

REPORTE DE CASO

ADAPTACIÓN DE PLAN DE TRATAMIENTO EN REHABILITACIÓN ORAL MEDIANTE PRÓTESIS FIJA Y REMOVIBLE: REPORTE DE CASO CLÍNICO

ADAPTATION OF TREATMENT PLAN IN ORAL REHABILITATION USING FIXED AND REMOVABLE PROSTHESES: CLINICAL CASE REPORT

Luz Benitez¹, Nadia Penayo¹, Fatima Flores², Carlos Invernizzi Mendoza³,
Paz Fernández Sosa⁴

¹Odontóloga, Universidad Autónoma de Asunción, Paraguay

²Docente, Catedra de Clínica Integrada, Universidad Autónoma de Asunción, Paraguay

³Vicerrector, Universidad Autónoma de Asunción, Paraguay

⁴Docente - Área de investigación, Universidad Autónoma de Asunción, Paraguay

RESUMEN:

Introducción: La rehabilitación oral constituye un proceso clínico fundamental dentro de la prostodoncia. Entre las alternativas terapéuticas más empleadas se encuentran las prótesis dentales fijas (como coronas y puentes cementados sobre dientes o implantes) y las prótesis dentales removibles (que el paciente puede retirar para su higiene). Diversos estudios clínicos han demostrado que tanto las prótesis fijas como las removibles pueden mejorar significativamente la función

masticatoria y la satisfacción del paciente con su rehabilitación oral.

Objetivo: Describir el abordaje multidisciplinario de un caso de rehabilitación oral mediante prótesis fijas y removibles orientado a restablecer la función masticatoria y la armonía estética. **Descripción del caso clínico:** Paciente de sexo femenino de 59 años acude a la clínica de la Universidad Autónoma de Asunción con el objetivo de mejorar su apariencia estética, y su función masticatoria. **Conclusión:** La rehabilitación oral mediante la combinación de prótesis fijas y

Autor corresponsal: Paz Fernández Sosa. **Correo electrónico:** pacif07@gmail.com

Recibido: 23/05/2026. **Artículo aprobado:** 10/07/2026.



Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de [Licencia de Atribución Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), que permite uso, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que se acredite el origen y la fuente originales.

removibles, sustentada en un diagnóstico integral y una planificación multidisciplinaria, permitió restablecer la función masticatoria y la armonía estética de la paciente, evidenciando la importancia de la individualización terapéutica y del seguimiento clínico para la estabilidad de los resultados obtenidos.

Palabras claves: Rehabilitación, Prótesis dental removable, Puente dental, Prostodoncia.

Abstract: Introduction: Oral rehabilitation constitutes a fundamental clinical process within prosthodontics. Among the most used therapeutic alternatives are fixed dental prostheses (such as crowns and bridges cemented on teeth or implants) and removable dental prostheses (which the patient can remove for hygiene). Various clinical studies have shown that both fixed and removable prostheses can significantly improve masticatory function and patient satisfaction with their oral rehabilitation. Objective: Describe the multidisciplinary approach to a case of oral rehabilitation using fixed and removable prostheses aimed at restoring masticatory function and

aesthetic harmony. Description of the clinical case: A 59-year-old female patient comes to the clinic of the Autonomous University of Asunción with the aim of improving her aesthetic appearance and chewing function. Conclusion: Oral rehabilitation through the combination of fixed and removable prostheses, supported by a comprehensive diagnosis and multidisciplinary planning, allowed the patient's masticatory function and aesthetic harmony to be restored, evidencing the importance of therapeutic individualization and clinical follow-up for the stability of the results obtained.

Keywords: Rehabilitation, Removable dental prosthesis, Dental bridge, Prosthodontics

INTRODUCCIÓN

La rehabilitación oral constituye un proceso clínico fundamental dentro de la prostodoncia que tiene como finalidad restaurar la función masticatoria, la estética dental y la armonía del sistema estomatognático en pacientes con pérdida de dientes parcial o total (1,2). La pérdida dental puede afectar no solo la capacidad masticatoria, sino también el

equilibrio oclusal, la fonética y la calidad de vida del paciente, lo que hace imprescindible un tratamiento protésico adecuado (1).

