



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

REHABILITACIÓN DENTO E IMPLANTOSOPORTADA Y
MANEJO DE LA DIMENSIÓN VERTICAL EN PACIENTE
CLASE II DE ANGLE.

CASO CLÍNICO

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

**ESPECIALISTA EN PRÓTESIS BUCAL E
IMPLANTOLOGÍA**

P R E S E N T A:

HANNALY GUADALUPE ESTRADA NARANJO

TUTOR: Esp. LUIS CELIS RIVAS

1030

ASESOR:

Revisé y autorizó
4/12/23



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**REHABILITACIÓN DENTO E IMPLANTOSOPORTADA Y
MANEJO DE LA DIMENSIÓN VERTICAL EN PACIENTE CLASE
II DE ANGLE**

| | | |
|----|------------------------------------|----|
| □ | R□SUM□□A□STRACT | □ |
| □□ | Introducci□n..... | □ |
| □□ | Método □resentaci□n de□caso□..... | □ |
| □□ | Conc□si□n | □ |
| □ | I□T□RODUCCI□□ | □ |
| □ | A□T□C□D□□T□S..... | □ |
| □ | □□A□T□AMI□□TO D□□□RO□□□MA | □ |
| □ | O□□□TIVO | □□ |
| □ | □R□S□□TACI□□ D□□CASO C□□□ICO | □□ |
| □ | R□SU□TADOS | □□ |
| □ | DISCUSI□□ | □□ |
| □ | CO□C□USI□□S | □□ |
| □□ | R□□□R□□CIAS □I□□O□R□□ICAS | □□ |

1. RESUMEN/ABSTRACT

1.1. Introducción

La dimensión vertical occlusal (DVO) se refiere a la distancia vertical medida entre dos puntos de referencia en los arcos dentarios superior e inferior cuando los dientes están en oclusión. La modificación de la dimensión vertical occlusal (DVO) en rehabilitación oral es motivo de debate, por lo que su manejo en tratamientos extensos es esencial, produciendo cambios que tienen implicaciones fisiológicas, biomecánicas, estéticas y funcionales. El presente trabajo aborda la rehabilitación oral en un paciente Clase II occlusal mediante aumento de la DVO.

1.2. Método Presentación de caso

Paciente femenino de 45 años, se presenta a la clínica de prótesis bucal e implantología de la DUE del UAM para continuar con su tratamiento protésico. Se le realiza un análisis radiográfico, panorámico intra y extraoral, así como modelos de estudio para evaluar su situación actual. Después de una planificación metódica, se provisiona a la paciente mediante un aumento de la DVO de 3 mm que de 6 meses es rehabilitada mediante coronas individuales, prótesis parcial y coronas sobre implantes.

1.3. Conclusión

Mediante la rehabilitación oral con incremento de la DVO, obtenemos una obra estética y funcional significativa sin provocar sintomatología oclusal o articular. Este tratamiento ha causado por completo la calidad de vida de nuestra paciente.

Introduction

The occlusal vertical dimension (OVD) refers to the vertical distance measured between two specific reference points in the upper and lower dental arches when the teeth are in occlusion. The modification of the occlusal vertical dimension (OVD) in oral rehabilitation is a subject of debate, as in its management in extensive treatments essential. Such modifications

produce changes that have bio-biomechanical, aesthetic, and functional implications. This procedure addresses oral rehabilitation in a Class II patient through an increase in the OVD.

Method case presentation A 45-year-old female patient presented at the oral prosthesis and implantology clinic of the Dental UAM to continue her prosthetic treatment. Radiographic analysis, intra and extraoral photographs, as well as study casts were performed to evaluate her current situation. After meticulous planning, the patient was provisionally treated with a 3mm increase in OVD, and after 6 months, she underwent rehabilitation with individual crowns, fixed partial dentures, and crowns on implants.

Conclusion Through fixed oral rehabilitation with an increased OVD, we achieved a significant improvement in aesthetic and functional aspects without causing occlusal or joint symptoms. This treatment was completely completed the qualitative for our patient.

Keywords vertical dimension, oral rehabilitation, class II Angle, dental fixed prosthesis, oral implants.

2. INTRODUCCIÓN

La diánsion vertical ocusa (DVO) es un componente crucial en la planificación y ejecución de tratamientos odontológicos, especialmente en el contexto de la rehabilitación oral. Este concepto se refiere a la distancia vertical entre los ejes axiales cuando los dientes están en contacto ocusa, y su adecuado manejo es esencial para lograr una función oclusiva, una estética adecuada y una salud bucal. A pesar de esto, se sabe que la modificación de la DVO es un procedimiento seguro cuando se indica y se realiza adecuadamente, aunque siempre pueden surgir complicaciones debido a la irreversibilidad de algunos procedimientos de ortodoncia. Siempre que se requiera hacer una modificación de la DVO, es crítico de tener un motivo sólido para realizar este procedimiento desde una perspectiva restauradora.

Desde los trabajos clásicos de autores como Peter J. Raftery en la década de 1970, hasta las investigaciones contemporáneas, se ha acumulado una valiosa base de conocimientos en torno al manejo de la DVO. Estos estudios han revisado diversos aspectos, incluyendo la determinación de la diánsion vertical fisiológica, la relación entre la DVO y la estabilidad oclusal de la articulación temporomandibular, etc.

Dado que ninguna técnica para devolver la DV ha demostrado ser lo suficientemente consistente y precisa por sí sola, es crítico de comprender sus principios y utilizar una combinación de ellas para garantizar una mayor precisión según las necesidades del paciente.

