

Código ISSN 1390-0889



# REVISTA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

UNIVERSIDAD DE CUENCA  
AÑO 6 - NÚMERO 6  
2014



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
Educamos para el desarrollo



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
Educamos para el desarrollo

**MIEMBROS DEL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

Dr. Gonzalo Montesinos  
Decano de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca

Dr. Pablo Tamaríz  
Subdecano de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca

Od. Andrés Palacios  
Director de Carrera de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca

Dr. Jacinto Alvarado  
Vocal Principal

Dra. Germanía Sardi  
Vocal Principal

---

Lugar de edición  
Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca

Diagramación  
Unidad de Relaciones Públicas y Comunicación.

Mención de la dirección  
[esteban.astudillo@ucuenca.edu.ec](mailto:esteban.astudillo@ucuenca.edu.ec)



# REVISTA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

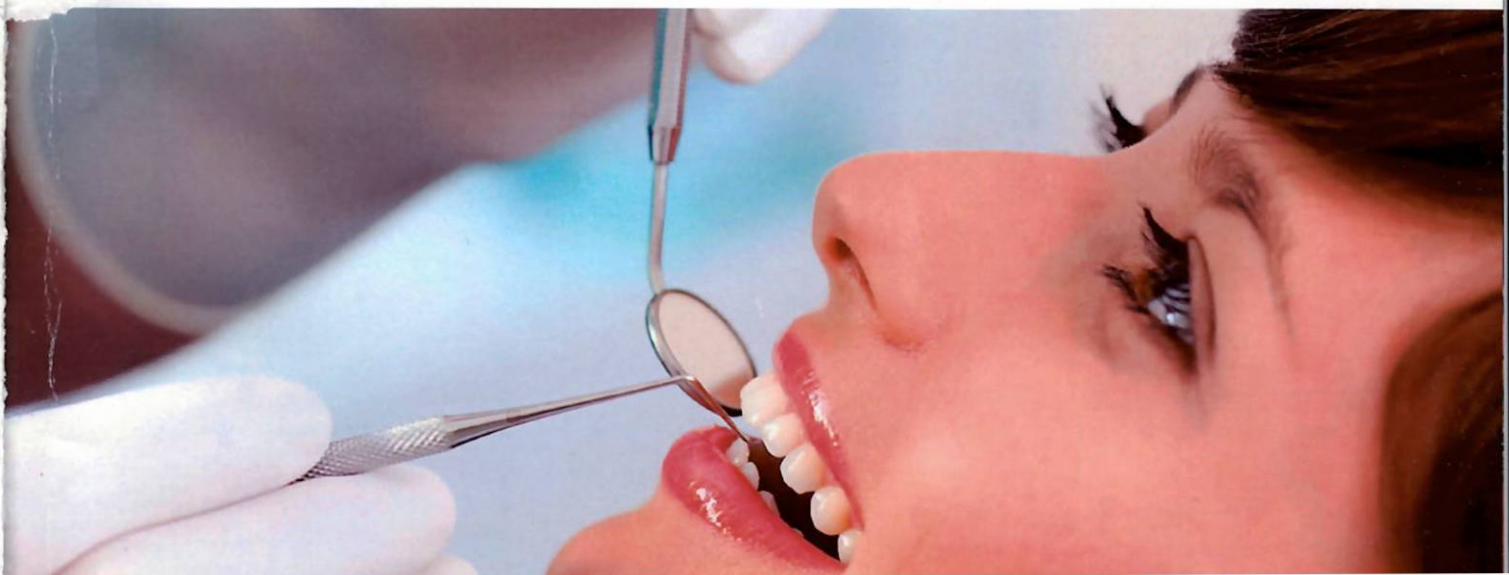
UNIVERSIDAD DE CUENCA  
AÑO 6 - NÚMERO 6  
2014

## MISIÓN

La carrera de Odontología de la Universidad de Cuenca tiene como misión formar odontólogos con principios éticos y humanísticos, competentes, responsables de su aprendizaje, para aplicar sus conocimientos orientados al diagnóstico, promoción, prevención, tratamiento e investigación en la salud estomatológica; capaces de incorporarse a equipos multidisciplinares para enfrentar los retos que plantea el entorno nacional e internacional en concordancia con el Buen Vivir.

## VISIÓN

La carrera de Odontología de la Universidad de Cuenca para el año 2017 es líder de la educación odontológica en el ámbito nacional, acreditada entre las mejores a nivel latinoamericano por la calidad educativa que ofrece, por la investigación que realiza y por sus contribuciones sociales.





## EDITORIAL

Tanto la Facultad de Odontología como la Universidad de Cuenca en general se encuentran atravesando un período histórico y a su vez complejo, enmarcado en el proceso de acreditación, sacudido por un brusco recambio del equipo Docente y guiado por un nuevo objetivo: la investigación.

Estas nuevas metas se han visto plasmadas en oleadas de catedráticos volcados nuevamente a las aulas con el objetivo de instruirse y traer consigo el nuevo episteme, el cual alejará a los futuros profesionales de la mera doxa, logrando acercarnos así a la práctica estomatológica basada en evidencia científica, en donde la principal beneficiada será la comunidad que acude confiada a prevenir y calmar sus males en manos de odontólogos con una formación integral complementada por el conocimiento basado en el método científico y no en opiniones particulares.

De esta manera la Revista de la Facultad de Odontología se convierte en nuestra principal herramienta contra la práctica fútil, y demuestra que nuestros estudiantes y docentes fundamentan su ejercicio diario en fuentes bibliográficas de alto impacto, tal como queda demostrado en los casos clínicos de diferentes especialidades que presentamos en esta publicación.

Agradezco la participación de las personas que generan conocimiento y lo transmiten a través de sus artículos científicos, a las autoridades de nuestra Facultad por mantener la iniciativa y el apoyo para que esta revista se presente con su sexta edición.

Aprovecho esta oportunidad para hacer extensiva mi más cordial invitación a todos los que hacemos la Facultad de Odontología a seguir participando con artículos científicos, para lo cual adjunto se encontrarán las normas para publicación en nuestra revista.

Od. Esteban Astudillo Ortiz  
DIRECTOR DE PUBLICACIONES





El término cultura proviene del latín cultus, hace referencia al cultivo del espíritu y de las facultades intelectuales del ser humano. Su definición ha ido mutando a lo largo de la historia; desde la época del iluminismo, hasta hoy donde la cultura ha sido asociada a la civilización y al progreso, además de que la teoría de la información se utilizó desde sus inicios para crear el concepto científico de cultura.

La cultura en términos generales es una especie de tejido social que abarca las distintas formas y expresiones de una sociedad determinada; por lo tanto, las costumbres, las prácticas, las maneras de ser y las normas de comportamiento son aspectos que se encuentran incluidos en la cultura. Para la UNESCO, la cultura permite al ser humano la capacidad de reflexionar sobre sí mismo, discernir valores y buscar nuevos significados.

La escritura no debe ser ajena a las definiciones mencionadas sobre cultura, más bien debería ser un acto permanente, rutinario y espontáneo de quienes hacemos la academia; pero lamentablemente no está arraigada en nuestra idiosincrasia y por lo tanto requiere esfuerzo hacerlo, sin embargo en el escenario actual debemos y tenemos que revertir ésta condición que es consecuente a la realidad del docente y el estudiante universitario.

Las exigencias de publicar en el actual contexto de la educación superior, marcan una transformación de la conducta y el accionar universitario; ante estos hechos tratamos de publicar de cualquier manera, preferentemente en revistas de gran impacto con las justas aspiraciones de puntuar para acreditar y escalafonar, pero también es necesario y ecuánime pensar que debemos mantener y mejorar nuestra revista; sabemos que es un proceso que no puede ser un acto impositivo, pero si es una responsabilidad de todos empoderarnos de nuestra revista para calificarla e indexarla.

