

Distintos autores consideran que el jugo gástrico posee un potencial erosivo superior al de muchos ácidos de origen externo. Esta mayor agresividad se explica tanto por la repetición de los episodios de exposición, especialmente en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico, como por sus características químicas. En comparación con numerosos ácidos dietéticos, el contenido gástrico presenta un pH más bajo y una acidez titulable más elevada, condiciones que pueden favorecer lesiones erosivas de mayor profundidad. (13)

2.12. Prevención, protección y tratamiento restaurador

Las estrategias destinadas a proteger los tejidos dentales frente a la erosión pueden incorporar sustancias capaces de neutralizar los ácidos y favorecer la remineralización. Se ha estudiado el empleo de selladores que contienen fluoruro y materiales a base de ionómero de vidrio como barreras superficiales, debido a que pueden generar una película protectora, favorecer la formación de fluoruro de calcio y aportar calcio y fosfato. Sin embargo, en determinadas situaciones el uso aislado de protectores o agentes desensibilizantes no resulta suficiente para controlar lesiones avanzadas, particularmente cuando existe exposición dentinaria, por lo que puede ser necesario recurrir a

restauraciones. Las resinas compuestas han sido recomendadas por su capacidad adhesiva, disponibilidad de tonalidades y propiedades ópticas. En pacientes con antecedentes de erosión, uno de los aspectos clínicos relevantes es la calidad de la adhesión obtenida sobre sustratos previamente erosionados, especialmente la dentina. Asimismo, persisten interrogantes respecto a si el acondicionamiento previo con protectores superficiales o desensibilizantes modifica el desempeño de la restauración adhesiva y si estos materiales deben retirarse antes del procedimiento restaurador. (13)

2.13. Diagnóstico clínico de la erosión dental

El diagnóstico de la erosión dental requiere integrar una anamnesis detallada, antecedentes médicos y farmacológicos confiables y un examen clínico cuidadoso. La evaluación debe considerar la forma y distribución de las lesiones, las condiciones oclusales y el nivel de higiene oral. Durante la entrevista, el odontólogo debe obtener información relevante con sensibilidad, evitando interrogatorios directos sobre posibles trastornos alimentarios, con el propósito de generar confianza y reconocer antecedentes compatibles con reflujo gastroesofágico, anorexia o bulimia. En pacientes con ERGE se ha descrito mayor presencia de erosión dental, aftas, ardor oral, sensibilidad dentaria y sabor ácido. Existen circunstancias en las que un paciente sin diagnóstico confirmado de ERGE debe ser remitido al gastroenterólogo, entre ellas resultados previos inconclusos o incorrectos, progresión de la erosión durante el seguimiento, ausencia de otra causa identificable o presencia de lesiones graves, incluso unilaterales y localizadas en superficies bucales. Por otra parte, los trastornos alimentarios constituyen un desafío diagnóstico para el odontólogo, ya que pueden acompañarse de erosión, caries, xerostomía, aumento del tamaño de la glándula parótida y traumatismos de la mucosa oral. (14)

2.14. Dimensión vertical de oclusión y rehabilitación oral

La pérdida marcada de altura de las superficies dentarias suele relacionarse con alteraciones de la dimensión vertical de oclusión (DVO). Además de producir cambios en el soporte facial y comprometer la estética, esta situación puede dificultar la función masticatoria y generar síntomas en la musculatura masticatoria y en la articulación temporomandibular como consecuencia de mecanismos compensatorios. En estos pacientes, la rehabilitación oral puede requerir procedimientos restauradores directos o indirectos que conserven al máximo los tejidos remanentes y permitan restablecer la DVO

bajo criterios oclusales cuidadosamente planificados. El objetivo final es recuperar la función y la estética, contribuyendo con ello a mejorar la calidad de vida del paciente.

(15)

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Fundamentación científica de la planificación

Para el estudio, la planificación, la evaluación y la ejecución del presente caso clínico se realizó una revisión de la literatura científica relacionada con la rehabilitación oral de boca completa, con énfasis en pacientes con desgaste dental severo y necesidades terapéuticas de alta complejidad.