En base en la revisión hecha en el año 2000 por Rodstein et al., no existe una única posición DVO estética e inmuta, sino que existen un rango de posiciones DVOs adecuada a la zona de confort o posición terapéutica.

De acuerdo con la literatura, las indicaciones principales para modificar la DVO son armonizar la estética dentofacial, proporcionar espacio adecuado para el trabajo restaurador y mejorar las relaciones oclusales del paciente.

Es muy importante que el clínico comprenda que al aumentar la DVO, se deben considerar las relaciones oclusales previas al tratamiento, así como la sobreordida vertical y horizontal estética, bioecológica y función orofacial para ello, se tendrá que reubicar e insertar incisivos de los incisivos centrales superiores como punto de partida para realzar las curvas estéticas fonéticas pertinentes que permitan al clínico la evaluación de dicho aumento para el paciente, adaptarse a él.

Dicho esto, existen varias consideraciones para modificar la DVO en pacientes dentados. La relación de los dientes anteriores causa significativa entre con el aumento de la DVO, por lo que, en promedio, por cada milímetro que la DVO se aumenta verticalmente en los segundos molares, la sobreordida vertical disminuye alrededor de milímetros y la sobreordida horizontal aumenta alrededor de milímetros en los incisivos. Es por ello que esta modificación puede ser útil para considerar la relación entre arcadas en pacientes clase III de Angle ya que se mostrará descrujar la mordida, pero deben tomarse precauciones en pacientes de clase II ya que, de aumentarse demasiado, incrementará de manera importante la sobreordida horizontal considerando las relaciones interincisales de ambas arcadas. En este tenor, es importante considerar que siempre que se indique, se debe proporcionar tratamiento ortodóntico u ortognático previo al tratamiento de rehabilitación y dejar la “compensación protésica” a través de la modificación de la DVO como último recurso.

Dentro de este contexto, la presente tesina busca explorar evaluar la rehabilitación orofacial de un paciente Clase II oclusal de Angle mediante el aumento de la DVO basándonos en una revisión de la literatura y las experiencias clínicas de otros autores para adecuarlas a la situación actual de nuestro paciente.

3. ANTECEDENTES

La Diferenciación Vertical de la Oclusión (DVO) ha sido objeto de amplio debate y escrutinio en la literatura odontológica durante décadas, la que es fundamental para la estética facial, la función masticatoria y la salud oral en general.

El reciente consenso publicado por Rodstein et al. en 2004, se proporciona un punto de referencia sobre la DVO, al analizar diferentes estudios, establece directrices claras basadas en evidencias empíricas que contribuyen a un mejor entendimiento sobre cómo aplicar las decisiones clínicas.

Por su parte, Cañalita et al. en 2004 examinaron la planificación de tratamiento considerando la DVO, destacando que las decisiones relativas a ella son fundamentales para alcanzar los resultados estéticos y funcionales deseados. Esta perspectiva es corroborada por Addeo en 2004, quien desde una revisión sistémica pone en relieve las consideraciones de seguridad al aplicar la DVO, enfatizando la necesidad de evaluar minuciosamente las indicaciones y contraindicaciones para cada caso.

Un área de considerable interés es la relación entre la DVO y los trastornos temporomandibulares. Moreno y Oleson en 2004 se sumaron en la literatura buscando respuestas, aunque no encontraron una correlación directa, subrayaron la importancia de la precaución en la práctica clínica. En una línea similar, Addeo y cols. en 2004, proporcionan un panorama sobre las consideraciones clínicas al incrementar la DVO, poniendo énfasis en el enfoque basado en evidencia.

En 2004, Turner y Cox¹ recomiendan que la DVO se determine según la apariencia externa de la cara. Ellis², en 2004, sugirió una medida desde el plano de oclusión hasta la comisura labial, medida a distancia desde la base de la nariz hasta el oído. Simpson³, en 2004, el uso de espacio funcional libre (EFL) para determinar la DVO. Silverman⁴, en 2004, sugirió que la DVO se determinara mediante la fonética. Pound⁵, también en 2004, informó que las pruebas fonéticas eran métodos auxiliares para obtener un diagnóstico funcional estético ya que basado en el efecto de que el mandíbula tiene una posición vertical cuando el paciente pronuncia el fonema S.

Schanaian¹¹, en 1988, propuso usar la deducción salivaria como base para establecer las posiciones oclusales mandibulares. En 1988, Cott y Scaetler¹² consideraron la validez de usar radiografías para medir la DVO. Un análisis cefalométrico también proporcionó la orientación ideal de plano oclusal a posición de los dientes anteriores. En 1988, Gable y Sears¹³ afirmaron que la DVO no es estática a lo largo de la vida y refleja el período de crecimiento, desarrollo y madurez del paciente. Rivera-Moraes y Moore¹⁴, en 1988, concluyeron que, como cualquier aspecto biológico cambiante, la DVO no debe ser rígida, estática e inmutable.

En el año 1988, Misc¹⁵ señaló que la dimensión vertical de descanso no es un parámetro estático preciso, depende de varios factores como la costura de la cápsula, el estado emocional, la hora del día, la presencia o ausencia de dientes y la parafunción. En 1988, Sear¹⁶ observó que usar una férula oclusal durante un período de tiempo para evaluar la viabilidad de una nueva DVO no es válido porque la férula carece de contornos naturales, no proporciona oxígeno a esta vida e interfiere con la fonética, aunque puede ser útil para demostrar la existencia de neuro-muscular al determinar la relación axial mandibular.

