ABORDAJE INTEGRAL EN ODONTOLOGÍA DE PACIENTE CON SÍNDROME DE CROUZON: REPORTE DE CASO

Comprehensive Dental Management of a Patient with Crouzon Syndrome: A Case Report

Alexia Marlene Hernández Melara[1]
Brenda Nathaly Alfaro[2]

Recibido: 03/02/2026
Aceptado: 16/07/2026

DOI: https://doi.org/10.69789/cc.v19i2.791

Resumen

El síndrome de Crouzon (SC) es una craneosinostosis sindrómica de origen genético, transmitida de forma autosómica dominante, con una incidencia aproximada de 1 en cada 60,000 nacidos vivos. Está asociado a mutaciones en los genes FGFR2 y FGFR3. Se caracteriza por el cierre prematuro de suturas craneales, principalmente coronal y sagital, produciendo deformidades craneofaciales, alteraciones funcionales y repercusiones psicosociales. Entre manifestaciones más frecuentes destacan la hipoplasia maxilar, exoftalmia, hipertelorismo, obstrucción respiratoria, hipoacusia y dificultades en el habla. Desde una perspectiva odontológica, los pacientes pueden presentar maloclusiones severas, mordida cruzada, apiñamiento, agenesia, paladar ojival, alta predisposición a caries y enfermedad periodontal. El objetivo del caso fue describir el abordaje integral de paciente con síndrome de Crouzon. Se reporta el caso de una paciente femenina de 34 años con diagnóstico confirmado de SC, atendida en la Facultad de Odontología de la Universidad Evangélica de El Salvador (2024-2025). El examen clínico mostró persistencia de piezas primarias, múltiples caries, mordida cruzada bilateral, agenesia dental, deficiente higiene oral y gingivitis grado 2. Los estudios radiográficos y la tomografía de haz cónico (CBCT) fueron fundamentales para evaluar las estructuras dentarias y planificar un tratamiento integral. El abordaje terapéutico fue multidisciplinario; en periodoncia se realizaron raspado, alisado radicular y profilaxis; en operatoria dental se realizaron múltiples obturaciones con resina compuesta; en cirugía, extracción del resto radicular 5.4 bajo manejo conductual "decir, demostrar y hacer". Finalmente,

1 Estudiante de pregrado del doctorado en Cirugía Dental, Universidad Evangélica de El Salvador, El Salvador. https://orcid.org/0009-0004-1354-6050, 2020010325@cvirtualuees.edu.sv, Alexia_07@outlook.es

2 Doctora en Cirugía Dental, docente titular de la Facultad de Odontología de la Universidad Evangélica de El Salvador, El Salvador. https://orcid.org/0000-0003-4095-7053, brenda.alfaro@uees.edu.sv

se confeccionó una prótesis parcial removible de Wipla por las características de los pilares (piezas primarias), considerando las limitaciones dentales y morfología palatina, mejorando la estética, función masticatoria y autoestima del paciente. Los hallazgos coinciden con la literatura, destacando maloclusiones, biofilm dental y gingivitis. El síndrome de Crouzon representa un reto clínico que requiere diagnóstico temprano, atención integral y manejo multidisciplinario. La intervención odontológica es fundamental para prevenir complicaciones.

Palabras clave: craneosinostosis, gingivitis, maloclusión, síndrome de Crouzon, tomografía computarizada de haz cónico, El Salvador

Abstract

Crouzon syndrome (CS) is a genetic form of syndromic craniosynostosis inherited in an autosomal dominant manner, with an estimated incidence of approximately 1 in 60,000 live births. It is associated with mutations in the FGFR2 and FGFR3 genes. The condition is characterized by the premature fusion of cranial sutures, particularly the coronal and sagittal sutures, resulting in craniofacial deformities, functional impairments, and psychosocial consequences. Common manifestations include maxillary hypoplasia, exophthalmos, hypertelorism, respiratory obstruction, hearing loss, and speech difficulties. From a dental perspective, patients may exhibit severe malocclusions, crossbite, dental crowding, dental agenesis, a high-arched palate, and an increased susceptibility to dental caries and periodontal disease. This case report aimed to describe the comprehensive dental management of a patient with Crouzon syndrome. This case report describes a 34-year-old female patient with a confirmed diagnosis of CS who received treatment at the Faculty of Dentistry of the Evangelical University of El Salvador between 2024 and 2025. Clinical examination revealed retained primary teeth, multiple carious lesions, bilateral crossbite, dental agenesis, poor oral hygiene, and grade 2 gingivitis. Radiographic examinations and cone-beam computed tomography (CBCT) were essential for assessing dental structures and planning comprehensive treatment. A multidisciplinary treatment approach was implemented. Periodontal treatment included scaling, root planing, and prophylaxis. Restorative treatment involved multiple composite resin restorations. Surgical treatment included extraction of the root remnant of tooth 5.4 using the tell-show-do behavior guidance technique. Finally, a Wipla removable partial denture was fabricated based on the characteristics of the abutment teeth (primary teeth), taking into account the patient's dental limitations and palatal morphology. The treatment improved esthetics, masticatory function, and the patient's self-esteem. The findings are consistent with the literature, particularly regarding malocclusions, dental biofilm, and gingivitis. Crouzon Syndrome represents a clinical challenge that requires early diagnosis, comprehensive care, and multidisciplinary management. Dental intervention is essential for preventing complications.