Como sustento conceptual se consideraron publicaciones y protocolos clínicos de autores relevantes en rehabilitación oral adhesiva y manejo del desgaste dental, entre ellos Vailati, Calamita, Roberto Tello y Gustavo Huertas. Estos aportes sirvieron como referencia para estructurar la secuencia diagnóstica y terapéutica del caso.

La integración de la evidencia científica disponible permitió establecer criterios para la toma de decisiones clínicas y desarrollar una planificación individualizada orientada a conseguir una rehabilitación funcional, estética y estable a largo plazo.

3.2. Jig estético multifuncional y desprogramación muscular

Se confeccionó un jig estético multifuncional en el incisivo central superior y en el incisivo central inferior. Este recurso permitió: visualizar preliminarmente la forma y extensión de las futuras restauraciones, determinar el espacio restaurador disponible y favorecer la desprogramación muscular.

El jig se mantuvo en boca durante aproximadamente 25 a 30 minutos, período tras el cual se obtuvo la desprogramación muscular. Posteriormente, se aplicó la técnica checkpoint y se realizó el escaneo correspondiente. (anexo 9,10)

3.3. Registros digitales, encerado diagnóstico y mock-up

Con los registros obtenidos se procedió a realizar el encerado diagnóstico. Posteriormente, mediante un mock-up, se evaluó la propuesta rehabilitadora en boca, incluyendo guías y contactos oclusales, estética, comodidad y adaptación del paciente. La validación de estos parámetros permitió avanzar hacia la siguiente etapa del tratamiento. (anexo 11,12,13,14)

3.4. Determinación de la dimensión vertical de oclusión

En este punto, puede surgir la interrogante: ¿por qué aumentamos la dimensión vertical de oclusión? Para comprenderlo, primero es necesario definir este concepto. La dimensión vertical de oclusión (DVO) se define como la distancia existente entre dos puntos anatómicos previamente seleccionados, medida cuando los dientes naturales o las superficies oclusales de las prótesis se encuentran en contacto.

En este caso, el objetivo no es determinar o recuperar exactamente la dimensión vertical original del paciente, ya que no es posible conocer con certeza cuál era esa medida inicialmente. El propósito principal de aumentar la dimensión vertical de oclusión es generar el espacio restaurador necesario para llevar a cabo la rehabilitación.

Al incrementar la DVO también puede producirse una descompresión a nivel articular; sin embargo, es importante aclarar que este aumento no se realiza con la finalidad de tratar la articulación temporomandibular (ATM) ni los trastornos temporomandibulares. En este caso, la modificación de la dimensión vertical de oclusión se realiza específicamente para obtener el espacio restaurador requerido y permitir el desarrollo adecuado del tratamiento rehabilitador, creando un resultado estable, estético y funcional.

3.5. Planificación periodontal y corrección de tejidos blandos

El encerado diagnóstico permitió identificar una alteración en la armonía de los cénits gingivales de los dientes anterosuperiores, relacionada con la erupción compensatoria. Por este motivo se planificaron una gingivoplastia y una frenectomía, con el objetivo de mejorar la arquitectura gingival y favorecer la integración estética de la rehabilitación definitiva.

3.6. Fase biológica

Asimismo, antes de proceder con la colocación de los provisionales, fue necesario realizar una fase biológica, destinada a establecer condiciones adecuadas de salud bucal antes de continuar con la fase rehabilitadora. Esta etapa incluyó la realización de profilaxis profundas y la remisión del paciente al área de Periodoncia para su correspondiente evaluación y tratamiento.

Adicionalmente, se realizó el reemplazo de restauraciones defectuosas presentes en algunas piezas dentales, debido a que se identificaron restauraciones con signos de filtración. De esta manera, se buscó establecer un entorno periodontal y dental favorable antes de continuar con los procedimientos provisionales y posteriormente con la rehabilitación definitiva. (anexo 15, 16)

Una vez que el paciente culminó el tratamiento periodontal y recibió el alta correspondiente por parte del área de Periodoncia, se procedió al reemplazo de las restauraciones defectuosas previamente identificadas. Con estos procedimientos se dio por finalizada la fase biológica, estableciendo condiciones favorables para continuar con la rehabilitación oral.

