

Restablecimiento oclusal mediante procedimientos multidisciplinarios

Occlusal restoration by multidisciplinary procedures

Victor Alfonso Montaña Tatés¹ 

 <http://orcid.org/0000-0001-7328-5834>

Ana del Carmen Armas Vega¹

 <http://orcid.org/0000-0003-3800-8166>

Alessandro Dourado Loguercio¹ 

 <http://orcid.org/0000-0001-9880-4856>

María Teresa Salazar Garcés¹

 <http://orcid.org/0000-0001-8626-6974>

¹ Universidad UTE. Quito, Ecuador.

² Universidad Estatal Ponta Grossa Brasil. Brasil.

RESUMEN

Introducción: El edentulismo es la pérdida total o parcial de dientes, ocasionado principalmente por la caries y la enfermedad periodontal; es un proceso gradual que está comúnmente asociado al aumento de edad. Actualmente es considerado una discapacidad debido a la limitación funcional que ocasiona en quien lo presenta.

Objetivo: Exponer el tratamiento rehabilitador multidisciplinario, funcional y estético en un paciente con desarmonías oclusales.

Presentación del caso: Paciente masculino de 74 años, diagnosticado con edentulismo parcial bimaxilar, mediante examen clínico y radiológico. Se sometió a terapia periodontal generalizada, cirugía preprotésica, restauración de plano oclusal de forma directa e indirecta y rehabilitación bucal con prótesis removibles total superior y parcial inferior; lo cual le permitió recuperar funcionalidad, estética y autoestima.

Conclusiones: El edentulismo desencadena alteración en el estado funcional y emocional del paciente. Un diagnóstico integral y plan de tratamiento multidisciplinario y ordenado desencadenó éxito en el presente caso.

Palabras clave: comunicación interdisciplinaria; dimensión vertical; oclusión dental; prótesis dental

ABSTRACT

Introduction: Edentulism is total or partial tooth loss mainly caused by dental caries and periodontal disease. It is a gradual process often associated to aging. At present edentulism is considered to be a disability, due to the functional limitations undergone by sufferers.

Objective: Describe the multidisciplinary, functional and esthetic rehabilitation treatment provided to a patient with occlusal disharmony.

Case presentation: A 74-year-old male patient was diagnosed with bimaxillary partial edentulism based on clinical and radiographic examination. The patient underwent generalized periodontal therapy, pre-prosthetic surgery, direct and indirect occlusal plane restoration, and oral rehabilitation with total upper and partial lower removable prostheses, as a result of which he recovered his functionality, esthetic appearance and self-esteem.

Conclusions: Edentulism triggers changes in the functional and emotional state of patients. Comprehensive diagnosis and orderly multidisciplinary treatment led to success in the case herein presented.

Key words: interdisciplinary communication; vertical dimension; dental occlusion; dental prosthesis

INTRODUCCIÓN

Son varios los factores desencadenantes de la pérdida dental, como la edad, estado sistémico, enfermedad periodontal, traumatismos entre otros; la transición de dentición completa a condición edéntula es un proceso gradual, asociado en la actualidad al aumento de edad y problemas sistémicos propios de esta etapa.¹ En el Ecuador, el edentulismo total o parcial muestra mayor prevalencia en pacientes de sexo femenino, mayores de 40 años,² en estos pacientes la rehabilitación con prótesis total, parcial removible o combinada, se convierte en la mejor alternativa para evitar y detener consecuencias anatómicas propias del proceso.³

En la rehabilitación protésica, el estado periodontal, la integridad del tejido dental, posición dental y el estado oclusal, junto con tratamientos protésicos previos y la sintomatología de parafunciones. son factores que requieren ser analizados.⁴ En los pacientes edéntulos, además de estos factores, el tipo, tamaño, forma, calidad del reborde alveolar y de los tejidos blandos, exigen ser valorados, así como la colaboración y predisposición del paciente al tratamiento.³