Entre las alternativas terapéuticas más empleadas se encuentran las prótesis dentales fijas (como coronas y puentes cementados sobre dientes o implantes) y las prótesis dentales removibles (que el paciente puede retirar para su higiene) (3). La selección de una u otra modalidad dependerá de factores clínicos, biológicos, funcionales y estéticos, así como de las expectativas del paciente.

Diversos estudios clínicos han demostrado que tanto las prótesis fijas como las removibles pueden mejorar significativamente la función masticatoria y la satisfacción del paciente con su rehabilitación oral, incluyendo el aumento de la eficiencia masticatoria y del área de contacto oclusal después de la colocación protésica (3). Además, la planificación protésica que integra criterios estéticos permite convertir la rehabilitación oral no sólo en un proceso funcional, sino también en uno que favorece la estética dental y facial del paciente.

Por otro lado, trabajos de caso clínico han documentado experiencias de rehabilitación combinada con prótesis fijas y removibles donde se evidencia una recuperación de la dimensión vertical perdida y restauración de la estabilidad oclusal, funcionalidad y estética bucal (3).

En conjunto, la evidencia sugiere que una rehabilitación oral individualizada y basada en un enfoque integral puede contribuir significativamente a mejorar la función masticatoria, la estética y la calidad de vida de los pacientes, siempre que se lleve a cabo con un diagnóstico preciso y planificación apropiada de los parámetros oclusales, anatómicos y estéticos (1).

El objetivo de este trabajo es describir una Rehabilitación oral mediante prótesis fijas y removibles basada en una planificación multidisciplinaria restaurando la función masticatoria y la armonía estética.

REPORTE DE CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 59 años acude a la clínica de la Universidad Autónoma de Asunción

con el objetivo de mejorar su apariencia estética y su función masticatoria.

Anamnesis Clínica

Refiere tener hipertensión bajo tratamiento.

Anamnesis Odontológica

Se solicitó una radiografía panorámica, en la cual se observó tratamiento de endodoncia en las piezas 13, 25 y 26; ausencia de las piezas 14, 21, 22, 23, 24, 36, 37, 44, 45, 46 y 47; presencia de un perno metálico en la pieza 12; pérdida ósea en la zona anterior superior e inferior y restauraciones en las piezas 15, 16, 14, 25 y 26 (Fig. 1). Además, la paciente presentaba una prótesis fija desde la pieza 21 hasta las piezas 25 y 26 (Fig. 2), así como un puente provisorio desde las piezas 11, 12, 13 y 15 (Fig. 3).



Fig.1.Ortopantomografía.



Fig. 2 Fotografía Intraoral Superior.



Fig.3 Fotografía Intraoral Frontal.

Radiográficamente se observa reabsorción ósea en ambas arcadas, la pieza 12 requiere de una extracción, la pieza 15 una endodoncia colocación de perno, al igual que las piezas 25 y 26 que necesitarían la colocación de un perno (Fig. 1).

Desde una perspectiva clínica, las encías presentan signos de enfermedad periodontal en ambas arcadas que también requieren una rehabilitación oral integral para mejorar la función y la estética (Fig. 2 y 3).

Diagnóstico Examen Clínico

La paciente presenta una mordida inestable, a causa de la movilidad del puente que va del 21 al 26 con solo 2 pilares, al igual de la falta de soporte posterior en la arcada inferior.

En la exploración clínica se puede apreciar que en los soportes 25 y 26 las encías están inflamadas, también una caries extensa en la pieza 15 y 11. Prótesis fijas deficientes.

Examen periodontal

Existe inflamación, sangrado al sondaje y bolsas periodontales con profundidad de más de 4mm.