Keywords: craniosynostosis, gingivitis, malocclusion, Crouzon syndrome, cone-beam computed tomography, El Salvador

Introducción

El síndrome de Crouzon (SC) es una craneosinostosis sindrómica de carácter hereditario con un patrón autosómico dominante que se presenta en aproximadamente 1 de cada 60,000 nacidos vivos.(1) Es considerado el segundo trastorno más prevalente, representando aproximadamente el 4.8 % de todos los casos con craneosinostosis.(2,3)

Este trastorno es causado por la mutación del receptor 2 del factor de crecimiento de fibroblastos (FGFR2) localizado en el cromosoma 10 y el gen responsable por la codificación del receptor 3 del factor de crecimiento de fibroblastos (FGFR3) ubicado en el cromosoma 4, y juega un rol importante en el desarrollo embrionario de las extremidades.(4) Asimismo, se caracteriza por el cierre prematuro de una o más suturas craneales, siendo las suturas coronal y sagital las más afectadas frecuentemente, secundario a los cierres craneales que provocan una triada de deformidades craneales, anomalías faciales y proptosis.(1,5)

La incidencia de SC es muy variable según el género; no obstante, la craneosinostosis sagital y/o metópica predomina más en hombres y cuando se trata de una craneosinostosis coronal o bicoronal en mujeres.(5) Las malformaciones presentes en el SC generan las siguientes alteraciones: Sinostosis progresiva de múltiples huesos (cara, cuerpo, vértebras cervicales, en especial C2, C3, C5 y C6) y, en cuanto a las afecciones del sistema nervioso respiratorio, la nariz con apariencia de "pico de loro" (psittichorhina), que es generada por una prominente hipoplasia mandibular y un acortamiento del dorsal nasal anterior. Se observa obstrucción superior de las vías respiratorias como resultado de una desviación septal de las mismas; hay presencia de disnea, polipnea, apnea y ronquidos.(2) Puede causar afecciones a nivel del sistema nervioso central y periférico, tales como retraso mental, por inhibición en el desarrollo cerebral debido a una presión intracraneal persistentemente elevada, así como retraso neuropsicomotor. Se observa braquicefalia, tercio superior alto y ancho, aplanamiento de la región y protuberancias occipitales frontales, hipertelorismo, exoftalmia, proptosis, estrabismo, atrofia óptica y también hay presencia de pérdida de agudeza visual, pérdida auditiva conductiva a consecuencia de deformidades del oído medio.(6)

En los hallazgos odontológicos más relevantes se pueden mencionar mordida cruzada anterior y posterior, paladar estrecho, labio y paladar hendido, paladar profundo, maloclusión clase III, arco dental en forma de "V", erupción dental tardía, piezas dentales impactadas, erupción dental ectópica y agenesia dental. (6) El SC requiere un plan de tratamiento multidisciplinario desde las primeras etapas de vida, con la participación activa del odontólogo en la prevención de complicaciones y tratamiento de las secuelas orales. El profesional debe conocer las limitaciones funcionales y cognitivas del paciente, así como los factores etiológicos que pueden influir en su atención clínica.

Los individuos con SC presentan una mayor susceptibilidad a caries dental y a las enfermedades periodontales, generalmente asociadas a deficiencias en la higiene bucal

ocasionada por dificultades motoras o cognitivas y falta de orientación del cuidador principal. (7) A ello se suman las alteraciones anatómicas características del síndrome, como arcos estrechos, altos, arqueados y con apiñamiento dental, además de discrepancias oclusales y dimensiones reducidas del arco dentario, que favorecen la retención de biofilm y aumentan el riesgo de desarrollar gingivitis y periodontitis. (8) A la vez, las piezas dentarias primarias que presentan lesiones cariosas pueden actuar como un reservorio de bacterias patógenas, lo que facilita que la infección se propague hacia los dientes permanentes y tejidos periodontales.(8)

Presentación del caso

Información clínica

El presente caso reporta a una paciente femenina de 34 años con diagnóstico confirmado de síndrome de Crouzon, atendida en la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Evangélica de El Salvador durante el período 2024-2025.

Antecedentes médicos y odontológicos

La paciente presentaba antecedentes de múltiples intervenciones quirúrgicas desde la infancia, incluida una palatoplastia. En 2012, fue sometida a una intervención quirúrgica para la extirpación de un odontoma. Según los antecedentes registrados, durante el procedimiento se vieron involucradas piezas dentarias anterosuperiores, lo que ocasionó edentulismo parcial en el maxilar superior. La madre de la paciente refirió que previamente se había confeccionado una prótesis parcial removible tipo Wipla; sin embargo, esta presenta retención insuficiente, generando el desplazamiento de esta durante los movimientos funcionales.