Quienes aportan con sus artículos en este número de la "Revista de la Facultad de Odontología", lo han hecho bajo estos preceptos y la calidad de los mismos hace que renovemos nuevamente éste propósito, motivándonos a superar barreras del pasado que nos permitan incursionar en la "cultura del escribir" en la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca.

Dr. Gonzalo Montesinos  
DECANO DE LA FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA DE LA  
UNIVERSIDAD DE CUENCA





## ÉXITO CLÍNICO DE PRÓTESIS FIJA IMPLANTO-SOPORTADA Y DENTO-SOPORTADA DE ARCO COMPLETO CON CANTILEVERS DISTALES, DESPUÉS DE 4 AÑOS DE SEGUIMIENTO: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.

### RESUMEN:

**Problema:** El éxito clínico de prótesis implanto soportadas y dento soportadas de arco completo con cantilevers distales es incierto. **Objetivo:** Evaluar, en 4 años de seguimiento, el éxito clínico de una prótesis híbrida implantosoportada y una prótesis fija dentosoportada de arco completo con cantilevers distales, en una paciente edéntulo parcial superior e inferior. **Metodología:** paciente de sexo femenino de 57 años de edad se presenta a la consulta privada con edentulismo parcial bimaxilar que genera inestabilidad oclusal y alteración estética. Luego de un estudio clínico, radiográfico y tomográfico, se determinó un plan de tratamiento ideal y otro alternativo; la paciente aceptó la propuesta ideal para el maxilar superior: una prótesis híbrida implanto soportada y la propuesta alternativa para la mandíbula: una prótesis parcial fija dentosoportada inferior, las dos fueron diseñadas de arco completo y con extensiones tipo cantiléver distales menores a 7mm de longitud; luego de los tratamientos endodónticos e implantológicos respectivos, se procedió a la fabricación de las dos estructuras, que además de recuperar la funcionalidad del sistema masticatorio mejoraron considerablemente la estética de la paciente.

Se realizó un seguimiento clínico y radiográfico a los 4 años de instaladas las prótesis, considerando los siguientes criterios de evaluación:

**Radiográficos:** nivel de hueso marginal de los implantes superiores y de los dientes pilares inferiores, sobre todo los más cercanos a la extensión distal y **Clínicos:** supervivencia de los implantes superiores, de los dientes inferiores, de la prótesis híbrida superior y de la prótesis parcial fija inferior, teniendo en cuenta complicaciones técnicas y biológicas. **Resultados:** El análisis radiográfico demostró la integridad del tejido óseo peri-implantario y peri-dentario sin reabsorción ósea e integridad cortical en implantes pilares superiores y en los dientes pilares inferiores. El análisis clínico demostró ausencia de fallas mecánicas o biológicas tanto de implantes y dientes, así como de prótesis superior e inferior después de 4 años de instaladas, lo cual revela el éxito clínico y radiográfico de la terapéutica diseñada con extensiones distales. **Conclusión:** dentro de las limitaciones del presente caso clínico podemos concluir que la extensión distal tipo cantiléver, en prótesis de arco completo, podría constituir una opción válida al momento de reconstruir sistemas masticatorios afectados

por el edentulismo parcial o total, previo un correcto diagnóstico y una adecuada planificación del caso.

**Palabras clave:** Cantiléver distal, Éxito clínico, 4 años de seguimiento, prótesis híbrida implantosoportada, prótesis fija dentosoportada.

Jaime Astudillo.  
Doctor en Odontología  
Especialista en Rehabilitación Oral  
Docente de pre y post grado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca.  
Director del Post Grado de Rehabilitación Oral de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca III Cohorte  
jaime14astudillo@hotmail.com

Fecha de recepción:  
7 de noviembre 2014  
Fecha de aprobación:  
19 de diciembre 2014



## ABSTRACT

**Problem:** The clinical success of implant and tooth-supported full-arch prostheses with distal cantilevers is uncertain. **Objective:** To evaluate, in 4 years of follow up, the clinical success of an implant-tooth-supported hybrid prosthesis and fixed full-arch prosthesis with distal cantilevers in a partial upper and lower edentulous patient. **Methodology:** female patient aged 57 years presented to private consultation with partial edentulism bimaxilar generated occlusal instability and aesthetic alteration. After a clinical, radiographic and tomographic study, an ideal treatment plan and an alternative was determined; The patient agreed ideal for the maxilla proposal: an implant supported hybrid prosthesis and the alternative proposal for the mandible: a fixed partial denture tooth supported inferior, both were designed full arch and type extensions cantilever lower distal to 7mm in length; after endodontic and implantology respective treatments, we proceeded to the manufacture of the two structures, in addition to restore function of the masticatory system greatly improved the aesthetics of the patient. Clinical and radiographic follow-up was performed at 4 years of installed prostheses, considering the following evaluation criteria: Radiographic: marginal bone level of the upper implants and teeth lower pillars, especially those closest to the distal extent and Clinical: survival of higher implants, the lower teeth, upper hybrid prosthesis and lower fixed partial denture, taking into account technical and biological complications. **Results:** Radiographic analysis demonstrated the integrity of peri-implant and peri-alveolar bone without bone resorption and cortical implants higher integrity pillars and lower abutment teeth. The clinical analysis showed absence of mechanical failures or biological both implants and teeth as well as upper and lower dentures after 4 years installed, revealing the clinical and radiographic success of therapeutic designed with distal extensions. **Conclusion:** Within the limitations of this clinical case we can conclude that the distal extension

type cantilever in full-arch prostheses, could be an option when rebuilding masticatory systems affected by the partial or total edentulism, after proper diagnosis and Proper planning of the case.

**Keywords:** distal Cantilever, clinical success, 4 years of follow, hybrid prosthesis implant, tooth-supported fixed prostheses.

## INTRODUCCIÓN:

La incorporación de extensiones distales tipo cantiléver dentro de una reconstrucción protésica, puede ser considerada una opción adecuada en situaciones donde la condición del reborde edéntulo residual no permite la colocación de un implante dental<sup>1</sup>. Sin embargo se ha determinado que las extensiones en cantiléver producen sobrecarga en las estructuras de soporte, poniendo en riesgo el pronóstico de la rehabilitación protésica<sup>2</sup>.

Es conocido que la pérdida prematura de piezas dentarias, genera una reabsorción progresiva de la cresta ósea alveolar mandibular y maxilar<sup>3</sup>, que muchas de las veces impide la colocación de implantes en dichas áreas, ya que se corre el riesgo de perforar estructuras anatómicas de importancia. En estos casos, algunos autores<sup>4</sup> recomiendan la extensión distal o cantiléver de las restauraciones protésicas, para aumentar el tamaño del arco oclusal y mejorar la eficacia masticatoria, sin incurrir en procedimientos quirúrgicos adicionales para preparar el lecho óseo para un implante.

Por otro lado, el uso de cantilevers viene cargado de controversia. Algunos autores han sugerido que las fuerzas oclusales sobre los cantilevers, están amplificadas, debido a la acción de palanca que generan, esto podría causar daños tisulares alrededor de los pilares; estudios in vitro han demostrado niveles muy elevados de estrés sobre los cantilevers distales<sup>5</sup>, más aún cuando la longitud de los mismos excede los 7mm<sup>6</sup>. Debido a la controversia generada, muy poco se conoce sobre el éxito clínico a largo plazo de las prótesis implantosoportadas y dentosoportadas con extensión distal tipo cantiléver. Por este motivo, a continuación se presenta un caso clínico de edentulismo parcial bimaxilar, resuelto por medio de prótesis híbrida implantosoportada superior y prótesis parcial fija dento soportada inferior de arco completo, con extensiones distales tipo cantiléver y una evaluación a los 4 años de su instalación.