Plan de Tratamiento

Se realizaron modelos de estudio para la planificación del tratamiento. Con la anamnesis, las radiografías y la exploración se determinó realizar profilaxis en ambas arcadas, exodoncia de la pieza 12, endodoncia en la pieza 15 y la instalación de perno de fibra de vidrio (Fig. 5).



Fig. 4 Radiografía Periapical de la pieza 13.



Fig. 5 Radiografía periapical de la pieza 15.

Siguiendo con la evaluación clínica y de imagen se determinó colocación de perno de fibra en las

piezas 13,15 (Fig. 4) para luego colocación de corona céramo-metálica, tallado en la pieza 11, y prótesis parcial removible en ambas arcadas.

En la arcada inferior se indicó encerado desde el 33 al 43 y montaje con articulador para levantamiento de mordida.

Hipótesis de rehabilitación

En la arcada superior del lado izquierdo se habría propuesto la realización de coronas

céramo-metálicas y colocación de perno de fibra de vidrio en las piezas 25 y 26. Pero a la hora de remover el puente fijo, también se retiró el perno provisorio y que se observaron fracturas en ambas piezas dentarias, todo a causa de que solo esas dos piezas dentarias eran soporte de un puente de 5 piezas. Por ello se descartó ese plan de tratamiento y se optó por la extracción de esas piezas (Fig. 6 y 7).

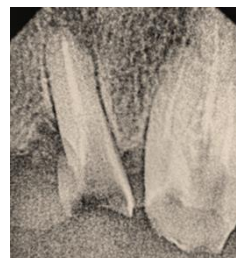


Fig. 6 Radiografía periapical de las piezas 25 y 26.



Fig. 7 Fotografía intraoral de la arcada superior al remover el puente fijo.



Fig. 8 Imagen del puente fijo que va del 21 al 26 el cual tenía perno de acrílico.

Procedimiento Clínico

Se procedió a la exodoncia de la pieza dentaria 12, y en la pieza 13 la instalación de perno de fibra de vidrio donde se empleó el cemento resinoso (Allcem Core, FGM) y confección de muñón con resina.

Después se llevó a cabo a la endodoncia en la pieza 15 y fue utilizado el cemento a base de resina epoxi-amina (AH Plus Jet), para luego la instalación de perno de fibra de vidrio donde se empleó

cemento resinoso y confección de muñón con resina.

Luego se realizó la remoción del puente fijo, una impresión con silicona de condensación densa y fluida (Coltene Techdent), y un registro de mordida para la realización de un puente provisorio de las piezas 11,13 y 15, y una prótesis provisoria con ganchos.(Fig 9,10).



Fig. 9 Imagen sin provisorio antes de la toma de impresión.



Fig. 10 Imagen de la toma de registro de mordida con placa y rodete de cera.

Se llevó a cabo la instalación del puente provisorio con las piezas 11,12,13,14 y 15 además de la adaptación la prótesis parcial removible (Fig. 11.1, 11.2, 12)



Fig. 11.1 Prótesis parcial removible de las piezas 21 al 26.



Fig. 11.2 Puente provisorio de acrílico de las piezas 11 al 15.



Fig 14. Imagen frontal de prueba de casquete de las piezas 11,12,13,14 y 15

A continuación, luego de 22 días de cicatrización se retiró los puntos de la extracción y se llevó a cabo la impresión con silicona de adición densa y fluida (President, Coltene), con la técnica de un solo paso, dicha impresión se mandó al laboratorio para la confección de la estructura metálica.

Luego se realizó la prueba de la estructura metálica o casquete (Fig. 14). En la siguiente sesión

realizamos la prueba de bizcochado y toma de color.



Fig. 12 Imagen extra oral frontal después de la colocación del provisorio.

Se llevó a cabo la cementación del puente de céramo-metálico con lonómero de vidrio (GC Gold Label 1) y se realizó las carillas de resina compuesta, de las piezas inferiores 31,32,33,41,42 y 43. (Fig. 15)



Fig 15. Imagen final del caso clínico.