Estos procedimientos clínicos protésicos, exigen una correcta comunicación interdisciplinaria en conjunto con el técnico dental,⁵ buscando satisfacer las necesidades y expectativas del paciente,⁶ en que la estabilidad de la prótesis guardará relación directa con el tipo de esquema oclusal empleado y una correcta determinación de la dimensión vertical dental y facial.⁷

En general, pacientes con graves desarmonías oclusales son los que exigen un mayor planeamiento y conocimiento para su tratamiento. Así, el presente caso tiene como objetivo exponer el tratamiento rehabilitador multidisciplinario, funcional y estético en un paciente con desarmonías oclusales.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 74 años de edad, acude a consulta odontológica de la Universidad UTE, sin antecedentes patológicos sistémicos. Su motivo de consulta constituye problemas funcionales, fonéticos y estéticos, manifiesta que busca recuperar su funcionalidad bucal. Tras registro de antecedentes personales clínicos y firma de consentimiento informado junto con registro fotográfico minucioso, se procede a la valoración clínica intrabucal y radiográfica.

Se detectan que, en el maxilar superior, presentaba dientes 2.4 y 2.5, con marcada destrucción coronaria, caries radicular, enfermedad periodontal activa, por lo que se indica su extracción por su desfavorable pronóstico.

En el maxilar inferior presentaba prótesis parcial de cromo-cobalto con dientes acrílicos desgastados y fracturas de componentes de su estructura; dientes 3.1, 4.1 y 4.2 con enfermedad periodontal activa, recesión gingival tipo 3 según la nueva clasificación de enfermedades periodontales, American Academy of Periodontology, movilidad dental grado III, atrición dental y extrusión dental, por lo que se procedió a su extracción. La valoración radiográfica panorámica y periapical, permitió determinar edentulismo combinado, alteración oclusal y pérdida de la dimensión vertical, que desencadena la necesidad de tratamientos periodontales, quirúrgicos, restaurativos y protésicos.

El tratamiento inicial involucró, motivación al paciente junto con tratamiento periodontal no quirúrgico y extracciones múltiples de dientes con mal pronóstico, junto con la regularización de reborde alveolar para asegurar un asentamiento protésico firme con estabilidad y comodidad. Tras periodo de cicatrización, sobre modelos diagnósticos bimaxilares, fue ejecutado un encerado diagnóstico sobre el modelo inferior, valorando curva de Spee y determinando la utilización de composite como material restaurador directo en bordes incisales de dientes 4.3 y caras oclusales de 4.4 y 4.5, con *overlays* de cerómero en dientes 3.3 y 3.4 para restablecimiento del plano oclusal ([Fig. 1](#)).

Mediante cubeta individual acrílica superior con recorte muscular y sellado periférico realizado por cuadrantes con godiva de baja fusión e impresión con polivinilsiloxano de consistencia liviana fue registrado el reborde superior. A nivel del maxilar inferior, se tomó impresión con alginato, permitiendo obtener un modelo de estudio con el plano oclusal nivelado. Sobre este modelo se realizó el diseño protésico junto con el encerado diagnóstico para prótesis removible y paralelización de este, para posteriormente realizar el recontorneado, dental y toma de impresiones definitivas mediante cubeta *stock* individualizada con polivinilsiloxano de consistencia pesada y leve en un solo paso, enviado al laboratorio de prótesis para confección de rodets de altura y estructura metálica inferior.

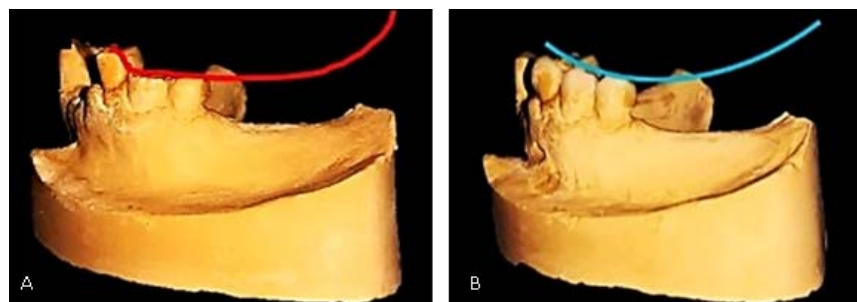


Fig. 1- A: Curva de Spee oclusal inicial. B: Encerado diagnóstico compensando curva de Spee.