## REPORTE DE CASO

Paciente de sexo femenino de 57 años de edad, acudió a la consulta privada refiriendo no gustarle el aspecto de sus dientes y la imposibilidad de masticar alimentos duros (fig.1).



Figura 1.- Aspecto inicial de paciente edéntulo parcial superior e inferior con colapso oclusal, vista frontal.

No presentó antecedentes médicos de importancia ni tomaba medicación alguna, por tanto se la clasificó como ASA I (Paciente sano)<sup>7-8</sup>. Al examen clínico extraoral no se observaron signos o síntomas de trastorno temporomandibular<sup>9</sup>. Al examen clínico intraoral observamos ausencia de piezas dentarias en el maxilar superior e inferior, reabsorción de rebordes en la zona edéntula y recesión gingival generalizada, además, presencia de placa bacteriana y calculo en el sector antero-inferior; migración, extrusión de las piezas dentales y colapso oclusal con mordida cruzada en lado derecho (fig. 2 y 3).



Figura 2.- Visión intraoral frontal donde se observa el edentulismo parcial superior e inferior, el colapso oclusal, la mordida cruzada del lado derecho, migración y extrusión de las piezas dentarias remanentes.



Figura 3.- Vista frontal intraoral sin prótesis removible superior, se observa la inestabilidad oclusal por la falta de piezas dentarias.

La prótesis parcial removible superior de acrílico, se encontraba en muy mal estado, sin retención ni apoyos oclusales y con múltiples reparaciones, no portaba prótesis inferior al momento de la revisión. Al análisis radiográfico se observó reabsorción ósea en el área desdentada posterior superior e inferior, que imposibilitaba la colocación de implantes dentales; además proporción corono-radicular inadecuada en los dientes 31 y 41, migraciones y giroversiones de las piezas dentarias remanentes (fig.4).



Figura 4.- Radiografía panorámica inicial, se observa la reabsorción ósea generalizada, la proporción corono-radicular inadecuada de los dientes 31 y 41, migración y extrusión de las piezas dentarias remanentes.

Se propuso a la paciente un plan de tratamiento ideal con prótesis híbrida implanto-soportada superior e inferior y un plan alternativo con prótesis híbrida implanto-soportada superior y prótesis parcial fija dentosoportada inferior. Los dos planes incluían extensiones distales en Cantiléver para aumentar el tamaño del arco y evitar colocar implantes en las zonas de riesgo (seno maxilar y nervio dentario inferior). La paciente se decidió por el plan de tratamiento alternativo ya que manifestó su deseo de conservar las piezas dentarias remanentes del maxilar inferior.

Según Gonda Et al<sup>10</sup>, los factores que deben ser considerados para asegurar el éxito de una prótesis implanto-soportada con extensiones distales en Cantiléver son: 1) cantidad y calidad de hueso en la zona a implantar y 2) ausencia de fuerzas oclusales intensificadas (bruxismo o parafunción). De la



misma forma Sharma Et al<sup>11</sup>, determina factores a considerar para asegurar el éxito de una prótesis parcial fija con extensiones distales en cantiléver, estos son: 1) tejido periodontal saludable de las piezas pilares, 2) buen soporte alveolar, 3) longitud y ancho favorables de los pilares, 4) relación favorable interarcadas y 5) relación favorable entre los pilares. La paciente cumplía con todos los requisitos mencionados (fig. 4 y fig.9).

Luego de las impresiones preliminares y la obtención de modelos de estudio, se procedió con la toma de registros de las relaciones intermaxilares con la ayuda de un arco facial de montaje rápido (bioart, standart) para el posicionamiento tridimensional del maxilar superior<sup>12</sup> y un registro de mordida en posición articular terapéutica céntrica retrusiva, con técnica de manipulación bimanual, para posicionamiento del modelo inferior<sup>13</sup> (fig.5 y 6).

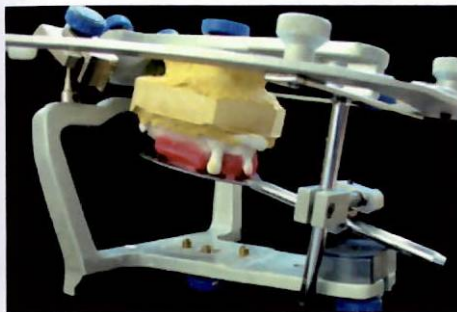


Figura 5.- Fijación del modelo superior con la ayuda de un rodete de mordida confeccionado con base de acrílico autopolimerizable transparente y un bloque de cera tipo rodete; la orientación tridimensional del modelo superior se consiguió con la ayuda de un arco facial arbitrario de montaje rápido.

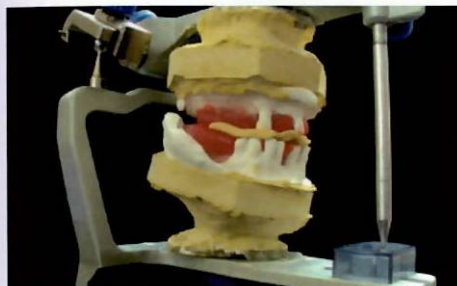


Figura 6.- Fijación del modelo inferior en una posición articular céntrica retrusiva, con la ayuda de un rodete de mordida confeccionado con base de acrílico autopolimerizable transparente y un bloque de cera tipo rodete; el registro oclusal se realizó con polivinilsiloxano de consistencia pesada para evitar desviaciones de posición.

Luego se realizó el encerado diagnóstico progresivo para la fabricación de una prótesis total superior provisional, que fue duplicada en acrílico transparente para obtener una guía tomográfica<sup>14</sup> (fig.7 y 8).

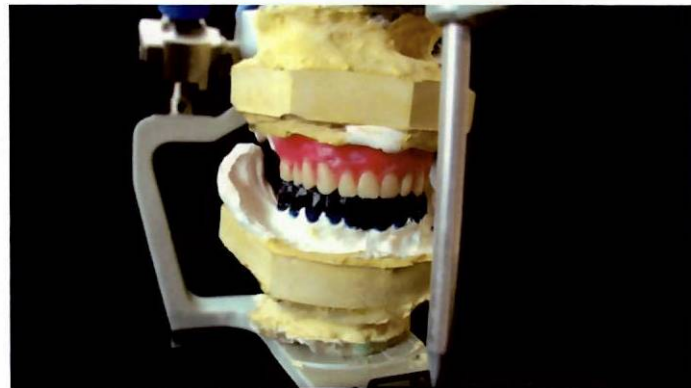


Figura 7.- Encerado diagnóstico con técnica progresiva.



Figura 8.- Guía tomográfica que se consiguió del duplicado de una prótesis total provisional luego del encerado diagnóstico. Los puntos de impacto fueron perforados y se rellenaron con conos de gutapercha blanca para guía tomográfica.

Luego del análisis tomográfico (scanner cone beam)<sup>15</sup>, se determinó el sitio más adecuado para la colocación de los implantes superiores, tres en el lado derecho y tres en el lado izquierdo<sup>16</sup>(fig. 9).

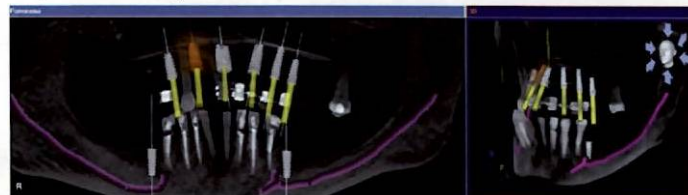


Figura 9.- Scanner tomográfico Cone Beam, donde se observa el punto de impacto de los tres implantes del lado derecho y tres del lado izquierdo en el maxilar superior. Imagen derecha, Se aprecia también una visión tridimensional del aspecto final de los implantes del maxilar superior.