En resumen, la DVO ha sido siempre siendo un área de estudio crucial en la odontología. A lo largo de los años, ha evolucionado a ser entendida como un concepto complejo que se entrelaza con la estética, la función y la salud oral. La literatura examinada aquí proporciona un marco integral para comprender y abordar la DVO en la práctica clínica contemporánea.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La rehabilitación oral es una disciplina clave en el éxito de la odontología que busca restaurar no solo la función masticatoria, sino también mejorar la estética y salud oral del paciente.

La Dimensión Vertical Oclusal (DVO) juega un papel crucial en esta rehabilitación. Su modificación ha sido propuesta como una estrategia efectiva, pero también ha generado una serie de controversias y desafíos. Mientras algunos estudios expertos enfatizan la importancia y la seguridad de ajustar la DVO, otros expresan preocupaciones sobre su seguridad y potenciales impactos negativos en estructuras cercanas.

Históricamente, la medición y comprensión de la DVO ha pasado por diversas etapas, y varias técnicas han sido propuestas para determinarla. Sin embargo, a pesar de todos los avances, persiste una falta de consenso en la literatura sobre la mejor manera de medir y ajustar la DVO, así como sobre las indicaciones y contraindicaciones para modificarla.

Por lo tanto, es importante recordar que cuando se puede optar por la rehabilitación oral en pacientes con oclusiones Clase II de Angle mediante la modificación de la DVO, garantizando no solo resultados estéticos y funcionales óptimos, sino también la seguridad y bienestar del paciente.

Adicionalmente, es vital analizar y resolver preguntas clave como:

¿Cuáles son las razones válidas y justificadas para cambiar la DVO?

¿Qué riesgos funcionales o bio mecánicos se pueden presentar al alterar la DVO?

¿Cómo se puede determinar de manera precisa y confiable la magnitud de ajuste de la DVO?

¿Qué protocolos y técnicas técnicas deben seguirse para realizar el cambio de la DVO de manera efectiva y segura?

Responder a estas interrogantes nos permitirá tomar decisiones informadas y basadas en evidencia cuando tratamos a pacientes con complicaciones, garantizando así el éxito a largo plazo de nuestro tratamiento.

5. OBJETIVO

Restaurar la función, estética y salud oral del paciente con DVO disfuncional a través de técnicas basadas en la evidencia y un enfoque individualizado, considerando las indicaciones funcionales, bioecológicas y estéticas, con el fin de restaurar una relación oclusal, mejorar la calidad de vida del paciente y prevenir complicaciones derivadas de la restauración de una DVO inadecuada. Mediante:

- 1. Evaluación inicial: Realizar una recolección de datos clínicos y un diagnóstico detallado de la disfunción de la DVO utilizando técnicas como proyecciones ortográficas faciales, fisiológicas, fonéticas y radiográficas, etc.

- 2. Justificación: Identificar las causas clínicas de la disfunción de la DVO y determinar las razones para su corrección, considerando las necesidades funcionales y estéticas del paciente.

- 3. Planificación de tratamiento: Diseñar un plan de tratamiento basado en la mejor evidencia disponible, considerando la etiología de la pérdida de DVO y las necesidades específicas del paciente.

- 4. Enfoque cauteloso: Garantizar que cualquier modificación en la DVO se realice de manera controlada y gradual para permitir una adaptación oclusal y evitar complicaciones.

- 5. Técnicas de restauración: Utilizar técnicas basadas en evidencia científica, para una restauración completa de la dentición mediante el uso de prótesis fija y removible.

- 6. Seguimiento y evaluación: Monitorizar la adaptación del paciente a la nueva DVO, realizar ajustes según sea necesario y garantizar la eficacia y durabilidad del tratamiento.

- 7. Educación al paciente: Proveer al paciente información clara sobre el proceso de restauración, los cuidados post-tratamiento y la importancia de un mantenimiento y seguimiento regular para asegurar la sostenibilidad del tratamiento a largo plazo.

1. Interdisciplinaria Mediar la colaboración con otros especialistas, como periodoncistas, ortodontistas y endodontistas para asegurar un tratamiento integral que atienda todas las necesidades del paciente.

Este objetivo y sus especificaciones tienen la finalidad de asegurar que el paciente con DVO discapacitado reciba un tratamiento adecuado y personalizado, que no solo corrija la alteración, sino que también promueva la salud oral e bienestar general del individuo.

6. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente de 6 años, se presenta a la clínica de ortesis bucal e implantología de la DUE del UAM para continuar con su tratamiento ortésico, el cual fue iniciado alrededor de 1 año atrás en este mismo momento. Refiere sentir un dolor insostenible en los dientes que no le permite dormir, por lo que procede a acudir de urgencia al departamento de endodoncia con diagnóstico de celulitis irreversible en múltiples piezas dentales.