La estructura metálica inferior fue probada en boca comprobando adaptación, retención y estabilidad, adaptándose sobre esta, rodetes de cera. De la misma manera, la cubeta superior con su respectivo rodete fue colocada y en conjunto se determinó y valoró dimensión vertical mediante técnicas fonéticas y de deglución utilizando calibrador Vernier, seguido del registro intermaxilar mediante punta inscriptora y traslado al articulador semiajustable ([Fig. 2](#)).

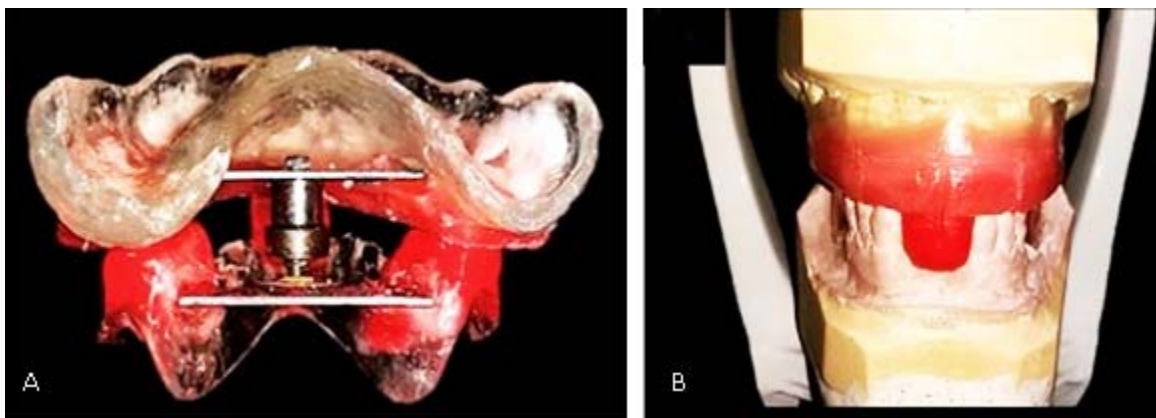


Fig. 2- A: Registros bimaxilares, con punta inscriptora en relación céntrica. B: Montaje en articulador semiajustable.

La selección del color, forma y tamaño de dientes acrílicos, así como el registro de parámetros estéticos fueron realizados e informados por escrito al técnico laboratorista.

La evaluación minuciosa de la adaptación y retención de la prótesis total superior y parcial inferior, con dientes articulados, así como la recuperación de la dimensión vertical, fue comprobada en boca mediante pruebas en cera verificando el cumplimiento de los parámetros estéticos y fonéticos. Fue empleado papel articular de 21 micras de espesor, con movimientos laterales de desoclusión y protrusión mandibular, para finalmente realizar el acrilado y la instalación protésica ([Fig. 3](#)).



Fig. 3- Tratamiento protésico finalizado.

DISCUSIÓN

La pérdida de armonía oclusal es uno de los inconvenientes más frecuentes presente en un paciente que durante muchos años ha sufrido pérdida dental⁸ asociada a enfermedad periodontal, traumatismo, estado sistémico deficiente, hábitos perniciosos o producto de iatrogenias.^{9,10} Una intervención multidisciplinaria en estos casos resulta fundamental, siempre que exista la colaboración y el compromiso del paciente en el tratamiento.