Posteriormente se realizaron la gingivoplastia y la frenectomía previamente planificadas, con el objetivo de mejorar la arquitectura gingival y armonizar los cénits de los dientes anterosuperiores, favoreciendo el resultado estético de la rehabilitación. (anexo 17,18)

3.7. Fase implantológica

Además, debido a la ausencia de las piezas 36 y 46, se planificó y realizó la colocación de implantes dentales en ambas zonas edéntulas. Estos implantes permitirán posteriormente rehabilitar dichos espacios mediante restauraciones implantoportadas e integrarlas al tratamiento de rehabilitación oral de boca completa. (anexo 19,20)

3.8. Fase provisional y adaptación a la nueva dimensión vertical

Una vez colocados los implantes y realizadas la gingivoplastia y la frenectomía, con la fase biológica culminada y el alta correspondiente por parte de Periodoncia, se procedió a la elaboración y colocación de los provisionales, utilizando como referencia los modelos obtenidos durante las etapas previas de planificación.

Los provisionales fueron confeccionados respetando la nueva dimensión vertical de oclusión establecida. El paciente permaneció con ellos durante aproximadamente dos meses, con la finalidad de permitir su adaptación progresiva a la nueva dimensión vertical y evaluar clínicamente su comportamiento antes de avanzar hacia la rehabilitación definitiva.

Durante este período, se realizaron controles semanales, en los cuales se evaluaron los contactos oclusales y se efectuaron los ajustes necesarios para eliminar contactos prematuros y conseguir progresivamente una oclusión estable y confortable para el paciente.

Durante la fase provisional se presentaron algunas limitaciones relacionadas con el material utilizado. Debido al costo adicional que representaba para el paciente la confección de provisionales de larga duración en PMMA, se optó por utilizar acrílico y resina bisacrílica. Estos materiales presentaron una menor resistencia durante el período de adaptación, produciéndose fracturas y rupturas de los provisionales en varias ocasiones, lo que hizo necesario realizar reparaciones periódicas.

A pesar de estas dificultades, la fase provisional permitió realizar los ajustes oclusales necesarios y valorar la adaptación del paciente a la nueva dimensión vertical antes de continuar con las siguientes etapas de la rehabilitación definitiva.

La fase provisional fue considerada exitosa, ya que durante todo el período de adaptación a la nueva dimensión vertical de oclusión el paciente no refirió sintomatología muscular ni presentó dolores asociados a la musculatura masticatoria. De igual manera, no manifestó molestias ni sintomatología a nivel de la articulación temporomandibular (ATM).

La principal dificultad referida por el paciente estuvo relacionada con la masticación, debido al proceso de adaptación a la nueva dimensión vertical y a la presencia de algunos contactos oclusales prematuros. Estas interferencias fueron identificadas y ajustadas progresivamente durante los controles periódicos mediante desgastes selectivos de los provisionales.

Con el transcurso de las semanas, estos ajustes permitieron mejorar progresivamente la estabilidad oclusal y la función masticatoria, manteniendo al paciente sin sintomatología muscular ni articular durante la fase provisional. (anexo 21,22)

3.9. Registro definitivo de la dimensión vertical y oclusión

Una vez finalizado el período de la fase provisional y conseguida una adecuada adaptación del paciente, se realizó un nuevo escaneo intraoral, registrando la dimensión vertical de oclusión previamente establecida y ajustada durante los controles clínicos.

Para este momento, los contactos oclusales también habían sido evaluados y ajustados progresivamente, eliminando las interferencias y contactos prematuros identificados durante el período de adaptación. De esta manera, el nuevo escaneo permitió obtener un registro más preciso y confiable de la dimensión vertical, la posición oclusal y los puntos de contacto alcanzados durante la fase provisional.

Este registro digital se utilizó como referencia para trasladar la información obtenida y validada clínicamente durante la provisionalización hacia la siguiente etapa del tratamiento, permitiendo así iniciar la planificación y confección de las restauraciones definitivas.