A la exploración clínica intraoral se observan los que se han descrito en la historia de las unidades dentales provisionales, inflamación gingival asociada de placa bacteriana en los provisionales que aún siguen en boca, fractura de uniones, provisionales con caries en múltiples piezas dentales. Una pieza dental rotada un año atrás irreparable. El paciente no puede dormir debido a interferencias que le ha sucedido una erupción compensatoria por falta de provisionales (Fig. 1 a-e)

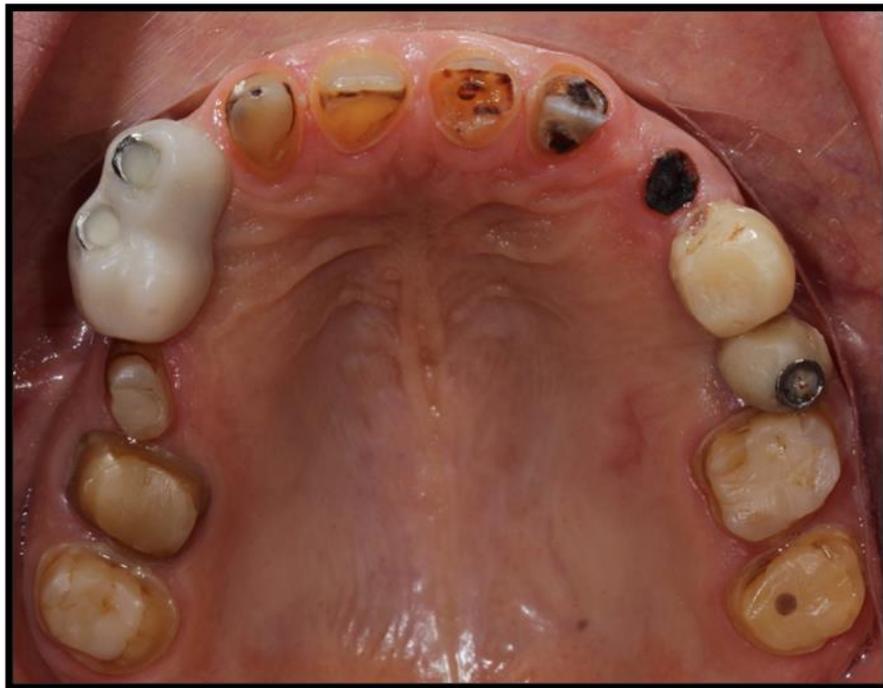


Fig. 1 a) Vista panorámica ocular superior

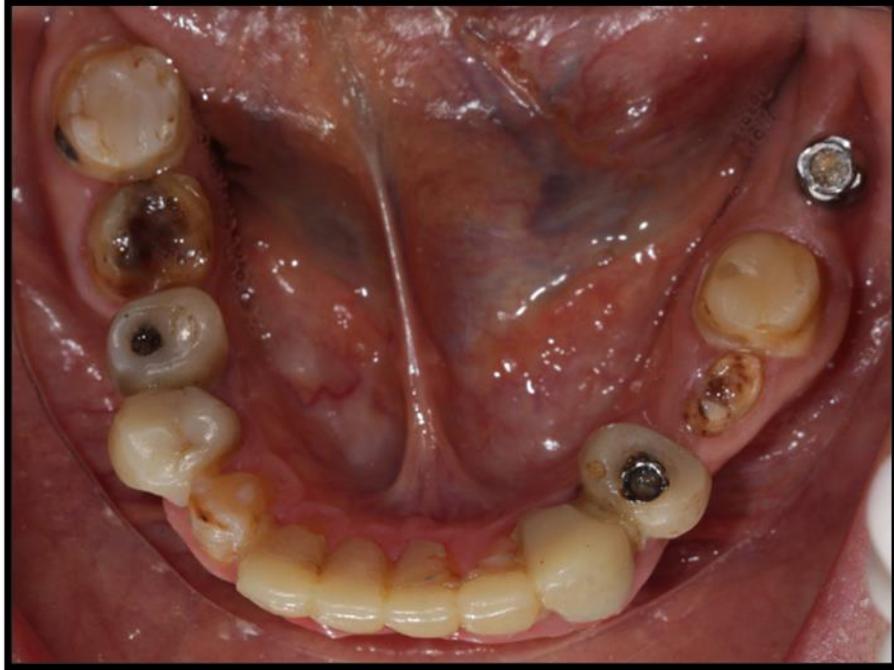


Fig. 1b Fotografía oclusal inferior.



Fig. 1c Fotografía lateral lado derecho



Fig. 1d Fotografía lateral lado izquierdo.



Fig. 1e Fotografía en oclusión.

Se le pide a la paciente una serie de radiografías periapicales para diagnóstico periodontal protésico. Fig. 2 En ella podemos observar caries, fractura de coronas de los dientes anterosuperiores, restos radiculares de los dientes [redacted], lesión periodontal en el diente [redacted], implantes dentales de conexión externa en [redacted], [redacted], [redacted] asociados o implantes Straumann [redacted] en [redacted] un implante Straumann T en [redacted].

Se toman fotografías extraorales para realizar un análisis facial. Fig. 3 Observamos que la paciente presenta surcos nasolabiales pronunciados, así como comisuras labiales deprimidas disminución de tercio inferior de la cara [redacted] os también que a la paciente

El es índice de sonrisa con confianza presenta un perfil convexo, el plano inferior se encuentra por detrás de la línea de referencia y se encuentra ligeramente retruido.