Después del tratamiento endodóntico de los dientes pilares inferiores se confeccionaron postes intrarradiculares metálicos colados en una aleación de Niquel-Cromo, para conseguir resistencia al impacto masticatorio<sup>17</sup>. Se procedió después con la colocación de implantes SEVEN de MIS, según la ubicación tomográfica. Luego del período recomendado de oseointegración<sup>18</sup> se colocaron pilares multiunit<sup>19</sup> para mejorar el asentamiento de la estructura metálica sobre los implantes de hexágono interno(fig.10).



Figura 10.- Se observan los implantes dentales en sitio, tres derechos y tres izquierdos según la indicación tomográfica; se colocaron tapones transmucosos de cicatrización sobre los pilares multiunit; además podemos observar las piezas pilares inferiores con los postes metálicos colados en Niquel Cromo y preparaciones supragingivales para prevenir enfermedad periodontal por acumulación de placa bacteriana.

Después de las impresiones definitivas con material elastomérico de polivinilsiloxano<sup>20</sup> y transferentes de posición de los pilares multiunit en el arco superior y una técnica de doble paso para el arco inferior<sup>21</sup> (fig.11), se procedió con la confección de las estructuras metálicas con extensiones distales tipo cantilever menores a 7 mm<sup>11</sup>, para evitar excesiva palanca en los pilares<sup>1</sup>, según Takayama la longitud de las extensiones distales no tiene que sobrepasar la mitad de la longitud del brazo anterior de la estructura que va anclada a los implantes o a los dientes pilares; en el presente caso las estructuras ancladas tenían un brazo anterior de 20 mm, en el superior y de 25mm en el inferior, por tanto el cantilever podía extenderse hasta los 10 y 12 mm respectivamente (fig. 12 y 13).



Figura 11.- Impresión definitiva del arco superior con transferentes de posición para pilares multiunit.

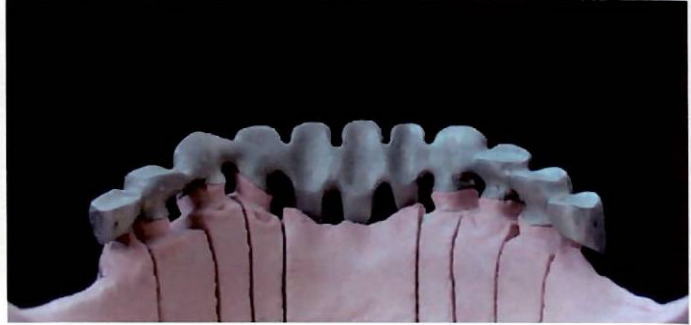


Figura 12.- Estructura metálica en Niquel-Cromo para la prótesis dentosoportada inferior con extensiones distales Cantilever menores a 7mm, tomando en cuenta la mitad de la longitud del brazo anterior.



Figura 13.- Estructura colada en Niquel-Cromo para prótesis implanto-soportada superior, con extensiones distales tipo Cantilever menores a 7mm. Tomando en cuenta la mitad de la longitud del brazo anterior.

Una vez probadas las estructuras en boca, se procedió con el enfilado dentario superior y la técnica de estratificación de capas para la elaboración de la cerámica de recubrimiento de la prótesis dento-soportada del arco inferior; se procuró que el área de las extensiones distales tipo Cantilever no posea contacto franco en la máxima intercuspidad, con el objetivo de evitar una excesiva fuerza de palanca en los dientes e implantes distales<sup>22</sup> (fig.14,15,16).





Figuras 14,15,16.- Enfilado dentario para la elaboración de la prótesis híbrida acrílica superior implanto-soportada y cementación de la prótesis ceramo-metálica dento-soportada inferior, obsérvese que las extensiones distales tipo Cantilever no se hayan en contacto franco durante la máxima intercuspidación.

Luego de las pruebas respectivas, se procedió a la instalación de la prótesis híbrida superior y la cementación de la prótesis fija inferior, finalmente se realizó un control oclusal que asegure el contacto estable bilateral y simultáneo de las prótesis y un contacto en saliva a nivel de las extensiones distales (fig. 17).



Figura 17.- Prótesis superior e inferior instaladas listas para el control oclusal.

## RESULTADOS:

4 años después de la instalación de las prótesis, se realizó una evaluación clínica y radiográfica para determinar el porcentaje de éxito de las restauraciones protésicas, según criterios Radiográficos: nivel de hueso marginal de los implantes superiores y de los dientes pilares inferiores, sobre todo los más cercanos a la extensión distal y Clínicos: supervivencia de los implantes superiores, de dientes inferiores, de la prótesis híbrida superior y de la prótesis parcial fija inferior, teniendo en cuenta complicaciones técnicas (fractura de implantes o de sus componentes, fractura de dientes pilares, descementación, filtración de prótesis) y biológicas (inflamación marginal alrededor de los implantes o de los dientes pilares) (1).

Al análisis clínico no se evidenció ningún tipo de complicación técnica, ni de la prótesis híbrida superior, ni de la prótesis parcial fija inferior (fig.18,19,20), hubo integridad en las dos estructuras, salvo un cambio de coloración en los dientes acrílicos de la prótesis híbrida. Tampoco hubo ningún tipo de complicación biológica alrededor de los implantes y de los dientes pilares. Se pudo evidenciar la integridad tanto de implantes como de pilares dentarios después de 4 años de funcionamiento de la restauración protésica.



El análisis radiográfico demostró integridad en la zona ósea marginal, alrededor de implantes y de dientes pilares; no se evidenció reabsorción ósea, ni zonas de pérdida de óseo-integración de los implantes, los dientes pilares inferiores no presentaron signos de lesión periapical o de fractura radicular (fig.21).



Figuras 18, 19 y 20.- Evaluación clínica, 4 años después de la instalación protésica. Visión lateral derecha, frontal y lateral izquierda, donde se puede ver la integridad de las prótesis; las extensiones distales tipo cantilever tanto superior como inferior no presentan signos de fractura o despostillamiento.

No existe movilidad de las estructuras, lo cual evidencia integridad de los pilares, tanto implantarios como dentarios. Se evidencia cambio de coloración de los dientes acrílicos superiores y ligera acumulación de placa bacteriana en el sector antero-inferior. Con la máxima intercuspidadación se observa aún el contacto en saliva que se dejó 4 años atrás, para evitar excesiva carga a nivel de las extensiones distales.



Figura 21.- Control radiográfico 4 años después de instaladas las prótesis con cantilever distal, podemos observar ausencia de signos de reabsorción ósea periimplantar y peridentaria cercana a la zona de los cantilevers distales, además observamos integridad en la unión de la barra protésica con los pilares multiunit y ausencia de fracturas radiculares o lesiones periapicales en los dientes pilares inferiores.



Figuras 22 y 23.- Observamos la condición clínica antes y después del tratamiento protésico.



Figura 23.- Condición clínica 4 años después de la instalación de las prótesis.