Examen clínico

Examen extraoral

Durante la evaluación clínica, la paciente se mostró alerta y colaboradora. Se observaron características craneofaciales compatibles con el síndrome de Crouzon, entre ellas morfología craneal braquiocefálica, alopecia en la región anterior, exoftalmia, hipertelorismo ocular y estrabismo. También se identificó asimetría nasal con desviación hacia la izquierda y apariencia de pico de loro, así como incompetencia labial y braquidactilia en manos y pies. En el ámbito funcional, se identificaron dificultades en la expresión verbal y en la comprensión de indicaciones, aspectos que se consideraron durante la atención odontológica y la aplicación de estrategias de comunicación adaptadas a sus necesidades.

Examen intraoral

En el examen intrabucal se evidenció un total de 18 piezas dentarias en boca, con predominio de piezas primarias y presencia de algunas piezas permanentes erupcionadas. Se identificaron múltiples lesiones cariosas, agenesia dental, mordida cruzada posterior bilateral, higiene oral deficiente y macroglosia. Asimismo, se observó un paladar de forma ojival con tejido de aspecto cicatricial y bordes irregulares. Además de una encía edematosa y eritematosa, con contorno irregular e hiperplasia gingival en el sector anterosuperior.

En la evaluación radiográfica se identificaron piezas supernumerarias y gérmenes dentarios correspondientes a piezas permanentes no erupcionadas, algunos con desarrollo incompleto. Estos hallazgos, junto con la persistencia predominante de piezas primarias en una paciente adulta, sugieren alteraciones en el desarrollo y el patrón de erupción dentaria.

Figura 1. Fotografías intraorales de paciente con SC. A. Vista intraoral frontal; B. Vista intraoral lateral derecha; C. Vista intraoral oclusal superior; D. Vista intraoral lateral izquierda; E. Vista intraoral oclusal inferior.



Evaluación diagnóstica

El análisis diagnóstico incluyó radiografías panorámicas, periapicales, de aleta mordible y tomografía computarizada de haz cónico (CBCT). Estos estudios permitieron valorar con detalle estructuras dentales y óseas para el establecimiento de un plan de tratamiento.(9,10)

Figura 2. Exámenes complementarios de paciente femenina de 34 años con SC. A. Radiografía panorámica. B. Radiografías periapicales y de aleta mordible. C. Tomografía computarizada de haz cónico D. Reconstrucción 3D volumétrica