3.10. Preparaciones para las restauraciones definitivas

Una vez finalizada y validada la fase provisional, se procedió a iniciar la preparación de las piezas dentales para la rehabilitación con las restauraciones definitivas.

Inicialmente, se planteó seguir un enfoque conservador mediante la denominada técnica sándwich, indicada en pacientes con erosión dental, que consiste en la realización de restauraciones palatinas y vestibulares con el objetivo de recuperar la estructura dental perdida mediante procedimientos adhesivos y mínimamente invasivos.

Sin embargo, durante la evaluación del *mock-up* previamente realizado, se observó que la línea media dental se encontraba desplazada hacia el lado derecho, situación relacionada con la agenesia dental que presentaba el paciente. Al analizar el resultado estético obtenido con el *mock-up*, se determinó que era necesario modificar el planteamiento inicial y realizar preparaciones para coronas en el sector anterosuperior, con el propósito de disponer de un mayor control sobre la forma y posición de las restauraciones y así corregir, en la medida de lo posible, la desviación de la línea media para obtener un resultado estético más favorable.

La preparación de los dientes anterosuperiores se realizó utilizando una llave de silicona palatina como guía, lo que permitió controlar los espesores necesarios para las futuras restauraciones y evitar un desgaste innecesario de la estructura dental. (anexo 23)

En esta etapa del tratamiento, los dientes anterosuperiores fueron preparados para recibir coronas, mientras que en el sector anteroinferior se realizaron preparaciones para carillas vestibulares. En estas últimas piezas se mantuvo un enfoque mínimamente invasivo, realizando la preparación a través del *mock-up*, lo que permitió controlar la cantidad de tejido dental removido y preservar al máximo la estructura dentaria remanente. (anexo 24)

3.11. Rehabilitación definitiva del sector anterior

Posteriormente, se recibieron las coronas del sector anterosuperior y las carillas del sector anteroinferior, procediendo a realizar la prueba clínica y posterior cementación de las restauraciones. El material seleccionado para estas restauraciones fue el disilicato de litio, debido a sus excelentes propiedades estéticas y a su adecuada resistencia al desgaste, características importantes dentro de una rehabilitación de estas características. (anexo 25,26,27,28)

Una vez realizada la cementación de las restauraciones anteriores, se verificaron los parámetros estéticos y funcionales. El paciente manifestó satisfacción con el resultado obtenido y se procedió a planificar la rehabilitación de los sectores posteriores.

3.12. Rehabilitación de los cuadrantes 1 y 4

En la siguiente cita se abordaron inicialmente los cuadrantes 1 y 4. En el cuadrante 1, el paciente presentaba una prótesis fija previa, la cual fue retirada. Al realizar el retiro, se observó que los muñones que funcionaban como pilares no se encontraban en condiciones óptimas, por lo que fue necesario realizar su restauración y reconstrucción antes de continuar con la nueva rehabilitación. (anexo 29,30)

Asimismo, se retiró una corona presente en este sector y, tras evaluar el pilar correspondiente, se determinó que tampoco se encontraba en condiciones adecuadas. Por esta razón, fue necesario restaurarlo y acondicionarlo para posteriormente reemplazar las restauraciones protésicas existentes. (anexo 31,32)

Para la rehabilitación definitiva de este sector se seleccionaron diferentes materiales de acuerdo con las necesidades clínicas. La corona individual fue confeccionada en disilicato de litio, mientras que para la prótesis fija plural se seleccionó zirconio, considerando su mayor rigidez y su comportamiento favorable en el sector posterior frente a las fuerzas oclusales.

En el cuadrante 4, el paciente presentaba dos premolares, los cuales fueron preparados para recibir restauraciones adhesivas tipo *vonlay*, manteniendo un enfoque conservador y preservando la mayor cantidad posible de estructura dental remanente. Asimismo, debido a la presencia de un implante en este sector, se planificó la confección de una corona implantosoportada. (anexo 33,34)

Para la toma de impresiones se utilizó un escáner intraoral. En el área correspondiente al implante se colocó un *scan body*, lo que permitió registrar digitalmente y con precisión la posición tridimensional del implante para la posterior confección de la restauración implantosoportada.