Se realizó el control clínico en el cual se hicieron ajustes de oclusión y adaptación de la prótesis removible, a los 15 días de la instalación.

Consentimiento informado: La paciente otorgó consentimiento informado para la realización del tratamiento y la publicación de las imágenes clínicas con fines científicos.

Consideraciones éticas: El presente reporte se desarrolló respetando los principios éticos de la Declaración de

Helsinki y la confidencialidad de la paciente.

DISCUSIÓN

La rehabilitación oral mediante prótesis fijas y removibles constituye una alternativa terapéutica eficaz para restablecer la función masticatoria, la estabilidad oclusal y la armonía estética en pacientes con pérdida dentaria parcial y alteraciones funcionales del sistema estomatognático. En el presente reporte de caso, la paciente presentó una mordida inestable, prótesis fijas deficientes, enfermedad periodontal activa y pérdida de soporte posterior, lo que requirió un abordaje integral y una planificación cuidadosa para lograr un resultado funcional y estético satisfactorio.

La evaluación clínica inicial permitió identificar la necesidad de realizar tratamientos previos a la rehabilitación protésica definitiva, como la profilaxis, la exodoncia de piezas con pronóstico desfavorable y el control periodontal. Diversos estudios destacan que la presencia de inflamación gingival y enfermedad periodontal no controlada constituye un factor de riesgo para el fracaso de las

rehabilitaciones protésicas, por lo que el acondicionamiento de los tejidos de soporte resulta fundamental antes de la colocación de prótesis definitivas (4,5). En este caso, el control periodontal previo permitió mejorar el estado de los tejidos y crear un entorno favorable para la rehabilitación.

Desde el punto de vista endodóntico-restaurador, la indicación de pernos intrarradiculares de fibra de vidrio en las piezas tratadas respondió al grado de destrucción coronaria y a la necesidad de reforzar la estructura dental remanente. La literatura señala que los pernos de fibra de vidrio presentan un módulo de elasticidad similar al de la dentina, lo que favorece una distribución más homogénea de las fuerzas oclusales y reduce el riesgo de fracturas radiculares, en comparación con los pernos metálicos (6,7). Estas características justifican su elección en dientes con suficiente remanente dentario, como en el caso presentado.

La remoción del puente fijo previo evidenció una planificación protésica inadecuada, ya que solo dos piezas dentarias soportaban un puente

extenso, lo que provocó fracturas y movilidad de los pilares. Esta situación coincide con lo reportado en la literatura, donde se señala que una incorrecta selección de pilares y una distribución inadecuada de las cargas oclusales pueden comprometer la supervivencia de las prótesis fijas (8). Ante este hallazgo, se descartó el plan inicial de las coronas céramo-metálicas en 2 piezas dentarias y se optó por un nuevo enfoque terapéutico más conservador y predecible el cual sería la utilización de prótesis parcial removible.

En cuanto a la rehabilitación protésica, se eligió la confección de coronas céramo-metálicas por su resistencia mecánica, estabilidad clínica y adecuada estética, especialmente en pacientes con mordida inestable y pérdida de soporte posterior. Estudios previos han demostrado que este tipo de restauraciones ofrece resultados clínicos confiables a largo plazo, combinando funcionalidad y estética con un costo accesible (9). Asimismo, la indicación de prótesis parcial removible permitió restablecer la función masticatoria y el soporte oclusal de manera

efectiva, siendo una alternativa válida en pacientes con extensas zonas edéntulas o limitaciones estructurales. (10)

Finalmente, el uso de prótesis provisionales durante el proceso de rehabilitación cumplió un rol fundamental, ya que permitió evaluar la estética, la función y la adaptación del paciente antes de la instalación de la prótesis definitiva. La literatura destaca que los provisorios no solo cumplen una función estética, sino que también facilitan la estabilización oclusal y la adaptación neuromuscular del paciente, contribuyendo al éxito del tratamiento definitivo. (11)

En conjunto, el presente caso clínico demuestra que una correcta planificación, basada en una evaluación diagnóstica exhaustiva y en la selección adecuada de los procedimientos y materiales, permite lograr una rehabilitación oral funcional y estética, mejorando significativamente la calidad de vida del paciente.