## DISCUSIÓN

En el presente caso se realizó una evaluación del éxito clínico de una prótesis híbrida implantosoportada de arco completo en el maxilar superior, sujeta por 6 implantes dentales y una prótesis parcial fija metalo-cerámica dentosoportada, de arco completo, sujeta en 6 pilares dentarios endodonciados y reforzados en su porción coronal por postes colados en aleación Niquel-Cromo, las dos prótesis con extensiones distales tipo Cantilever menores a 7mm, considerando la indicación de Takayama (29) de que la longitud del Cantilever no debe ser mayor a la longitud del brazo anterior anclado de la restauración. La evaluación fue realizada 4 años después de la instalación de las prótesis, un año menos de lo recomendado por Wennstrom & Palmer 1999 (23); Berglundh et al. 2002 (24); Pjetursson et al. 2004 (25), que indican por lo menos 5 años como requisito básico para una evaluación adecuada de los resultados de un tratamiento de implantes. Sin embargo, parece ser un tiempo prudencial para evaluar el funcionamiento de una prótesis con extensiones distales tipo cantilever, cuyas fallas, en caso de presentarse, son casi inmediatas según los autores citados.

Debido al resultado obtenido luego de la observación clínica y radiográfica del caso, podríamos determinar un porcentaje de éxito del 100% en cuanto al diseño protésico de reconstrucción de arco completo con extensiones distales tipo Cantilever, tanto implantosoportado como dentosoportado. La revisión sistemática de José Zurdo et al. 2009 (1) determinó un porcentaje de 92% de éxito clínico para prótesis dentales fijas con cantilever distales, comparado con un 96% en prótesis dentales fijas sin cantilevers. Aunque con estos datos se podría definir, que el diseño de prótesis parcial fija con cantilever distales es mucho menos exitoso que aquel sin cantilevers, es importante mencionar que el autor sugiere tomar éstos resultados con cautela, debido a que los estudios analizados presentaban un muestra muy pequeña. A pesar de

las recomendaciones del autor, se puede observar que un alto porcentaje de éxito clínico en este tipo de restauraciones, las convierte en una opción válida sobre todo en casos de imposibilidad de colocar un implante distal por diferentes condiciones anatómicas no sorteables.

Los datos de éxito clínico del presente caso, fueron comparables con los resultados de revisiones sistemáticas previas sobre supervivencia de prótesis híbridas implantosoportadas con extensiones distales tipo cantilever, Pjetursson et al. 2004 (25) en un metaanálisis estimó un porcentaje de éxito clínico de 95% después de 5 años de seguimiento de 14 estudios analizados, concluyendo que la prótesis híbrida implantosoportada sería también indicada en casos de reconstrucciones de arco completo que necesiten de extensiones distales tipo Cantilever para extender la tabla oclusal, evitando la colocación de un implante en una zona de riesgo anatómico.

El porcentaje de reconstrucciones protésicas que se han mantenido en funcionamiento después de 5 años, sin ninguna complicación Las extensiones distales tipo Cantilever no influyen significativamente en los cambios óseos alrededor de los pilares dentarios o de los implantes (1), esto después de evaluar la pérdida de hueso, a los 5 años de seguimiento, de prótesis parciales fijas con extensiones distales según el criterio de éxito descrito por Albrektsson et al. En 1986 (27). En el presente caso se evidenció radiográficamente un nivel óseo aceptable y sin modificaciones anatómicas, que pudieran sugerir cambios óseos peligrosos alrededor de los pilares dentarios o de los implantes, sobretodo aquellos que se encuentran más cerca de la extensión distal. Los resultados concuerdan con Blanes et al. 2007, (28) que analizó, en un estudio prospectivo, el nivel óseo alrededor de los dientes pilares de prótesis con cantilever distal y mesial, llegando a la conclusión que ninguno de los dos diseños tuvieron parte en un cambio significativo del nivel óseo peridentalario o periimplantario, después de 6 años de seguimiento. Por tanto el concepto biológico de que la carga excesiva provocada por una extensión distal, produce un incremento de pérdida ósea marginal, alrededor de los pilares, sigue siendo controversial.