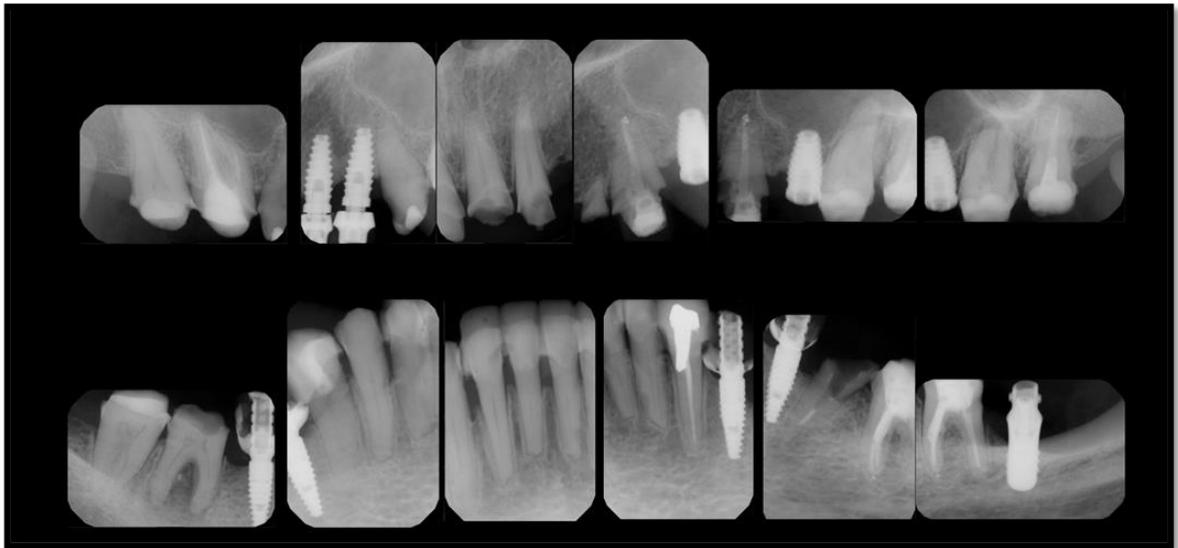


Fig. 2 Serie radiográfica



Fig. 3a Fotografías extraorales.



Fig. 3b Fotografías extraorales en sonrisa.

Se toman modelos de estudio en arco hacia para realizar un montaje en articulador semi-ajustado en Manau™ Modular Articulator System Fig. 3 a-b Se de en el departamento de ortesis un encerado de diágnstico con equisnos para volver a colocar los dientes provisionales Fig. 4 sin el arco, éste tendrá un aumento excesivo de la DV alrededor de 2-3 mm, además de que el plano occlusal está inclinado Fig. 5 y 6 Procedemos entonces a realizar pruebas para determinar una nueva DVO de esta forma, hacer un nuevo encerado de diágnstico. Fig. 7 a-b

Realizamos pruebas con la DV en reposo, pruebas fonéticas, así como el uso de un calibrador de milis para determinar nuestra nueva posición terapéutica. Realizamos entonces un nuevo encerado de diágnstico ajustando en promedio 2-3 mm la DVO Procedemos a trabajar en conjunto con el departamento de endodoncia y periodoncia para estar a la paciente. Retiramos los modelos provisionales y comenzamos a quitar caries, reconstruir cada diente provisional. Fig. 8 a-b



Fig. 4 Montaje de modelos para realización de un nuevo encerado de diagnóstico.



Fig. 5 Encerado de diagnóstico previo



Fig. 6 Paciente provisionalizada con encerado de diagnóstico inicial donde observamos la inclinación del plano oclusal.

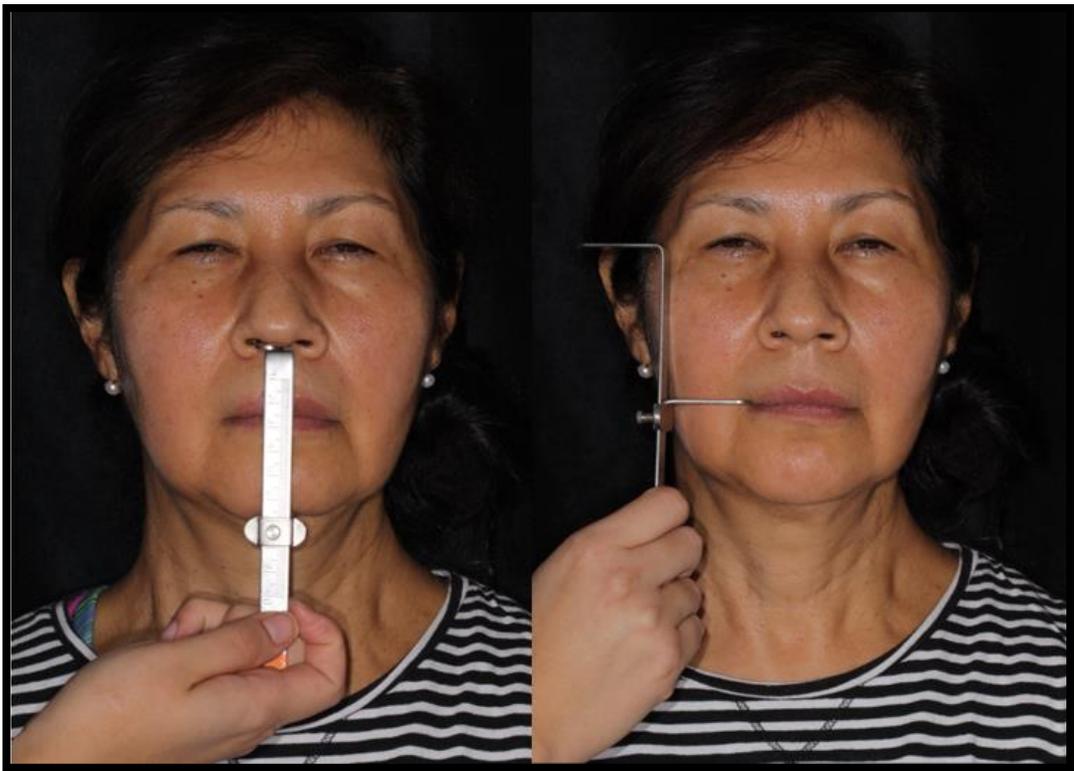


Fig. 7a2 Medición de la DV mediante un calibrador de Willis.