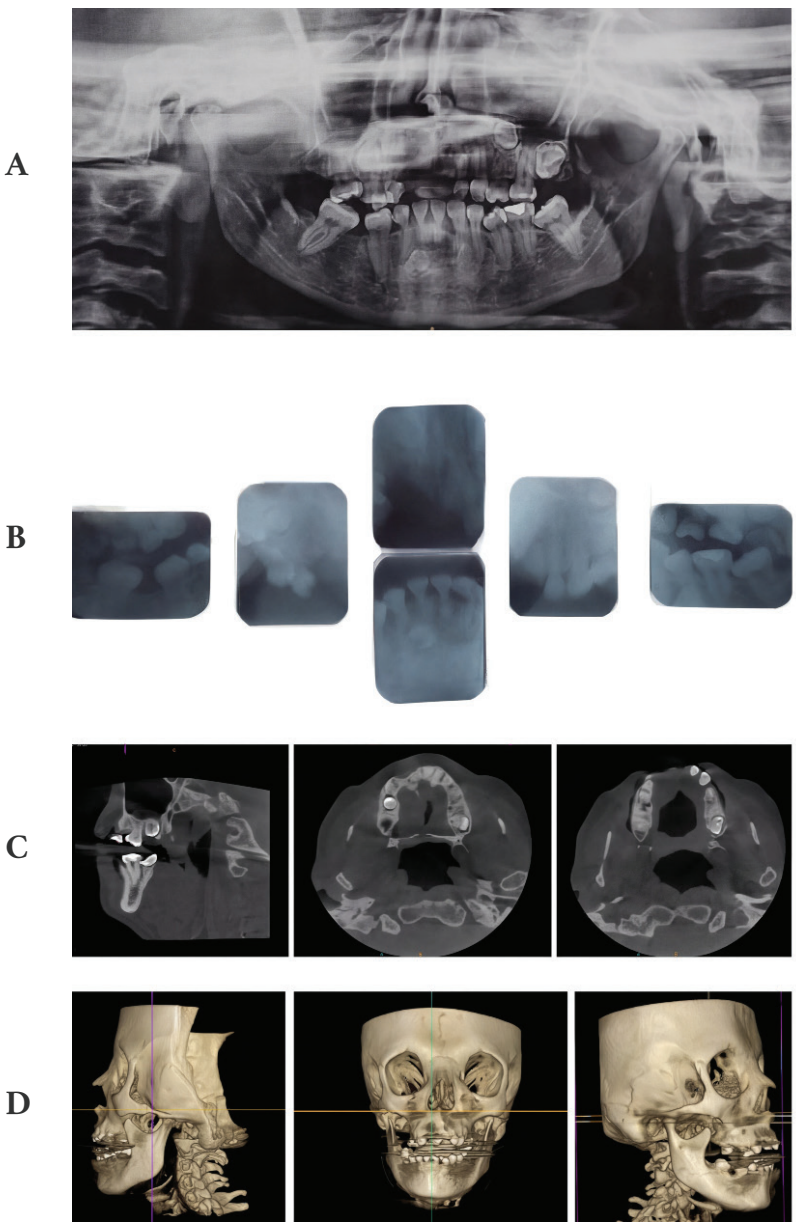
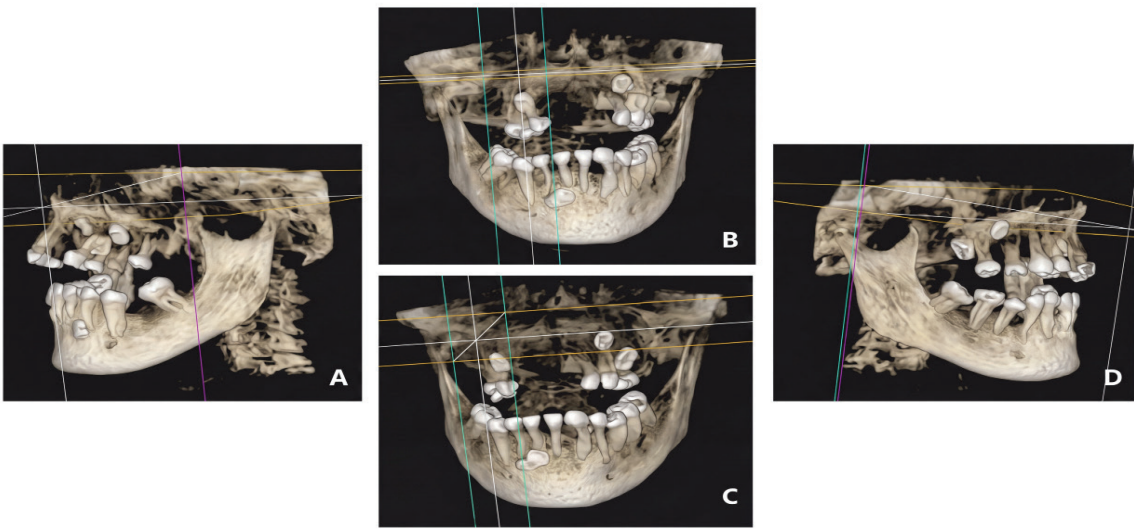


Figura 3. Reconstrucción 3D volumétrica de cone beam en paciente con síndrome de Crouzon: A. Vista lateral derecha; B. Vista frontal; C. Vista frontal con menor densidad ósea; D. Vista lateral izquierda.



Cronología

La paciente inició su evaluación diagnóstica el 29 de octubre de 2024. La fase higiénica y restauradora comenzó el 25 de febrero de 2025. El 5 de junio de 2025 se realizó la exodoncia del resto radicular de la pieza 5-4. Tras seis semanas de cicatrización, se adaptó una prótesis provisional el 16 de julio de 2025. El tratamiento concluyó exitosamente el 4 de agosto de 2025 con la confirmación de la estabilidad periodontal y la instalación de la prótesis removible definitiva tipo Wipla.