Si bien existen diferentes opciones para rehabilitar a pacientes parcialmente edéntulos, el diagnóstico previo minucioso de cada uno de los dientes y de las estructuras presentes en boca, así como el estado sistémico y motivacional del paciente determinará la mejor opción, por supuesto en dependencia de la habilidad y conocimientos del clínico.¹¹ En el presente caso, la evaluación clínica y radiográfica inicial mostró movilidad dental y alteración del plano oclusal; este compromiso periodontal desfavorable, llevó a la extracción dental para evitar que estos dientes se convirtieran en obstáculo para las metas protésicas a alcanzar; la decisión de su extracción fue discutida y pese a conocer que su ejecución es capaz de afectar psicológicamente al paciente¹² desencadenando malestar y poca colaboración,^{13,14} en este caso el paciente mostró total aceptación con la proposición de tratamiento, lo que permitió el éxito.

Un tratamiento protésico implanto soportado, podría ser una opción, asociada a sus excelentes condiciones sistémicas y biológicas; sin embargo, no fue contemplada debido a las condiciones económicas del paciente, optándose por un tratamiento convencional; clínicamente pueden existir muchas alternativas, pero finalmente la elección del tratamiento es del paciente cuando el costo de los procedimientos está de por medio.¹⁵ Sin embargo, será siempre el clínico quien guíe a esta elección presentando los beneficios y dificultades que cada procedimiento conlleva.

Es eventual la discrepancia oclusal que pueden presentar estos pacientes asociada a la dimensión vertical disminuida,¹⁶ por lo cual la restauración de dientes con marcada destrucción debe ser realizada seleccionando el material restaurador adecuado. En este caso se optó por emplear composites debido a su facilidad de aplicación y bajo costo, buscando a través de su empleo restablecer el plano oclusal.^{17,18,19} Sin embargo, cuando la pérdida sea mayor se deberá optar por restauraciones indirectas, tipo coronas de recubrimiento completo u *overlays* de cerómero, convirtiéndose en una segunda opción para el paciente.^{20,21} Esta determinación fue posible gracias a un encerado diagnóstico previo, diseñado en los modelos de estudio que facilitó la determinación de la cantidad de tejido a recuperarse;²² así el encerado diagnóstico se convierte en una de las herramientas claves para el tratamiento junto con el análisis clínico y radiográfico de cada uno de los dientes y de las estructuras presentes.^{23,24}

La fuerza de mordida, es un componente de la función masticatoria a ser considerada al momento de iniciar cualquier procedimiento rehabilitador.²⁵ En el presente caso la nivelación del plano oclusal inferior fue realizada mediante composites y cerómeros, siendo antagonistas de una prótesis total de dientes acrílicos, evitando riesgo de fractura; esto basado en estudios que demuestran que pacientes portadores de prótesis removibles el rango de fuerza de mordida es reducido.²⁶

El esquema oclusal en prótesis removibles es un factor que debe manejarse adecuadamente, en dependencia de la estabilidad protésica,^{27,28)} constituyéndose un esquema aceptable de oclusión en pacientes con prótesis total superior antagonista a una prótesis parcial inferior de extremos libres, alcanzar una oclusión bilateral balanceada, que disminuya la carga oclusal total y el estrés en la premaxila;²⁹ esquema que fue conseguido con el empleo de la punta inscriptora, la articulación de modelos y los ajustes necesarios durante el enfilado dental consiguiendo el mayor número de contactos en excursiones laterales.³⁰

Al elegir el tipo de tratamiento prostodóntico, el factor más importante es la distancia desde el reborde residual al plano oclusal;³¹ esta distancia se ve incrementada por la pérdida ósea y la subsecuente pérdida de tejido blando;³² cuando esta distancia supera los 15 mm, la prótesis removible constituye la indicación más adecuada compensando el tejido perdido con material acrílico.³³