Fig. 7b Evaluación de la DV mediante pruebas fonéticas con los nuevos provisionales.



Fig. 8a Se procede a retirar los provisionales de boca, quitar caries, reconstruir y volver a provisionalizar en base al nuevo encerado de diagnóstico.



Fig. 8b Provisionalización de la arcada superior e inferior.

FASE PERIODONTAL

Se realiza un curetaje después de remover los provisionales desajustados, así como rasado y aislado radicular en los sitios con cosas periodontales (dientes 11, 12, 13, 14). Se verifica que no haya enfermedad periodontal en los implantes presentes. En el diente 11 se realiza la eliminación de la cosa periodontal, así como un inserto de tejido duro para corregir el defecto óseo.

Se le dan a la paciente técnica de cuidado de base e instrucciones para el uso de prótesis sueltas. Posteriormente se realiza la extracción de remanente radicular de diente 11. En este sitio se coloca un implante Straumann RC T de 4x6.

FASE ENDODÓNTICA

Se realizan pruebas de vitalidad para el diagnóstico de pulpitis irreversible en los dientes 11, 12, 13 y 14, necrosis para el diagnóstico de absceso en el diente 11 por lo que se realizan tratamientos de conductos en dichos dientes, así como el retratamiento de diente 11.

FASE DE REHABILITACIÓN

Observamos que a unos provisionales posteriores de gran desgaste o gran sustrido fracturas, por lo que determinamos la necesidad de una mayor reducción occlusal en nuestras preparaciones con el fin de evitar complicaciones en nuestras restauraciones definitivas. Fig. 9 A Desear de ello, el paciente se ha adaptado correctamente a la nueva DVO.



Fig. 9 Desgaste de los provisionales de los dientes 26, 27 y fractura del provisional del diente 17 al cabo de 1 mes en boca.

Después de unos meses procedimos a tomar impresiones definitivas para enviar al laboratorio. Enviamos además los modelos de los provisionales, encerado de diagnóstico, registro de arco facial y registro de la RC a DVO que se realizó mediante la conexión de un eje de guía. Mediante una estructura metálica o acrílica para corregir la anulación de los incisivos superiores. Coronas individuales de disíncato de tipo estratificado para los dientes 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19. Prótesis fija en circonio de tipo a tipo, coronas individuales en circonio monolítico para los dientes 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20. Así como coronas cementoatornilladas de circonio para los incisivos superiores 11, 12, 13, 14.

Se realiza prueba de núcleos cerámicos Fig. 10 y se manda de nuevo al laboratorio, dos días después se envían las restauraciones terminadas. Fig. 11 a-b Las coronas de circonio sobre diente se cementan mediante el protocolo AAC de Dr. Marcus Mat que consiste en limpiar la restauración con Clearfil^{MR}, arenar la superficie interna con óxido de aluminio a presiones de 100 segundos, aplicar Clearfil^{MR} y secar con aire libre de aceite, aplicar cemento de resina de curado dual en este caso utilizamos Panavia^{MR} de Kuraray.

En el diente se realiza un grado selectivo de esmalte con ácido ortofosfórico al 37% durante 30 segundos y se lava durante 30 segundos, luego se acondiciona la dentina con el primer de autocondensado de Panavia rotando durante 30 segundos, se inserta la restauración con cemento de resina, se eliminan cuidadosamente los excedentes y se fotopolimeriza.

Las restauraciones sobre implantes se tornan a 100°C, se ocluye la conexión con un resina compuesta microhíbrida. Las restauraciones de disulfato de litio fueron acondicionadas mediante el siguiente protocolo de Dr. Siñas Duarte: se limpia la restauración con etanol o acetona, se enjuaga con agua y se seca, se aplica ácido fluorhídrico durante 30 segundos, se lava y se seca, se aplica una capa de silano durante 30 segundos y se calienta para activarlo mediante una secadora o una lámpara de fotopolimerizado que elimine el calor.

El diente se trata con ácido ortofosfórico al 37% durante 30 segundos, se lava durante 30 segundos, posteriormente se aplica cemento de resina de curado dual en este caso utilizamos RevoXTM Urethane de 3M^{MR} dentro de la restauración y se eliminan excedentes antes de proceder con la fotopolimerización.

7. RESULTADOS

Una vez cementadas las restauraciones, se procede a realizar ajuste oclusal y es que a oclusa está ecido que una oclusión mutua ente roteída, función de ruco arcia en a los lados cuá anterior. Se reueran las instrucciones de tiene ora a paciente queda u satisfecia a gradecida con e resultado fina de o de a los desde ue inici su tratamiento en e de artamento de rtesis uca. Se to an oto ras intra extraoras fines, se e indica ue de e os conccionar una guarda oclusa ue de e asistir a citas de anti nio cada os meses. *Fig. 12 a-f*



Fig. 10 Resultados - prueba de núcleos cerámicos.



Fig. 11a Restauraciones terminadas listas para ser cementadas.



Fig. 11b Resultado final, restauraciones cementadas.



Fig. 12 a Fotografías finales.