## CONCLUSIÓN:

Bajo las limitaciones inherentes al presente reporte, podríamos concluir que: debido al éxito clínico y radiográfico alcanzado en el presente caso, después de 4 años de seguimiento, la extensión distal tipo cantiléver, que no sobrepase los 7mm de longitud, podría constituir una opción válida al momento de reconstruir sistemas masticatorios afectados por el edentulismo parcial o total, sobre todo en aquellos casos en los que resulta dificultoso colocar implantes distales dado el riesgo anatómico que aquello implicaría.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Zurdo J, Romão C, Wennström JL. Survival and complication rates of implant-supported fixed partial dentures with cantilevers: a systematic review. *Clin Oral Implants Res.* 1 de septiembre de 2009;20:59-66.
- Bending Overload and Implant Fracture: A Retrospective Clinical Analysis [Internet]. [citado 11 de noviembre de 2014]. Recuperado a partir de: [http://www.quintpub.com/journals/omi/abstract.php?article\\_id=4178#.VGFynmeOquJ](http://www.quintpub.com/journals/omi/abstract.php?article_id=4178#.VGFynmeOquJ)
- Towards Edentulousness A. A review of the functional and psychosocial outcomes of edentulousness treated with complete replacement dentures. *J Can Dent Assoc.* 2003;69(10):662.
- Kim P, Ivanovski S, Latcham N, Mattheos N. The impact of cantilevers on biological and technical success outcomes of implant-supported fixed partial dentures. A retrospective cohort study. *Clin Oral Implants Res.* 1 de febrero de 2014;25(2):175-84.
- fulltext.php [Internet]. [citado 7 de noviembre de 2014]. Recuperado a partir de: [http://www.quintpub.com/journals/omi/fulltext.php?article\\_id=182](http://www.quintpub.com/journals/omi/fulltext.php?article_id=182)
- Bevilacqua M, Tealdo T, Menini M, Pera F, Mossolov A, Drago C, et al. The influence of cantilever length and implant inclination on stress distribution in maxillary implant-supported fixed dentures. *J Prosthet Dent.* 2011;105(1):5-13.
- Abraham-Inpijn L, Russell G, Abraham DA, Bäckman N, Baum E, Bullón-Fernández P, et al. A patient-administered Medical Risk Related History questionnaire (EMRRH) for use in 10 European countries (multicenter trial). *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodontology.* mayo de 2008;105(5):597-605.
- Chandler Gutiérrez L, Martínez-Sahuquillo A, Bullón Fernández P. Valoración del riesgo médico en la consulta dental mediante la encuesta EMRRH. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal Ed Impresa.* octubre de 2004;9(4):321-7.
- Protocollo clinico e strumenti di valutazione.pdf [Internet]. [citado 16 de octubre de 2014]. Recuperado a partir de: <http://www.bruxismo.eu/PDF-criteri-diagnostici/Protocollo%20clinico%20e%20strumenti%20di%20valutazione.pdf>
- Gonda T, Yasuda D, Ikebe K, Maeda Y. Biomechanical factors associated with mandibular cantilevers: analysis with three-dimensional finite element models. *Int J Oral Maxillofac Implants.* diciembre de 2014;29(6):e275-82.
- Sharma A, Rahul GR, Poduval ST, Shetty K. Assessment of Various Factors for Feasibility of Fixed Cantilever Bridge: A Review Study. *ISRN Dent [Internet].* 1 de marzo de 2012 [citado 26 de noviembre de 2014];2012. Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3313584/>
- Farias-Neto A, Días AHM, de Miranda BFS, de Oliveira AR. Face-bow transfer in prosthodontics: a systematic review of the literature. *J Oral Rehabil.* 1 de septiembre de 2013;40(9):686-92.
- Keshvad A, Winstanley RB. An appraisal of the literature on centric relation. Part I. *J Oral Rehabil.* 1 de octubre de 2000;27(10):823-33.
- Scherer U, Stoetzer M, Ruecker M, Gellrich N-C, von See C. Template-guided vs. non-guided drilling in site preparation of dental implants. *Clin Oral Investig [Internet].* 30 de octubre de 2014 [citado 10 de noviembre de 2014]; Recuperado a partir de: <http://link.springer.com/10.1007/s00784-014-1346-7>
- Razavi T, Palmer RM, Davies J, Wilson R, Palmer PJ. Accuracy of measuring the cortical bone thickness adjacent to dental implants using cone beam computed tomography. *Clin Oral Implants Res.* 1 de julio de 2010;21(7):718-25.
- European Journal of Oral Implantology [Internet]. [citado 10 de noviembre de 2014]. Recuperado a partir de: <http://ejoi.quintessenz.de/index.php?doc=abstract&abstractID=32213/>
- Zhou L, Wang Q. Comparison of Fracture Resistance between Cast Posts and Fiber Posts: A Meta-analysis of Literature. *J Endod.* enero de 2013;39(1):11-5.
- Loading Protocols for Implant-Supported Overdentures in the Edentulous Jaw: A Systematic Review and Meta-Analysis.pdf - Buscar con Google [Internet]. [citado 10 de noviembre de 2014]. Recuperado a partir de: [https://www.google.com.ec/?gfe\\_rd=cr&ei=xB8sVLCBDoad8Aab-oDYCw&gws\\_rd=ssl#q>Loading+Protocols+for+Implant-Supported+Overdentures+in+the+Edentulous+Jaw%3A+A+Systematic+Review+and+Meta-Analysis.pdf](https://www.google.com.ec/?gfe_rd=cr&ei=xB8sVLCBDoad8Aab-oDYCw&gws_rd=ssl#q>Loading+Protocols+for+Implant-Supported+Overdentures+in+the+Edentulous+Jaw%3A+A+Systematic+Review+and+Meta-Analysis.pdf)
- Uludag B, Celik G. Fabrication of a Cement- and Screw-retained Multiunit Implant Restoration. *J Oral Implantol.* 1 de octubre de 2006;32(5):248-50.
- Accuracy of implant impressions for partially and completely edentulous patients: a systematic review.pdf - Buscar con Google [Internet]. [citado 10 de noviembre de 2014]. Recuperado a partir de: [https://www.google.com.ec/?gfe\\_rd=cr&ei=xB8sVLCBDoad8Aab-oDYCw&gws\\_rd=ssl#q=Accuracy+of+implant+impressions+for+partially+and+completely+edentulous+patients%3A+a+systematic+review.pdf](https://www.google.com.ec/?gfe_rd=cr&ei=xB8sVLCBDoad8Aab-oDYCw&gws_rd=ssl#q=Accuracy+of+implant+impressions+for+partially+and+completely+edentulous+patients%3A+a+systematic+review.pdf)
- Vitti RP, Silva MAB da, Consani RLX, Sinhoreti MAC, Vitti RP, Silva MAB da, et al. Dimensional Accuracy of Stone Casts Made from Silicone-Based Impression Materials and Three Impression Techniques. *Braz Dent J.* octubre de 2013;24(5):498-502.
- Koyano K, Esaki D. Occlusion on oral implants: current clinical guidelines. *J Oral Rehabil.* 1 de octubre de 2014;n/a - n/a.
- wennstrom, j. & palmer, r.m. consensus - Buscar con Google [Internet]. [citado 12 de noviembre de 2014]. Recuperado a partir de: [https://www.google.com.ec/?gfe\\_rd=cr&ei=xB8sVLCBDoad8Aab-oDYCw&gws\\_rd=ssl#q=wennstrom,%20j.%20%26%20palmer,%20r.m.%20consensus&spell=1](https://www.google.com.ec/?gfe_rd=cr&ei=xB8sVLCBDoad8Aab-oDYCw&gws_rd=ssl#q=wennstrom,%20j.%20%26%20palmer,%20r.m.%20consensus&spell=1)
- Berglundh T, Persson L, Klinge B. A systematic review of the incidence of biological and technical complications in implant dentistry reported in prospective longitudinal studies of at least 5 years. *J Clin Periodontol.* 1 de diciembre de 2002;29:197-212.
- Tan K, Pjetursson BE, Lang NP, Chan ESY. A systematic review of the survival and complication rates of fixed partial dentures (FPDs) after an observation period of at least 5 years. III. Conventional FPDs. *Clin Oral Implants Res.* diciembre de 2004;15(6):654-66.
- Wennstrom J, Zurdo J, Karlsson S, Ekstubbé A, Grondahl K, Lindhe J. Bone level change at implant-supported fixed partial dentures with and without cantilever extension after 5 years in function. *J Clin Periodontol.* diciembre de 2004;31(12):1077-83.
- A review and proposed a criteria of success - Albrektson et al.pdf [Internet]. [citado 12 de noviembre de 2014]. Recuperado a partir de: <http://coimplante.odo.br/Biblioteca/Trabalhos%20classicos/A%20review%20and%20proposed%20a%20criteria%20of%20success%20-%20Albrektson%20et%20al.pdf>
- Blanes RJ, Bernard JP, Blanes ZM, Belser UC. A 10-year prospective study of ITI dental implants placed in the posterior region. II: Influence of the crown-to-implant ratio and different prosthetic treatment modalities on crestal bone loss. *Clin Oral Implants Res.* diciembre de 2007;18(6):707-14.
- Sertgöz A. Finite element analysis of the effect of cantilever and implant length on stress distribution in an implant-supported fixed prosthesis. *The Journal of Prosthetic Dentistry, Volume 76, Issue 2, August 1996, Pages 165-169.*





**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
Educamos para el desarrollo

# FACULTAD DE **ODONTOLOGÍA** UNIVERSIDAD DE CUENCA





## INSTRUCCIONES A LOS AUTORES Y NORMAS DE PUBLICACIÓN

### DIRECCIÓN DE PUBLICACIONES DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA

**1. SECCIONES:** La revista de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca consta de las siguientes secciones regulares:

**A. EDITORIALES:** artículos de opinión abordando temas específicos y de actualidad en el campo de la ciencia y salud. Corresponden a invitaciones efectuadas por el Editor y el Comité Editorial.

**B. REPORTES DE INVESTIGACIÓN:** artículos originales correspondientes a protocolos de investigación, estudios finalizados con diseños observacionales (cohortes, caso-control, transversales, correlación, series de casos y reportes de caso ampliados), diseños experimentales (ensayos clínicos) y diseños integrativos (metanálisis y revisiones sistemáticas).

**C. EDUCACIÓN EN ODONTOLOGÍA:** artículos correspondientes al proceso de enseñanza y formación profesional, relacionados con los sistemas educativos universitarios, particularmente de odontología.

**D. REPORTES CIENTÍFICOS:** artículos correspondientes a revisiones ampliadas y comunicaciones cortas, sobre temas para educación en odontología continua. Generalmente corresponden a invitaciones efectuadas por el Editor y el Comité Editorial. Solamente artículos de extremo interés y posean el mérito suficiente en su contenido serán aceptados de autores no invitados.

**E. CARTAS DE INVESTIGACIÓN:** artículos correspondientes a casos clínicos cortos y trabajos de investigación en general cuyo contenido, complejidad metodológica y alcance de resultados no justifica una mayor extensión.

**F. CARTAS AL EDITOR:** artículos de opiniones a trabajos previamente publicados en la revista, puntos de debate y comunicaciones científicas puntuales.

g. Otras secciones no regulares:

(Salud Pública, Crónicas de la Facultad, Historia de la Odontología) son consideradas dentro de un número de la revista cuando se considera pertinente por parte de los editores.