Conclusiones

La rehabilitación bucal del paciente edéntulo parcial con desarmonía oclusal y pérdida de dimensión vertical, fue posible a partir de un diagnóstico y planificación adecuada, junto al trabajo multidisciplinario y la colaboración del paciente, lo que sin lugar a duda constituyó la clave del éxito alcanzado con un tratamiento predecible a largo plazo, que permitió la recuperación de la funcionalidad, estética y autoestima.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kailembo A, Preet R, Stewart Williams J. Common risk factors and edentulism in adults, aged 50 years and over, in China, Ghana, India and South Africa: results from the WHO Study on global AGEing and adult health (SAGE). BMC Oral Health [Internet]. 2016 Jul [acceso 24/07/2018]; 17(1): 17-29. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4964081/#Bib1title>
2. Vanegas-Avecillas E, Villavicencio-Caparó E, Alvarado Jiménez O, Ordóñez Plaza P. Frecuencia del edentulismo parcial y total en adultos y su relación con factores asociados en la Clínica universitaria Cuenca Ecuador 2016. Rev Estomatol Herediana [Internet]. 2016 Oct [acceso 24/07/2018]; 26(4): 215-21. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552016000400003&lng=es
3. Oliveira de Almeida E, Martins da Silva EM, Falcón Antenucci RM, Freitas Júnior AC. Prótesis dental en el paciente anciano: aspectos relevantes. Rev Estomatol Herediana [Internet]. 2007 Ago [acceso 24/07/2018]; 17(2): 104-7. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/1866>
4. Barreto JF. La dimensión vertical restaurada en la prótesis dental parcial removible. Colomb Med [Internet]. 2008 Ene [acceso 24/07/2018]; 39(1): 69-77. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v39n1s1/v39n1s1a9.pdf>

5. Sanjna Nayar S, Bhuminathan S, Mahadevan R. Combination restoration in full mouth rehabilitation. J Pharm Bioall Sci [Internet]. 2015 Abr [acceso 24/07/2018]; 7(1):288-90. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4439695/>
6. Kilfeather GP, Lynch CD, Sloan AJ, Youngson CC. Quality of communication and master impressions for the fabrication of cobalt chromium removable partial dentures in general dental practice in England, Ireland and Wales in 2009. J Oral Rehabil [Internet]. 2010 Abr [acceso 24/07/2018]; (37):300-5. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Kilfeather%20GP%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20085617
7. Quiroga Del Pozo R, Riquelme Belmar R, Sierra Fuentes M, Del Pozo Bassi J, Quiroga Aravena R. Determinación de la Dimensión Vertical Oclusal en desdentados totales: comparación de métodos convencionales con el craneómetro de Knebelman. Revista Clínica PIRO [Internet]. 2012 Abr [acceso 24/07/2018]; 5(1):20-4. Disponible en: http://sioch.cl/piro/Revista-PIRO_V-5-N-1.pdf
8. Mayunga GM, Lutula PS, Sekele IB, Bolenge I, Kumpanya N, Nyengele K. Impact of the edentulousness on the quality of life related to the oral health of the Congolese. Odontostomatol Trop [Internet]. 2015 Jun [acceso 24/07/2018]; 38(150):31-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26934770>
9. Jochen Hassel A, Safaltin V, Grill S, Schröder J, Wahl HW, Klotz AL, et al. Risk factors for tooth loss in middle and older age after up to 10 years: An observational cohort study. Arch Oral Biol [Internet]. 2018 Feb [acceso 24/07/2018]; (86): 7-12. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29132069>
10. Dietrich T, Walter C, Oluwagbemigun K, Bergmann M, Pischon T, Pischon N, et al. Smoking, Smoking Cessation, and Risk of Tooth Loss: The EPIC-Potsdam Study. J Dent Res [Internet]. 2015 Oct [acceso 24/07/2018]; 94(10):1369-75. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26243734>
11. Rajendran S Baburajan. Combination Syndrome - Article Review. Int J Prosthodont [Internet]. 2012 Oct [acceso 24/07/2018]; 2(4):156-60. Disponible en: <http://www.jaypeejournals.com/eJournals/ShowText.aspx?ID=4747&Type=FREE&TYP=TOP&IID=367&Value=22&isPDF=YES>
12. Okoje VN, Dosumu OO, Alonge TO, Onyeaso C. Tooth loss: are the patients prepared? Niger J Clin Pract [Internet]. 2012 Jun [acceso 24/07/2018]; 15(2): 172-5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22718167>
13. Dable RA, Yashwante BJ, Marathe SS, Gaikwad BS, Patil PB, Momin AA. Tooth loss - how emotional it is for the elderly in India? Oral Health Dent Manag [Internet]. 2014 Jun [acceso 24/07/2018]; 13(2):305-310. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24984638>
14. Osagbemi BB, Akadiri OA, Arigbade AO. Patients' attitude towards anterior teeth extraction and prosthetic replacement at the UPTH Dental Center, Port Harcourt. Niger J Med [Internet]. 2011 Ene [acceso 24/07/2018]; 20(1):52-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21970260>