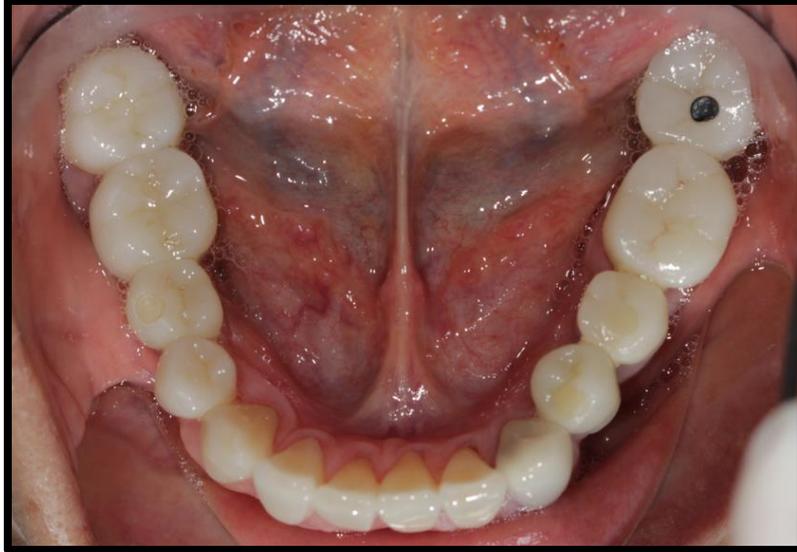


Fig. 12b Fotografías finales.



Fig. 12c Fotografías finales.



Fig. 12d Fotografías finales.



Fig. 12e Fotografías de acercamiento de sonrisa y relaciones incisales.



Fig. 12f Fotografías de acercamiento de sonrisa y relaciones incisales.

Otúvimos una mejora estética y funcional significativa sin provocar sintomatología ni usar o articular, nos acercamos a la forma natural que desea el paciente en sus dientes. Teníamos los sin poder comer con normalidad debido a dolor dental a la ausencia de provisiones durante varios años. Este tratamiento ha cambiado por completo la calidad de vida de nuestro paciente.

8. DISCUSIÓN

La modificación de la dimensión vertical de occlusión (DVO) en odontología restauradora ha sido objeto de polémica a lo largo de tiempo, a menudo marcada por controversias basadas en artículos que, a unos de ellos con casi un siglo de antigüedad, aún no han sido completamente validados científicamente. Este debate refleja la necesidad imperante de revisar y validar las prácticas clínicas en consonancia con la evidencia científica contemporánea. La DVO emerge como un elemento esencial en tratamientos restauradores extensos, requiriendo una decisión precisa por parte del restaurador. Sin embargo, la complejidad de los casos verticales entre el eje axial y la mandíbula se traduce en indicaciones bio mecánicas, bio mecánicas, estéticas y funcionales tridimensionales, donde las referencias iniciales de la historia intercuspidación y relaciones dentarias anteriores deben ser reconstruidas en una nueva dimensión espacial.

La literatura actual destaca que, aunque la modificación de la DVO puede ser un procedimiento seguro cuando está indicado y se realiza adecuadamente, no está exenta de posibles complicaciones. La irreversibilidad de algunos procedimientos, combinada con la complejidad y el costo asociado, subraya la importancia de que el clínico tenga motivos sólidos para cambiar la DVO desde una perspectiva restauradora. La determinación de la DVO se presenta como un desafío, y las técnicas para este propósito, como las proyecciones morfológicas, fisiológicas, fonéticas y celofotográficas, se describen como complementarias entre sí. La falta de consistencia y precisión en una sola técnica requiere la necesidad de una comprensión profunda de los principios subyacentes y la aplicación combinada de estas técnicas para garantizar una mayor precisión, ajustándose a las necesidades específicas del paciente.

Es crucial destacar la noción de que no existe una posición única e inmutable para la DVO desde una perspectiva clínica, sino que existen un rango de posiciones DVOs denominado la "zona de confort". Este concepto reconoce la dinámica de crecimiento dentario y sugiere que la restauración de la DVO no busca simplemente alcanzar una posición ideal predefinida, sino diseñar una nueva dimensión terapéutica que satisfaga las necesidades estéticas, bio mecánicas y funcionales del paciente.

La naturaleza dinámica de la coherencia dentovisual hace que la dificultad para cuantificar la erucción coherente han sido reconocidas, señalando la necesidad de un enfoque cuidadoso en la práctica clínica.

A pesar de las limitaciones asociadas con el aumento de la DVO, se sugiere su utilidad en el tratamiento restaurador, generando espacio para restaurar la morfología occlusal. Facilitar el tratamiento aditivo en casos de pérdida estructural. Sin embargo, se enfatiza que aumentar la DVO implica una reorganización de la oclusión, exigiendo una cuidadosa consideración de las relaciones temporales a tratamiento para evitar riesgos restauradores.

La discusión proporcionada resalta la importancia de la importancia de la modificación de la DVO en odontología restauradora. Se sugiere la necesidad de basar esta práctica en evidencia científica, la comprensión profunda de las técnicas disponibles y una evaluación individualizada de cada paciente. La ausencia de una DVO ideal no es el objetivo principal. Más bien, se busca diseñar una nueva dimensión que atienda las necesidades integrales del paciente en términos de estética, bioecológica y función.

9. CONCLUSIONES

La modificación de la dimensión vertical de occlusión (DVO) es un tema complejo y multifacético que exige una cuidadosa consideración de diversos factores. A lo largo de este trabajo, hemos explorado las técnicas para determinar la DVO, las indicaciones clínicas y las indicaciones para llevar a cabo este procedimiento.

El caso clínico que hemos explorado es un testimonio de éxito en la modificación de la dimensión vertical de occlusión (DVO), demostrando los beneficios significativos obtenidos mediante un enfoque cuidadoso y una planificación precisa.