**2. ESTRUCTURA DE LOS ARTÍCULOS ORIGINALES.** la revista de la Facultad de odontología de la Universidad de Cuenca procura seguir las recomendaciones del Comité Internacional de Revistas Biomédicas (<http://www.icmje.org>) los artículos científicos que se presenten deberán estar redactados íntegramente en castellano, inglés o portugués, a una sola columna, con un tamaño de página A4, idealmente a doble espacio y márgenes de 2cm a cada lado. Todas las páginas deberán estar numeradas consecutivamente en el ángulo inferior derecho, ninguna página debe tener características propias de un proceso de diagramación para imprenta.

Los manuscritos, para efectos metodológicos se ordenarán de la siguiente manera: 1. Título. 2. Resumen en español e inglés incluidos las palabras clave. 3. Texto, con la introducción o planteamiento del problema, métodos, resultados en cuadros, tablas o gráficos y discusión. 4. Referencias bibliográficas de acuerdo a las Normas de Vancouver.

**2.1 TÍTULO:** Debe ser específico para describir adecuadamente el contenido del artículo, deberá tener de 8 a 10 palabras. Nombres de los Autores. Constarán debajo del título, para cada autor/coautor deberá utilizarse una de las siguientes modalidades con fines de la respectiva citación en caso de publicación:

- Primer nombre - inicial del segundo nombre - primer apellido.
  - Primer nombre - segundo nombre completo - primer apellido.
  - Primer nombre - inicial del segundo nombre - primer y segundo apellidos.
- Detalle de los autores. Para cada autor/coautor deberá indicarse los datos actualizados de:
- Título académico.
  - Lugar de trabajo.
  - Cargo institucional.
  - Ciudad y país en el que se realizó el trabajo.

**2.2 RESUMEN:** En estilo estructurado para artículos de investigación y estilo narrativo para aquellos de tipo revisión. Las cartas de investigación y las cartas al editor no requieren de resumen. Constará de 200 palabras en artículos originales, así como en los de revisión y opinión; y, de 50 a 100 para los informes de casos clínicos. Deberá estructurarse de la siguiente manera: objetivos, métodos, resultados y conclusiones. No se utilizarán abreviaturas excepto cuando se utilicen unidades de medida.

Palabras clave. Todo artículo llevará de 3 a 10 palabras clave



en español y en inglés (Key words). Se relacionarán con los descriptores de las ciencias de la salud (DeCS) o con los términos MeSH (Medical Subject Headings).

**2.3 TEXTO:** El texto del artículo científico se presentará en el siguiente orden: introducción, métodos, resultados, discusión, conclusiones y referencias bibliográficas; en caso necesario se incluirá la declaración de conflicto de intereses y fuente de financiamiento, luego de las conclusiones.

Cuando se utilicen abreviaturas estarán precedidas por el significado completo de las mismas la primera vez que aparezcan en el texto. Cada referencia, figura o tabla se citará en el texto en orden numérico (el orden en el cual se menciona en el texto determinará los números de las referencias, figuras o tablas).

Se indicará en el texto los sitios de las figuras y tablas. Las figuras contarán con la respectiva autorización si el material ha sido publicado previamente. Las fotografías no permitirán la identificación de la persona, a menos que se disponga de la autorización para hacerlo.

Detalles de la escritura según el tipo de manuscrito.

#### **A. REPORTES DE INVESTIGACIÓN:**

Para los artículos originales los autores deberán considerar la extensión correcta (sin resumen y referencias bibliográficas) y estructura según el tipo de trabajo. Para diseños observacionales (cohortes, caso y control, transversales), experimentales (ensayos clínicos) e integrativos (revisiones sistemáticas y metaanálisis), idealmente con un máximo entre 4000 a 5000 palabras, hasta 6 tablas y 4 figuras, salvo que se encuentre justificado un mayor número de las mismas. El cuerpo del manuscrito deberá tener como apartados: introducción, sujetos y métodos, resultados, discusión. Solo deberán emplearse las referencias bibliográficas más relevantes para el artículo.

Las revisiones sistemáticas y

metaanálisis deberán seguir la normativa PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Metaanalyses), los estudios observacionales analíticos las normas STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology) y los ensayos clínicos las normas CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials).

Para trabajos con diseño de series de casos, la extensión máxima deberá ser de 3500 palabras. Se aceptarán hasta 4 tablas y 2 figuras. Apartados iguales al anterior. Los artículos con diseño reporte de caso serán excepcionalmente publicados de forma ampliada en esta sección de la revista. La extensión máxima será de 3000 palabras y se aceptarán hasta 4 tablas o figuras. El cuerpo del manuscrito deberá tener como apartados: introducción, presentación del caso, discusión. El comité editorial se reserva el derecho de reducir la extensión de artículos sobre reportes de casos puntuales y publicarlos en la sección de Cartas de Investigación.

En los artículos sobre protocolos de investigación la extensión máxima deberá ser de 6000 palabras y se aceptarán hasta 6 tablas y 4 figuras. El cuerpo del manuscrito deberá tener los siguientes apartados: Introducción- Justificación del estudio- Metodología- discusión (sobre los resultados que se prevé obtener y sus potenciales implicaciones en la práctica clínica). La revista recomienda a los autores también registrar las investigaciones en la Dirección de Inteligencia de la salud de Ministerio de Salud Pública.

**B. CARTAS DE INVESTIGACIÓN:** Los autores deberán procurar que el contenido tenga más de 1500 palabras, incluyendo referencias bibliográficas. Se aceptará hasta dos tablas y una figura. El número máximo de referencias bibliográficas será de 10. No tendrá resumen. El cuerpo deberá tener como apartados: Contexto – Métodos – Resultados – Comentario; y para reportes de caso: Contexto Presentación del caso- Comentario.

**C. CARTAS AL EDITOR:** Deberá poseer título y detalles de los autores. El contenido estará en un máximo de 1000 palabras, incluyendo referencias bibliográficas. Se aceptará hasta una tabla y una figura; y máximo 5 referencias bibliográficas.

**D. REPORTES CIENTÍFICOS/ EDUCACIÓN MÉDICA/ OTROS ARTÍCULOS DE REVISIÓN:** Los autores deberán procurar una extensión entre 4000 y 5000 palabras, sin considerar resumen referencias bibliográficas. Se aceptarán hasta 4 tablas y 4 figuras, salvo que se justifique un mayor número de las mismas. El cuerpo del artículo podrá contener títulos y subtítulos según sea pertinente para facilitar la lectura. El total de referencias bibliográficas deberá encontrarse acorde al contenido y extensión del documento.

#### **INTRODUCCIÓN:**

Tiene el objetivo de familiarizar al lector con la temática, la finalidad y el sentido del artículo científico. En ella se exponen las motivaciones que impulsaron a realizar la investigación, el



problema a investigar, el objetivo que se propone, la metodología que se aplica para obtener los resultados; y, muy brevemente, las conclusiones obtenidas.

### MÉTODOS

Se describirá las particularidades de la investigación de acuerdo al tipo de diseño; una adecuada descripción posibilita que la experiencia pueda ser comprobada y recreada por otros investigadores y científicos. Esta norma es compatible con la credibilidad y veracidad de todo trabajo científico. Es importante presentar el universo o población de estudio, las características de la muestra, los criterios de inclusión y exclusión, las variables que intervienen, el diseño estadístico y los métodos matemáticos utilizados para demostrar las hipótesis.

### RESULTADOS:

La exposición de los resultados precisa de la descripción científica del nuevo conocimiento que aporta la investigación, así como de los resultados que la justifican. Se seleccionará de manera ordenada lo que es significativo para la finalidad del artículo, es decir, para el mensaje que se quiere divulgar. Una revisión minuciosa de los datos acopiados y una actitud reflexiva de su significación ayudan a seleccionar la información relevante y a definir adecuadamente la esencia del nuevo conocimiento obtenido.