Tratamiento

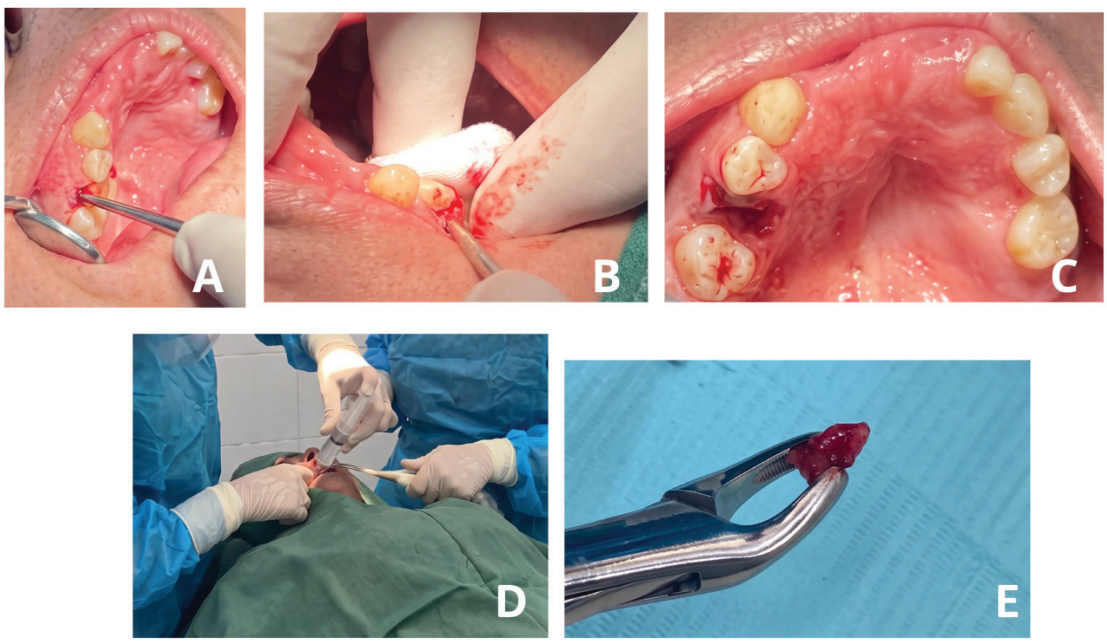
El abordaje terapéutico se hizo de manera multidisciplinaria. En periodoncia, se realizó un raspado y alisado radicular con profilaxis como terapia periodontal, debido a que la paciente presentaba gingivitis grado 2 del índice de Löe y Silness (inflamación moderada), asociada con una elevada acumulación de biofilm dental.(7)

Debido al reducido número de piezas permanentes presentes en boca, su evaluación no permitía obtener una valoración representativa

del estado gingival. Por ello, se incluyeron las piezas primarias en la evaluación clínica, utilizando una sonda periodontal OMS y un rodete de algodón para aplicar una ligera presión sobre los tejidos gingivales y valorar sus características clínicas, como parte de la determinación del grado de inflamación gingival. Asimismo, se instruyó al responsable de la paciente en la técnica de cepillado de Fones y en el uso de colutorios bucales, tanto comerciales como de preparación natural, a base de orégano y manzanilla, como complemento para las medidas de higiene oral.

En operatoria dental se realizaron múltiples obturaciones de resina compuesta tanto en la arcada superior como en la inferior. Dado que la paciente presentaba ciertas limitaciones físicas y de comprensión cognitiva, se crearon códigos de comunicación en los que la paciente pudiera manifestar alguna molestia o se diera una indicación durante el procedimiento dental; una vez comprendido esto, se procedió a obturar con ayuda de un OptraGate y aislamiento relativo. Una vez finalizadas las obturaciones, se procedió a realizar la extracción del resto radicular 5.4 utilizando una técnica de manejo conductual tipo "decir, demostrar y hacer".(11)

Figura 4. A. y B. Luxación de pieza 5.4 con elevador fino; C. Pieza 5.4 extraída; D. Irrigación con clorhexidina al 2 %; E. 5.4 extraída



Rehabilitación protésica

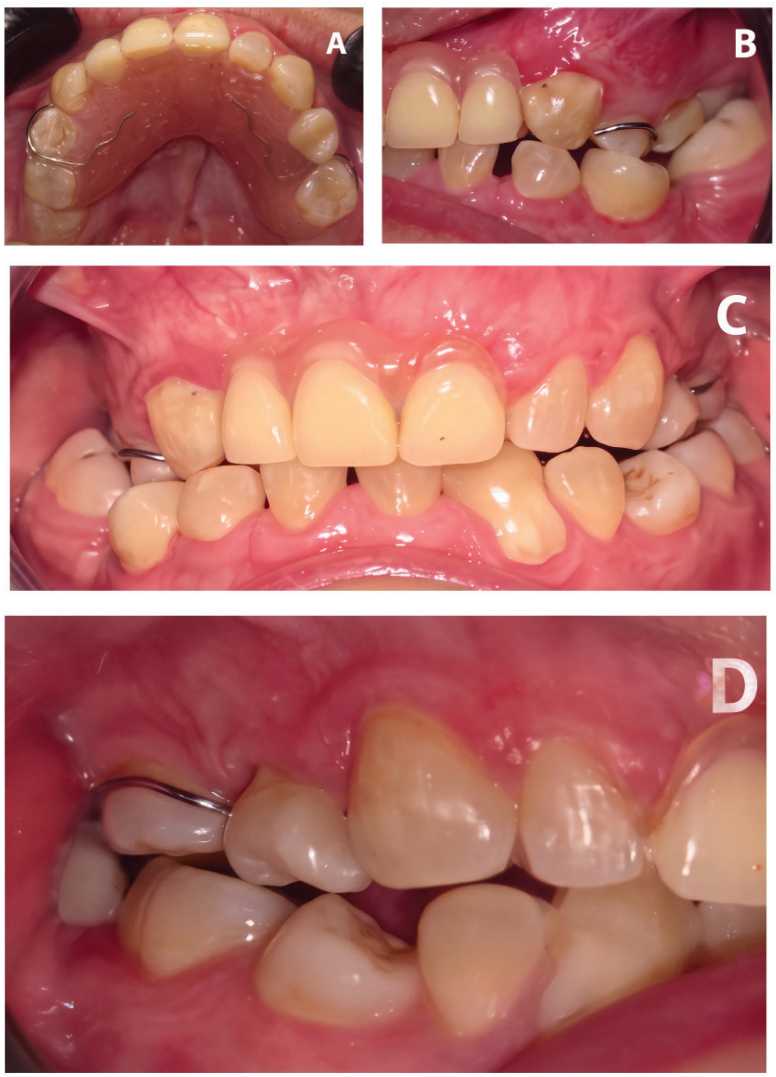
Seis semanas después, la paciente fue referida al área de prostodoncia para la rehabilitación de las piezas anterosuperiores, en la cual se hizo una interconsulta con el especialista del área para buscar un tratamiento que no fuera tan abrasivo para la paciente; se presentó una modificación 1 de la clase III de Kennedy con presencia de un reborde alveolar irregular.