15. Arismendi J, Castaño C, Mejía R, Mesa A, Castañeda D, Tobón S. Evidencia de cambios clínicos y radiográficos en implantes osteointegrados de superficie maquinada y modificada, 3-12 meses de seguimiento. *Rev Fac Odontol Univ Antioq* [Internet]. 2006 Nov [acceso 24/07/2018]; 18(1):6-16. Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/odont/article/view/2771>
16. Guguvcevski L, Gigovski N, Mijoska A, Zlatanovska K, Arsova Gigovska A. Temporomandibular Disorders Treatment with Correction of Decreased Occlusal Vertical Dimension. *Open Access Maced J Med Sci* [Internet]. 2017 Dic [acceso 24/07/2018]; 5(7):983-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5771308/>
17. Loomans BA, Kreulen CM, Huijs-Visser HE, Sterenborg BA, Bronkhorst EM, Huysmans MC, et al. Clinical performance of full rehabilitations with direct composite in severe tooth wear patients: 3.5 Years results. *J Dent* [Internet]. 2018 Mar [acceso 24/07/2018]; (70):97-103. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29339203>
18. Milosevic A, Burnside G. The survival of direct composite restorations in the management of severe tooth wear including attrition and erosion: A prospective 8-year study. *J Dent Internet*. 2016 Ene acceso 24/07/2018; 44: 13-9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300571215300610?via%3Dihub>
19. Luo XP. Etiology, classification and systematic restorative treatment of tooth wear. *Hua Xi Kou Qiang Yi Xue Za Zhi* [Internet]. 2016 Oct [acceso 24/07/2018]; 51(10):577-82. Disponible en: <https://europepmc.org/abstract/med/27719699>
20. Bahillo J, Jané L, Bortolotto T, Krejci I, Roig M. Full-mouth composite rehabilitation of a mixed erosion and attrition patient: a case report with v-shaped veneers and ultra-thin CAD/CAM composite overlays. *Quintessence Int* [Internet]. 2014 Oct [acceso 24/07/2018]; 45(9):749-56. Disponible en: <https://qi.quintessenz.de/index.php?doc=abstract&abstractID=32439/>
21. Amilcar Chagas J, Materson Silva A, Lima Verde MA, Jorge de Aguiar JR. Oral rehabilitation of severely worn dentition using an overlay for immediate re-establishment of occlusal vertical dimension. *Gerodontology* [Internet]. 2012 Mar [acceso 24/07/2018]; 29(1):75-80. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22329361>
22. Morimoto S, Rebello de Sampaio FB, Braga MM, Sesma N, Özcan M. Survival Rate of Resin and Ceramic Inlays, Onlays, and Overlays: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Dent Res* [Internet]. 2016 Ago [acceso 24/07/2018]; 95(9):985-94. Disponible en: https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0022034516652848?rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed&url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&journalCode=jdrb
23. Vailati F, Carciofo S. Treatment planning of adhesive additive rehabilitations: the progressive wax-up of the three-step technique. *Int J Esthet Dent* [Internet]. 2016 Sep [acceso 24/07/2018]; 11(3):356-377. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27433550>