Es importante mencionar que, durante la rehabilitación de los cuadrantes 1 y 4, se logró mantener estable la dimensión vertical de oclusión previamente establecida, debido a que los sectores posteriores contralaterales, correspondientes a los cuadrantes 2 y 3, así como el sector anterior ya rehabilitado, conservaron las referencias oclusales obtenidas durante la planificación.

De esta manera, la dimensión vertical no se modificó durante esta etapa y fue posible obtener un registro de mordida acorde con la posición oclusal previamente planificada y validada durante la fase provisional, permitiendo trasladar estos parámetros a las restauraciones definitivas. (anexo 35,36)

3.13. Rehabilitación de los cuadrantes 2 y 3

Para la rehabilitación de los cuadrantes 2 y 3, se mantuvo un enfoque adhesivo y mínimamente invasivo, seleccionando el tipo de restauración de acuerdo con las condiciones clínicas de cada pieza dental.

En el cuadrante 2, debido a la presencia de recesiones gingivales, se realizaron restauraciones adhesivas tipo *vonlay*. Este tipo de restauración nos permitió conservar la

mayor cantidad posible de tejido dentario sano y, al mismo tiempo, obtener un adecuado sellado de las preparaciones. Este aspecto fue especialmente importante debido a que se trataba de piezas dentales vitales, por lo que se buscó preservar al máximo su estructura remanente. (anexo 37,38)

En el sector inferior, correspondiente al cuadrante 3, los premolares fueron preparados para recibir carillas oclusales tipo *tabletop*, manteniendo igualmente un concepto de preparación mínimamente invasiva y adhesiva. (anexo 39,40,41)

Finalmente, debido a la presencia de un implante en este cuadrante, se realizó también una corona implantosoportada, completando de esta manera la rehabilitación del sector posterior. (anexo 42,43,44)

4. COMUNICACIÓN DE RESULTADOS

4.1. Resultado estético y adaptación funcional inicial

Una vez finalizado el tratamiento rehabilitador se evidenció una mejoría estética significativa y el paciente manifestó un alto grado de satisfacción con el resultado. Además de la valoración estética, se estableció un protocolo de seguimiento para evaluar la adaptación funcional y oclusal a las nuevas restauraciones. (anexo 45)

4.2. Control oclusal a la primera semana

Una semana después de finalizar el tratamiento, se realizó el primer control. Durante esta cita, el paciente manifestó cierta dificultad para comer y masticar. Por este motivo, se efectuó un control oclusal, en el cual se identificaron algunos contactos que requirieron ajustes para mejorar la función masticatoria.

4.3. Seguimiento a corto plazo

El paciente fue citado nuevamente una semana después y manifestó una mejoría considerable. Posteriormente, se realizó un nuevo control al mes, momento en el cual refirió encontrarse mucho más adaptado funcionalmente a sus restauraciones y podía masticar sus alimentos con mayor comodidad. La única dificultad que persistía estaba relacionada con la trituración de alimentos de mayor dureza.

Esta adaptación progresiva puede relacionarse con el cambio producido en su esquema oclusal. Previamente, debido al desgaste dental severo y a la pérdida de la dimensión vertical, el paciente presentaba superficies oclusales prácticamente planas, con pérdida de la anatomía de cúspides y fosas. Esta condición le permitía realizar movimientos mandibulares y deslizamientos durante la masticación con pocas limitaciones. Con la rehabilitación se restableció la anatomía dental y oclusal, por lo que el paciente necesitó un período de adaptación al nuevo patrón funcional.

4.4. Evaluación a los dos meses

A los dos meses, se realizó un nuevo control clínico, en el cual el paciente se encontraba estable tanto funcional como oclusalmente. Se evidenció una adecuada adaptación a las

restauraciones, estabilidad de los contactos oclusales y un excelente estado de salud periodontal.

4.5. Comparación digital inicial y final

Finalmente, se realizó un nuevo escaneo intraoral, que permitió comparar digitalmente las condiciones iniciales con el resultado obtenido después de la rehabilitación. Los cambios fueron evidentes: se logró devolver al paciente función, estética, estabilidad oclusal y salud periodontal. Asimismo, la rehabilitación produjo un impacto positivo en su seguridad al sonreír, reír y hablar.