Tras valorar los modelos de estudio, los exámenes complementarios y las condiciones clínicas, se decidió confeccionar una prótesis removible de Wipla debido a que las piezas presentes en el arco dental superior eran mayormente primarias, por lo que se evaluó rigurosamente que las piezas pilares podían ser ideales. Las prótesis removibles flexibles "se distinguen de las parciales removibles tradicionales por su estética, ya que al no incorporar estructuras metálicas, permiten que se aprecie de manera natural el contorno de los tejidos gingivales circundantes. Además, su característica de flexibilidad les confiere una mayor estabilidad, retención y resistencia frente a fracturas".(12,13)

No se confeccionó una prótesis removible convencional porque las piezas primarias no eran candidatas ideales para retenedores directos metálicos y el paladar no contaba con las condiciones adecuadas para un conector mayor metálico. Según Goswami y Chauhan, "el uso de prótesis parcial removible metálica está contraindicado en pacientes con síndrome de Crouzon que conservan dientes primarios, debido a las características anatómicas y estructurales propias de estas piezas y del síndrome".(14) Además, los pacientes con síndrome de Crouzon presentan hipoplasia maxilar, alteraciones óseas y discrepancia craneofacial que dificultan la correcta adaptación y estabilidad de una prótesis metálica, aumentando el riesgo de lesiones en tejidos blandos y desajuste funcional.(14,15)

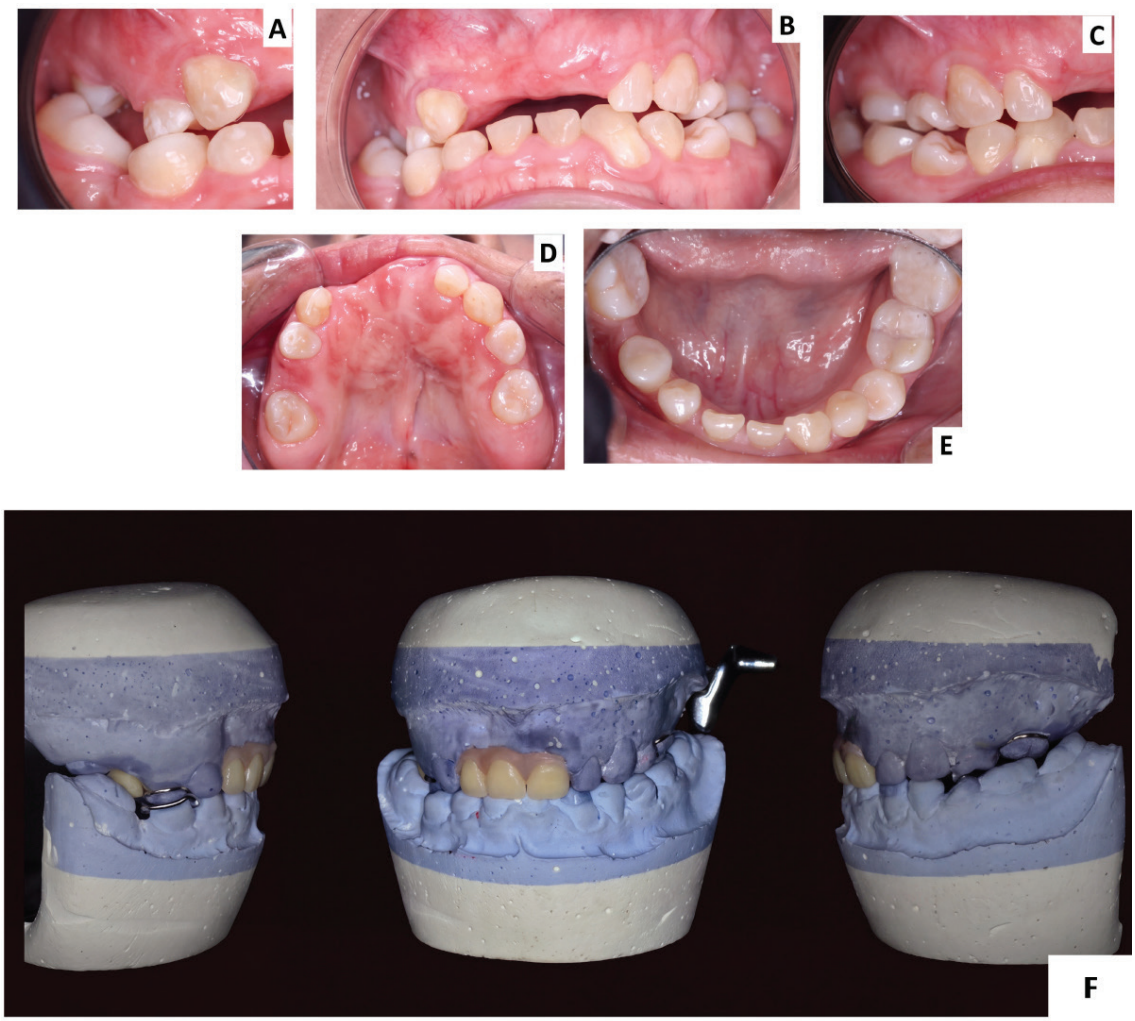
Sumado a lo anterior, la madre de la paciente refirió que anteriormente había utilizado una prótesis con gancho de Wipla, la cual no permitía realizar movimientos funcionales de manera adecuada. Debido a esto, se realizó una prótesis provisional con las piezas pilares 1-4 y 6-5 con el objetivo de verificar si iban a cumplir su función de una manera adecuada, con un conector mayor en forma de herradura.