La utilización de tablas o gráficos estará sujeta a la naturaleza de los datos. Cuando se trata de manifestar y de visualizar una tendencia o proceso en evolución es recomendable el uso de un gráfico, en tanto que las tablas ofrecen mayor precisión y permiten leer los valores directamente. En ambos casos serán auto explicativos es decir, que eviten remitirse al texto y sean convincentes por sí mismos. El título y las notas explicativas a pie de tabla y gráfica serán breves y concretas.

### DISCUSIÓN:

Constituye la parte esencial del artículo científico y el punto culminante de la investigación. Tiene el propósito de utilizar los resultados para obtener un nuevo conocimiento. No se trata de reiterar los resultados con un

comentario sino entrar en un proceso analítico y comparativo con la teoría y los resultados previos de otras investigaciones, para buscar las explicaciones al problema planteado, así como inferir su validez científica en el contexto específico del campo investigativo. Es fundamental contrastar los resultados y conclusiones con estudios previos a la luz de las teorías citadas.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Las Referencias bibliográficas serán escritas de acuerdo a las Normas de Vancouver.

#### Artículos de Revista

Apellido, inicial del nombre. Título. Abreviatura de la revista. Año y mes. Volumen (número): páginas.

Ejemplo:

Amoroso-Silva PA, Ordinola-Zapata R, Duarte MAH, Gutmann JL, del Carpio- Perochena A, Bramante CM, et al. Micro-computed Tomographic Analysis of Mandibular Second Molars with C-shaped Root Canals. *J Endod.* 2015 Jun;41(6):890-5.

#### Libros

Apellido, inicial del nombre. Título. Número de edición. Ciudad; Editorial; año, página.

Ejemplo:

Guerrero, R. González, C. Medina, E. *Epidemiología.* Bogotá: Fondo Educativo Interamericano, S.A.;1981, p. 52.

#### Internet

Apellido, inicial del nombre. Título. Disponible e: dirección de página web. Fecha de actualización.

Lazcano E, Salazar E, Hernández M. Estudios Epidemiológicos de casos y controles. Fundamento teórico, variantes y aplicaciones. Disponible en [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342001000200009&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000200009&lng=es&nrm=iso) accedido en 04 de julio de 2011.

### ENSAYO:

Es un escrito en prosa con lenguaje conceptual y expositivo que expone con profundidad, madurez y sensibilidad una interpretación menos rigurosa metodológicamente sobre diversos temas, sean filosóficos, científicos, históricos, etc. El punto de vista que asume el autor al tratar el tema adquiere primacía. La nota individual, los sentimientos del autor, gustos o aversiones se ligan a un lenguaje más conceptual y expositivo. Combina el carácter científico de los argumentos



con el punto de vista y la imaginación del autor. La estructura del ensayo tiene: Introducción, Desarrollo, Conclusiones y referencias bibliográficas. Tiene una extensión de hasta 5000 palabras.

#### **CASOS CLÍNICOS:**

Se realiza la descripción y análisis de casos clínicos con una extensión máxima de 5000 palabras con la siguiente estructura: Título, Resumen, Introducción, Presentación del caso que incluya procedimientos diagnósticos, tratamiento y evolución; Discusión, Conclusiones y Referencias bibliográficas. Se incluye tablas con datos analíticos y hasta cinco gráficos de alta calidad. La Revista de la facultad publicará los casos que tengan mayor relevancia científica, profesional y social.

#### **REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS:**

Son escritos para analizar diversos temas con profundidad sobre temas de interés académico, científico, profesional o social relacionados con la salud. La extensión es de hasta 10 páginas, pueden contener hasta 10 cuadros o gráficos y hasta 100 referencias bibliográficas. Contiene un resumen de aproximadamente 200 palabras. Contiene al menos de Introducción, Desarrollo y Conclusiones.

#### **ARTÍCULOS DE REFLEXIÓN:**

Son escritos de análisis filosóficos, éticos o sociales relacionados con la salud con contenido crítico, con una extensión de hasta 5000 palabras. Pueden ser elaborados a pedido del Director o por iniciativa de los autores.

#### **IMÁGENES EN SALUD:**

Se puede incluir imágenes de interés sobre las diversas ramas de las ciencias de la salud, con presentación de eventos o acontecimientos, su descripción, explicación, evolución y desenlace. Puede contener hasta 500 palabras y hasta 5 imágenes con su numeración y nota explicativa al pie. Las imágenes deben ser de óptima calidad. No deben identificarse a las personas, salvo que exista autorización escrita para su publicación.

#### **ASPECTOS ÉTICOS:**

Los artículos científicos para su publicación se sujetarán a las normas nacionales e internacionales de Bioética para investigación y publicación.

#### **ENTREGA :**

Los trabajos científicos a ser publicados en la Revista de la Facultad serán entregados en la Secretaría de la Comisión de Publicaciones y enviados al e-mail [esteban.astudillo@ucuenca.edu.ec](mailto:esteban.astudillo@ucuenca.edu.ec) en original y una copia con material gráfico en formato JPG incluido, en papel bond, medida estándar ISO A4, con márgenes de 2.5cm a cada lado, impreso sobre una sola cara y a 1.5 puntos de espacio interlineado, con letra tamaño 12 puntos, en Word con una extensión máxima de 10 paginas; se acompañará en el medio electrónico el contenido que incluye texto, tablas, fotografías, figuras y gráficos, indicando el programa en el que fue procesado; incluirá la autorización para la publicación de fotografías en las que se identifique a las personas.

**ÍNDICE**

|   |           |
|---|-----------|
| <b>MULTIESTRATIFICACIÓN EN RESTAURACIONES DIRECTAS PARA DIENTES ANTERIORES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS.</b>  | <b>6</b>  |
| <b>PREVALENCIA DE FLUOROSIS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DE ENTRE 7 A 18 AÑOS DE LA PARROQUIA SALASACA Y SU ASOCIACIÓN CON EL NIVEL DE FLÚOR PRESENTE EN EL AGUA DE ABASTECIMIENTO DE DICHA COMUNIDAD.</b> | <b>10</b> |
| <b>ÉXITO CLÍNICO DE PRÓTESIS FIJA IMPLANTO-SOPORTADA Y DENTO-SOPORTADA DE ARCO COMPLETO CON CANTILEVERS DISTALES, DESPUÉS DE 4 AÑOS DE SEGUIMIENTO: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.</b>                   | <b>18</b> |
| <b>QUISTE DEL CONDUCTO NASOPALATINO: A PROPÓSITO DE UN CASO.</b>  | <b>27</b> |
| <b>SÍNDROME DE PAPILLON-LEFÈVRE: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y REPORTE DE DOS CASOS CLÍNICOS EN HERMANOS CON ESTA PATOLOGÍA.</b>   | <b>31</b> |
| <b>TRAMPA DIGITAL COMO CORRECTOR DEL HÁBITO DE SUCCIÓN DIGITAL</b>  | <b>35</b> |
| <b>INSTRUCCIONES A LOS AUTORES Y NORMAS DE PUBLICACIÓN</b>  | <b>40</b> |





**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
Educamos para el desarrollo

Edificio de la Facultad de Odontología  
Dir: Av. El Paraíso  
Teléfono: (593) 7 4051000 Ext. 3200  
[www.ucuenca.edu.ec](http://www.ucuenca.edu.ec)

**Cuerpo editorial:**

Od. Esteban Astudillo Ortiz

**Director Editorial**

[esteban.astudillo@ucuenca.edu.ec](mailto:esteban.astudillo@ucuenca.edu.ec)

Dra. Yadirá Piedra Bravo

**Miembro del Consejo Editorial**

[yadira.piedra@ucuenca.edu.ec](mailto:yadira.piedra@ucuenca.edu.ec)