El restablecimiento de la dimensión vertical también generó cambios favorables en la apariencia facial, mejorando el soporte de los tejidos periorales y proporcionando una apariencia más armónica y rejuvenecida. (anexo 46,47)

4.6. Fase de mantenimiento: férula oclusal

Una vez que el paciente alcanzó una adecuada estabilidad funcional y oclusal, se procedió a la elaboración de una férula oclusal, considerando el antecedente de bruxismo identificado desde las primeras etapas del diagnóstico.

El objetivo de la férula fue proteger las restauraciones definitivas y favorecer su longevidad, disminuyendo el contacto directo entre las superficies dentales restauradas durante los episodios nocturnos de apretamiento y rechinar dental.

Una vez confeccionada, se verificó clínicamente su adaptación y se entregó al paciente con la indicación de utilizarla durante las noches. De esta manera, la férula oclusal pasó a formar parte de la fase de mantenimiento y protección de la rehabilitación realizada.

5. CONCLUSIONES

El presente caso evidencia la importancia de una planificación minuciosa y progresiva en la rehabilitación oral de boca completa. La evaluación inicial, la determinación de una nueva dimensión vertical, la fase provisional, los controles oclusales y la ejecución secuencial de las restauraciones definitivas permitieron alcanzar un resultado estable, funcional y estético, acorde con los objetivos terapéuticos planteados.

La rehabilitación oral de boca completa produjo cambios favorables en la función, la estabilidad oclusal, la estética y la percepción de seguridad del paciente, aspectos que en conjunto pueden contribuir positivamente a su calidad de vida.

El diagnóstico inicial constituyó la base para definir la secuencia terapéutica. La identificación de los factores asociados al desgaste dental y el establecimiento de objetivos clínicos claros fueron determinantes para la toma de decisiones durante cada fase del tratamiento.

La integración de herramientas de planificación digital y convencional permitió organizar de manera secuencial el tratamiento. El encerado diagnóstico, el mock-up, la fase provisional y los registros digitales facilitaron la evaluación progresiva de los parámetros estéticos, funcionales y oclusales antes de la confección de las restauraciones definitivas.

La aplicación de un enfoque adhesivo y mínimamente invasivo permitió preservar la mayor cantidad posible de estructura dentaria remanente. Debido al desgaste severo preexistente, las preparaciones se diseñaron para evitar reducciones innecesarias y conservar, en la medida de lo posible, la vitalidad de las piezas dentales.

El éxito del tratamiento se relacionó con la integración de un diagnóstico preciso, una planificación individualizada, una ejecución clínica secuencial y un seguimiento periódico. Estos elementos permitieron obtener una rehabilitación estable, funcional y estética, orientada a preservar los tejidos dentales remanentes y favorecer la predictibilidad del resultado a largo plazo. (anexo 48,49,50,51,52,53,54)

6. RECOMENDACIONES

6.1. Controles clínicos periódicos

Se recomienda realizar controles periódicos cada tres meses, con el objetivo de evaluar la evolución clínica del paciente y mantener los resultados obtenidos durante el tratamiento.

6.2. Higiene oral y control dietético

Es fundamental indicar al paciente la importancia de mantener una adecuada higiene oral, mediante el cumplimiento constante de las medidas de cuidado recomendadas. Asimismo, deberá evitar los hábitos alimentarios identificados inicialmente como factores asociados a la erosión dental, especialmente el consumo frecuente de alimentos y bebidas ácidas. De esta manera, se busca mantener condiciones favorables en el medio oral y evitar exposiciones ácidas que puedan comprometer la longevidad de las restauraciones.

6.3. Uso nocturno de férula oclusal

Debido al antecedente de bruxismo, se recomienda el uso de la férula oclusal durante las noches, con la finalidad de proteger las restauraciones frente a las fuerzas generadas por el apretamiento y rechinar dental.