CONCLUSIÓN

El presente caso demuestra que la rehabilitación oral mediante la combinación de prótesis fijas y

removibles, sustentada en un diagnóstico integral y una planificación multidisciplinaria, permite restablecer la función masticatoria, la estabilidad oclusal y la armonía estética, contribuyendo a mejorar la calidad de vida del paciente. Asimismo, el seguimiento periódico resulta indispensable para mantener la estabilidad de los resultados obtenidos.

Fuente de Financiación:

Este trabajo no recibió financiación externa

Declaración de conflictos:

Los autores declaran no presentar conflicto de intereses

Contribución de autores:

LB, NP y FF participaron en el diagnóstico, documentación clínica, planificación multidisciplinaria y realización de la rehabilitación oral del caso clínico. LB, NP, CIM, y PFS contribuyeron en el análisis de resultados, redacción y revisión crítica del manuscrito, aprobando la versión final para su publicación

BIBLIOGRAFÍA

1. Xie Q, Ding T, Yang G. Rehabilitation of oral function with removable dentures—still an option? Wiley; 2014. Disponible en:

- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25327636/>
2. López-Cordon MA, Khoury-Ribas L, Rovira-Lastra B, Ayuso-Montero R, Martinez-Gomis J. Improved Masticatory Performance in the Partially Edentulous Rehabilitated with Conventional Dental Prostheses. *Medicina (Kaunas)*. 2024;60(11):1790. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39596975/>
3. Ortellado RM, Casco SD, Verón DR. Rehabilitación oral estética y funcional con prótesis fijas libres de metal y prótesis removible. *Scientia Oralis Salutem*. 2023;4(02). Disponible en: <https://revistas.unc.edu.py/index.php/founc/article/view/166>
4. Duong HY, Rocuzzo A, Stähli A, Salvi GE, Lang NP. Oral health-related quality of life of patients rehabilitated with fixed and removable prostheses: an overview of available evidence. *J Oral Rehabil*. 2022;49(8):789–800. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/joor.1334>
5. Rugel Carrera KM. Tratamiento periodontal en pacientes rehabilitados protésicamente: revisión bibliográfica. Ecuador: Universidad Regional Autónoma de los Andes; 2023. Disponible en: <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/16384>
6. Granda Macías LA, Aldaz Valle EC, Arcos Lara KA. Uso clínico de pernos de fibra de vidrio y pernos metálicos. *Gac Med Estud*. 2024;5(2):e387. Disponible en: <https://revgacetaestudiantil.sld.cu/index.php/gme/article/view/387>
7. Troya Cárdenas P. Comparación entre pernos de fibra de vidrio y pernos metálicos para su uso clínico. Ecuador: Universidad Regional Autónoma de los Andes; 2023. Disponible en: <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/16331>
8. Montoya-Carralero JM, Vázquez-Álvarez R, Calvo-Guirado JL. Prosthetic failures in fixed dental prostheses: a review. *Medicina (Kaunas)*. 2025;61(2):224. Disponible en:

9. <https://www.mdpi.com/1648-9144/61/2/224>
10. Garzón Tello J. Criterios de indicación de prótesis fijas plurales de metal cerámica y zirconio. Ecuador: Universidad Nacional de Chimborazo; 2024. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/13148>
11. Liang S, Zhang Q, Witter DJ, Wang Y, Creugers NHJ. Effects of removable dental prostheses on masticatory performance and patient satisfaction. *J Prosthodont Res.* 2015;59(2):98–104. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jpor.2014.11.003>
12. Øzhayat EB. Patient-reported effect of oral rehabilitation with fixed and removable prostheses. *J Oral Rehabil.* 2019;46(6):513–521. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/joor.127>