Figura 5. Fotografías intrabucales de prótesis removible tipo Wipla provisional. A. Vista intraoral superior; B. Vista intraoral lateral derecha; C. Vista intraoral frontal; D. Vista intraoral lateral izquierda



Luego de que la prótesis provisional fue entregada y no se identificó ningún inconveniente con esta, se procedió a la confección de la prótesis removible definitiva.

Figura 6. Rehabilitación finalizada de paciente femenino de 34 años con SC. A. Vista lateral derecha; B. Vista frontal; C. Vista lateral izquierda; D. Vista oclusal superior; E. Vista oclusal inferior; F. Prótesis removible acrílica de tipo Wipla.



Seguimiento y resultados

En la reevaluación periodontal se registró que la paciente ya no presentaba los signos clínicos de gingivitis grado 2 de Löe y Silness. Asimismo, se comprobó una adecuada adaptación y funcionamiento de la prótesis parcial removible, favoreciendo la función masticatoria y la rehabilitación oral de la paciente.

Perspectiva de la paciente

Debido a las limitaciones de comunicación verbal y comprensión de la paciente, no fue posible obtener una perspectiva expresada verbalmente sobre el tratamiento recibido. Sin embargo, durante el proceso de atención odontológica se observó una evolución favorable en su comportamiento, con mayor adaptación y colaboración durante los procedimientos clínicos.

Consentimiento informado

Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de la madre de la paciente, en calidad de representante legal, para la publicación del presente reporte de caso clínico y de las imágenes correspondientes, resguardando la confidencialidad de la información personal de la paciente.

Discusión

El síndrome de Crouzon, una craneosinostosis sindrómica causada principalmente por mutaciones en los genes FGFR2 y FGR3,(3) ocasiona cierre prematuro de suturas craneales, siendo las más afectadas la sutura coronal y sagital, formando deformidades craneales y anomalías faciales.(4)

Los hallazgos clínicos que el paciente presentó (hipoplasia maxilar, exoftalmia y alteraciones dentomaxilares) coinciden con la literatura más reciente, donde se enfatiza que dichas alteraciones pueden variar de acuerdo con la severidad según el tipo de gen que se encuentre en mutación.

Una de las problemáticas más prevalentes en estos pacientes es el compromiso funcional. Se ha reportado presencia de apnea obstructiva del sueño, alteraciones visuales, retraso cognitivo, pérdida de la audición y dificultad del habla. (2) En este estudio se observó obstrucción nasal, así como alteración en la comprensión cognitiva, disminución auditiva y problemas del lenguaje, lo que refuerza la necesidad de que el individuo tenga un enfoque temprano y multidisciplinario.

Desde el punto de vista odontológico, las alteraciones dentomaxilares relacionadas con el síndrome de Crouzon, como hipoplasia maxilar, apiñamiento y mordida cruzada, requieren un manejo integral. Algunos estudios destacan que la evaluación con CBCT es fundamental para realizar una planificación quirúrgica y ortodóncica, facilitando la identificación de asimetrías, así como la relación de estructuras adyacentes.