6.4. Seguimiento periodontal

También deberá mantenerse un seguimiento periodontal cada tres meses, evaluando la salud de los tejidos periodontales y realizando los procedimientos preventivos que sean necesarios.

6.5. Control de la estabilidad oclusal

Durante estos controles periódicos se deberá realizar además una evaluación de la estabilidad oclusal, verificando los puntos de contacto e identificando posibles interferencias o cambios que requieran ajustes.

6.6. Evaluación de las restauraciones adhesivas

Finalmente, será indispensable realizar una evaluación periódica de las restauraciones adhesivas, controlando su integridad, adaptación, sellado y comportamiento clínico. Este

protocolo de mantenimiento permitirá detectar oportunamente cualquier alteración y contribuirá a conservar a largo plazo la estabilidad funcional, estética y periodontal conseguida mediante la rehabilitación.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. D'Agostino FS, Dutrey PL, Muller ML, Capusotto AO. Alternativas de tratamento para pacientes jóvenes con pérdida de estructura dentaria. Parte 1: caso clínico. *Rev Fac Odontol BAires*. 2021;36(82):21-6.
2. João-Souza SH. Análise da progressão de lesões de erosão em dentina após irradiação com laser de Nd: YAG e flúor. 2014;105-105.
3. Pereira LG de S. Avaliação de um gel contendo fluoreto e estanho como uma opção de tratamento profissional para o controle da erosão do esmalte e da dentina. *junio de 2022*;69-69.
4. Matumoto MSS, Terada RSS, Higashi DT, Fujimaki M, Suga SS, Guedes-Pinto AC. In vitro effect of energy drinks on human enamel surface. *Rev Odontol UNESP Online*. enero de 2018;47(1):57-62.
5. Farias MMAG, Vendramel G, Correia MF, Luiz BKM, Araújo SM de. Investigação do potencial erosivo de gomas de mascar não convencionais. *RFO UPF*. marzo de 2021;26(1):78-83.
6. Farias MMAG, Soares AK, Bonvini B, Araújo SM, Schmitt BHE. Potencial erosivo de doces azedos (sour candies) dissolvidos em água e saliva artificial. *RFO UPF*. enero de 2018;22(2):177-81.
7. Rita MR, Farias MMAG, Silveira EG da. Potencial erosivo de pastilhas e balas duras «zero açúcar» dissolvidas em água e saliva artificial. *Rev Odontol Univ Cid São Paulo Online*. agosto de 2018;30(3):246-55.
8. Farias MMAG, Ramos BLM, Silveira EG. Avaliação do potencial erosivo de balas duras. *ROBRAC*. enero de 2016;25(74):135-8.
9. Ramos TM. Avaliação in vitro da morfologia e da resistência de união de adesivos à dentina humana hígida ou submetida à ciclagem erosiva e irradiada com os lasers de Er: YAG e Er, Cr:YSGG. 2012;113-113.
10. Oliveira TA de. Comparação da ação de princípios ativos incorporados a um enxaguatório bucal na prevenção/controle da erosão dental. 2012;102-102.
11. Corrêa MCCSF, Lerco MM, Cunha M de LR de S da, Henry MAC de A. Salivary parameters and teeth erosions in patients with gastroesophageal reflux disease. *Arq Gastroenterol*. septiembre de 2012;49(3):214-8.
12. Guedes APA. Efeito da ciclagem de ph erosiva nas propriedades mecânicas da dentina utilizando diferentes materiais restauradores. 2013;191-191.
13. Damasceno JE, Rodrigues FV, Dias LM, Shibasaki PAN, Lima MJP, Araújo RPC de, et al. Effect of Dental Erosion and Methods for its Control on the Marginal and

Internal Adaptation of Restorations with Different Adhesive Systems. J Health Sci Londrina [Internet]. diciembre de 2019;21(5). Disponible en: <https://journalhealthscience.pgsscogna.com.br/JHealthSci/article/view/6506/5368>

14. Vasconcelos FMN de, Vieira SCM, Colares V. Erosão Dental: Diagnóstico, Prevenção e Tratamento no Âmbito da Saúde Bucal. Rev Bras Ciênc Saúde. 2010;14(1):59-64.