La decisión de aumentar la DVO se basó en indicaciones clínicas sólidas, como la armonización estética, la necesidad de proporcionar espacio adecuado para terapias restauradoras y la mejora de las relaciones incisales oclusales. Este proceso implicó una cuidadosa evaluación de las proyecciones orofaciales, fisiológicas, fonéticas y cervicodérmicas, reconociendo la complejidad y la dinámica de este fenómeno.

El diseño de la nueva dimensión terapéutica se llevó a cabo con un enfoque integral, considerando las necesidades individuales del paciente en términos estéticos, bioecológicos y funcionales.

El aumento de la DVO no solo concuerda con las expectativas estéticas del paciente, sino que también mejoró significativamente su función masticatoria y su calidad de vida en general. La cuidadosa negociación entre el aumento de la DVO y la consideración de factores bioecológicos y estéticos se tradujo en una mejora notable en la armonía facial y la apariencia de la sonrisa del paciente. Este caso destaca la importancia de un enfoque individualizado basado en evidencia al considerar la modificación de la DVO, así como la necesidad de una planificación cuidadosa y el seguimiento clínico para garantizar resultados a largo plazo.

En última instancia, este caso de éxito subraya que, cuando se aborda de manera cuidadosa y justificada, la modificación de la DVO puede ser una herramienta valiosa en la odontología restauradora, mejorando no solo la estética sino también la función y la calidad de vida del paciente.

Se enfatiza la importancia de acordar este proceso con precaución, basándose en la evidencia científica actual adaptando las decisiones a las necesidades individuales de cada paciente, en este caso, una paciente clase II de Angle, con erusión compensatoria y prótesis de las dentales protéticas estructurales.

La rehabilitación oral mediante la modificación de la DVO debe equilibrarse satisfactoriamente con las consideraciones bioecológicas y estéticas, reconociendo siempre la complejidad del sistema estomatognático y la naturaleza dinámica de la odontología restauradora.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Goodstein J, Goodacre C, Macgregor J. Occusa verticala diension est evidence consensus state ent. J Prostodont Internet. 2019;12(1):1-10. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1002/jpr.12001>.

2. Cañita M, Coacacan C, Sesca J, Bois J. Occusa verticala diension treatment planning decisions and anaesthetic considerations. Int J Stomat Dent. 2019;12(1):1-10.

3. Adudo J. Salet o increasing verticala diension o occlusion a static review. Quintessence Int. 2019;50(1):1-10.

4. Morenoa I, Oeson J. Does aferin the occusa verticala diension produce temporomandibular disorders? A literature review. J Oral Rehabil Internet. 2019;46(1):1-10. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1111/jor.14001>.

5. Adudo J, Osons J. Clinica considerations for increasing occusa verticala diension a review. Increasing occusa verticala diension. Aust Dent J Internet. 2019;64(1):1-10. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1111/ada.14001>.

6. Cano J, Tsujika Y, Matsuru R. Rea citation o occlusion science or art? RAAI TATIO O OCCUSIO. J Oral Rehabil Internet. 2019;46(1):1-10. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1111/jor.14001>.

7. Silverman MM. Accurate measurement of verticala diension cephalonetics and the sea in centric space. Part I. Dent Di. 2019;12(1):1-10.

8. Silverman MM. Accurate measurement of verticala diension cephalonetics and the sea in centric space. Part II. Dent Di. 2019;12(1):1-10.

9. Reico M, Darouni J, Couvin J, Ortie D. Verticala diension o occlusion the keys to decision: We may play with the VDO if we know some game's rules. Int J Stomatol Occlusion Med Internet. 2019;12(1):1-10. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1002/iso.12001>.

10

Turner C, Cox B. A security additional record required in the construction of artificial articulators. In American text book of prosthetic dentistry 1994.

Williams M. Esthetics of mandibular construction read before the section on mandibular prosthesis at the seventeenth annual session of the American dental association, Washington, D. c., Oct. 1, 1994. A Dent Assoc Internet 1994-1995. Available in <http://dx.doi.org/10.1000/ada.archive.1994.1995>

Wisonker M. The rest position of the mandible and the centric relation. A Dent Assoc Internet 1994-1995. Available in <http://dx.doi.org/10.1000/ada.archive.1994.1995>.

Wound B. Esthetic dentures and their phonetic values. Prosthet Dent Internet 1994-1995. Available in <http://dx.doi.org/10.1000/ada.archive.1994.1995>.

Wanahan T. Physiologic jaw relations and occlusion of complete dentures. Prosthet Dent Internet 1994-1995. Available in <http://dx.doi.org/10.1000/ada.archive.1994.1995>.

Watt B, Schaeffer A. Centric relation and vertical dimension of cephalometric roentgenograms. Prosthet Dent Internet 1994-1995. Available in <http://dx.doi.org/10.1000/ada.archive.1994.1995>.

Wade R, Sears V, Silverman S. Denture Prosthetics Complete Dentures. Iterar License 1994.

Rivera-Morales C, Morand. Relations of occlusal vertical dimension to the leaf of the articulator system. Prosthet Dent Internet 1994-1995. Available in <http://dx.doi.org/10.1000/ada.archive.1994.1995>.

Misc C. Objective vs subjective methods for determining vertical dimension of occlusion.

Sear B. Approaches to vertical dimension. In Advanced Esthetics Interdisciplinary Dentistry

1. Pat, M., Avare, M., Sacher, J., Prindis, M. *How to Bond Zirconia* The AAC concept. *Compendium of Continuing Education in Dentistry (Jamesburg, N.J.: 1995)*, 37(1), 1-11.