24. Edelhoff D, Ahlers MO. Occlusal onlays as a modern treatment concept for the reconstruction of severely worn occlusal surfaces. *Quintessence Int* [Internet]. 2018 [acceso 24/07/2018];49(7):521-33. Disponible en: <https://qi.quintessenz.de/index.php?doc=abstract&abstractID=40482/>
25. Kuninori T, Tomonari H, Uehara S, Kitashima F, Yagi T, Miyawaki S. Influence of maximum bite force on jaw movement during gummy jelly mastication. *J Oral Rehabil* [Internet]. 2014 May [acceso 24/07/2018];41(5):338-45. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/joor.12149>
26. Alfaro Moctezuma PE, Ángeles Medina F, Osorno Escareño MC, Núñez Martínez JM, Romero Esquiliano G. Fuerza de mordida: su importancia en la masticación, su medición y sus condicionantes clínicos. Parte I. *Rev ADM* [Internet]. 2012 Mar [acceso 24/07/2018];69(2):53-7. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2012/od122c.pdf>
27. Niwatcharoenchakul W, Tumrasvin W, Arksornnukit M. Effect of complete denture occlusal schemes on masticatory performance and maximum occlusal force. *J Prosthet Dent* [Internet]. 2014 Dec [acceso 24/07/2018];112(6):1337-42. Disponible en: [https://www.thejpd.org/article/S0022-3913\(14\)00289-3/fulltext](https://www.thejpd.org/article/S0022-3913(14)00289-3/fulltext)
28. Patel J, Granger C, Morrow L. The Effect of Complete Denture Occlusion on Function and Patient Quality of Life: Systematic Review. *Eur J Prosthodont Restor Dent* [Internet]. 2018 Mar [acceso 24/07/2018];26(1):24-30. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29469998>
29. Feng SW, Liao PB, Chen MS. Prosthodontic Treatment of a Patient with Combination Syndrome: A Clinical Case Report. *J Prosthodont* [Internet]. 2012 [acceso 24/07/2018];1(1):22-5. Disponible en: http://www.prosthodont.org.tw/doc/mgzp/1-1/apd_mgz_p1-1-4.pdf
30. Jyoti N, Shah N, Karthik M. Prosthodontic Rehabilitation of patients with Combination Syndrome - Review article. *Int J Dent Clin* [Internet]. 2010 Jul [acceso 24/07/2018];2(3):37-44. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/9530/3dd46eca971672abbe274b57662545c42af9.pdf>
31. Korunoska-Stevkovska V, Guguvcevski L, Menceva Z, Gigovski N, Mijoska A, Nikolovska J, et al. Prosthodontic Rehabilitation of Patient with Anterior Hyper Function Syndrome. *Macedonian J Med Sci* [Internet]. 2017 Dec [acceso 24/07/2018];5(7):1000-4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29362635>
32. Kovacevic Pavicic D, Lajnert V, Simoncic Kocijan S, Uhac I, Glavicic S, Kovac Z. The effect of frequent removable partial denture wearing on alveolar bone resorption. *Med Glas (Zenica)* [Internet]. 2013 Aug [acceso 24/07/2018];10(2):373-8. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/1980/71228c9c0fa20c6b7185ce7671a907aa72bb.pdf>
33. Sanath S, Nazia MZ, Kamalakanth S, Rekha V. Occlusal Plane Location in Edentulous Patients: A Review. *J Indian Prosthodont Soc* [Internet]. 2013 Sep [acceso 24/07/2018];13(3):142-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3732734/> Recibido: 28 de Octubre de 2018; Aprobado: 29 de Abril de 2019

* Autor para la correspondencia: victor18alfonso@hotmail.com

Los autores de este manuscrito certifican que no tienen ningún interés personal, financiero u otro tipo de interés personal de alguna naturaleza en ningún producto, servicio o compañía que se presente en este artículo.

Victor Alfonso Montaña Tatés: Participó en la concepción y diseño del caso clínico, revisión de la literatura, redacción del artículo y aprobación final de este.

Ana del Carmen Armas Vega: Redacción del artículo y asesoría académica.

Alessandro Dourado Loguercio: Aportó con la revisión crítica del artículo y asesoría técnica.

María Teresa Salazar Garcés: Participó en la concepción y diseño del caso clínico, brindo asesoría técnica y clínica.