15. Neto OM dos S, Micharki AL, Zavanelli AC, de Almeida RP, da Silva VMG, Naufel FS, et al. Restabelecimento da dimensão vertical de oclusão em paciente com erosão ácida devido à refluxo gastroesofágico. RFO UPF [Internet]. marzo de 2024;29(1). Disponible en: <https://seer.upf.br/index.php/rfo/article/view/15681>

8. ANEXOS

1



2



3



4



5



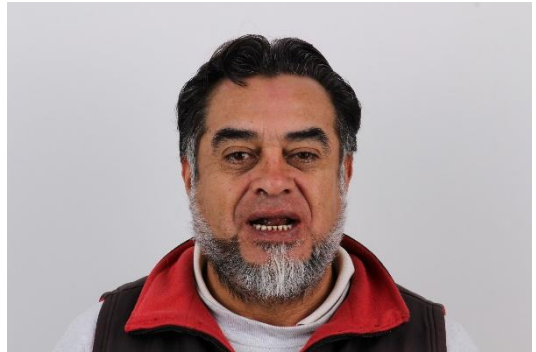
6



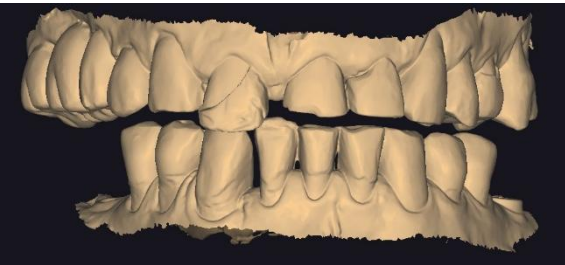
7



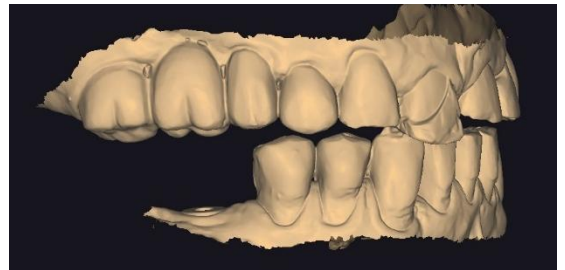
8



9



10



11



12



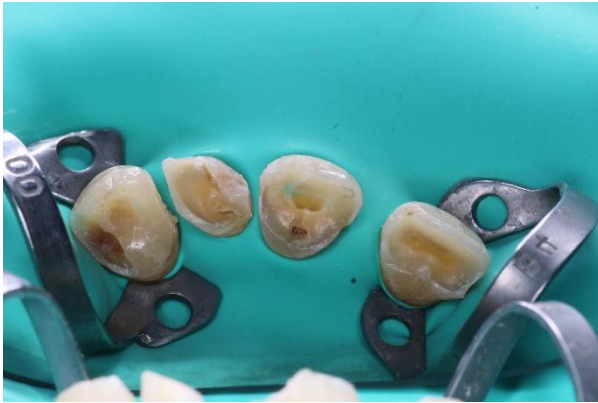
13



14



15



16



17



18



19



20



21



22



23



24



25



26



27



28



29



30



31



32



33



34



35



36



37



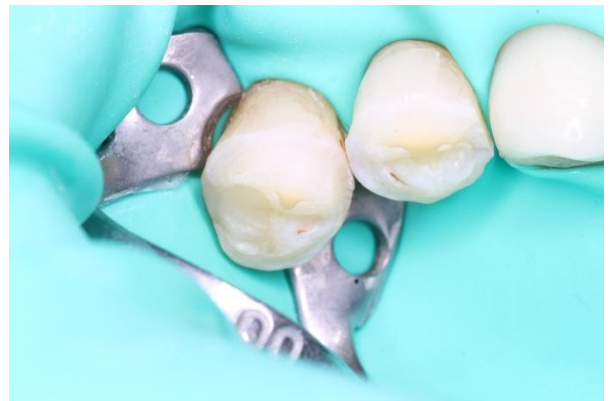
38



39



40



41



42



43



44



45



46



47



48



49



50



51



52



53



54