Cabe mencionar que la presencia de arcos estrechos, altos, arqueados y apiñados, además de las dimensiones alteradas del arco dental y problemas de oclusión, pueden empeorar la disfunción masticatoria; esto hace que exista un incremento de acumulación de biofilm dental, aumentando el riesgo de desarrollar gingivitis y periodontitis.(7) En el presente estudio, se observó una prevalencia de caries

dental y biofilm dental que generaban gingivitis en la paciente. También se observó una mayor prevalencia de piezas primarias en cavidad oral que en otros casos clínicos reportados. Así mismo, debe considerarse el impacto psicológico y social, puesto que la apariencia facial y las limitaciones funcionales afectan de manera significativa la calidad de vida.

Debido a lo mencionado anteriormente, este caso refleja lo descrito con estudios recientes: El síndrome de Crouzon requiere diagnóstico temprano y un enfoque integral para prevenir complicaciones y mejorar el pronóstico.

Conclusión

El Síndrome de Crouzon representa un desafío clínico complejo debido a una combinación de alteraciones craneofaciales, dentomaxilares, funcionales y psicosociales que impactan de manera significativa la calidad de vida de cada individuo que lo padece. El estudio refleja la importancia del diagnóstico temprano y, a su vez, el uso de estudios complementarios. Asimismo, se confirma la necesidad de un abordaje multidisciplinario con la finalidad de atender las múltiples manifestaciones del síndrome.

Desde un punto de vista odontológico, se resalta una alta prevalencia de caries dental, maloclusiones severas y enfermedad periodontal, por lo que se requiere de un plan de tratamiento individualizado y riguroso, así como la educación en las técnicas de higiene dental, control periódico y acompañamiento de un responsable para preservar la salud bucodental y prevenir complicaciones sistémicas.

En conclusión, el síndrome de Crouzon demanda un manejo integral, progresivo y centrado en el paciente, puesto que es necesario considerar todas las áreas de vida, tales como físicas, funcionales, bienestar psicológico y social. Este enfoque es de vital importancia para mejorar el pronóstico, favorecer una integración social adecuada y garantizar una mejor calidad de vida a largo plazo.

Consideraciones éticas para la investigación

Este reporte de caso ha respetado lo establecido en la Declaración de Helsinki.(17) Se solicitó el consentimiento informado a la madre de la paciente para la rehabilitación y publicación del caso.

Declaración de conflicto de intereses

Los investigadores declaran no tener ningún conflicto de intereses relacionado con la elaboración y publicación del presente caso clínico. El estudio fue autofinanciado y desarrollado con fines académicos, contando con la asesoría y supervisión de docentes mentores. Todas las intervenciones se realizaron bajo principios éticos y profesionales, priorizando el bienestar del paciente.

Agradecimientos

Especial agradecimiento al Dr. Mauricio y Dra. Cristina Aparicio Ayala, por su guía en el diagnóstico. A la Dra. Jackeline Gálvez por la mentoría en la rehabilitación de la paciente y a la Dra. Carmela Donis por la orientación metodológica.

Referencias

1. Eswaramoorthy M, Manoharan GV. Crouzon Syndrome: A Case Report. J Indian Acad Oral Med Radiol [Internet]. 2025 Abr-Jun;37(2):241-3. Disponible en: https://doi.org/10.4103/jiaomr.jiaomr_384_24

2. Lovalho A, de Freitas Barreto A, Astolfi GH et al. Métodos de avaliação cognitiva de pacientes com Síndrome de Apert e de Crouzon. Medicina (Ribeirão Preto) [Internet]. 2023 Abr 14;56(1):e-203361. Disponible en: https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2023.203361

3. Shi H, Yang J, Guo Q et al. Clinical Assessment and FGFR2 Mutation Analysis in a Chinese Family with Crouzon Syndrome: A Case Report. Medicine (Baltimore) [Internet]. 2021 Mar 12;100(10):e24991. Disponible en: https://doi.org/10.1097/md.0000000000024991

4. Sobouti F, Dadgar S, Salehabadi N et al. An Adult Case of Crouzon Syndrome: Diagnostic Features and Treatment Modalities. Cureus [Internet]. 2024 May 3;16(5):e59605. Disponible en: https://doi.org/10.7759/cureus.59605

5. Sena AP, Silva TC, Monteiro LN et al. Oral Manifestations of Crouzon Syndrome and their Implications for Dental Care: Case Report. Rev Gaucha Odontol [Internet]. 2024;72:e20240037. Disponible en: https://doi.org/10.1590/1981-86372024003720240035

6. Roshna KS, Shaji RT, Johny J et al. Crouzon Syndrome: A Case Report. J Dent Panacea [Internet]. 2024;6(2):110-2. Disponible en: https://doi.org/10.18231/j.jdp.2024.022

7. Hemalatha DM, Melath A, Subair K et al. Periodontitis and Associated Syndrome: A Review. J Stoma Dent Res [Internet]. 2025;3(2):1-6. Disponible en: https://doi.org/10.61440/JSDR.2025.v3.20

8. Zeppieri M, Karsonovich T, Patel BC. Crouzon Syndrome [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 May 25. Aprox. 16 p. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK518998/

9. Arámbula Neira JG, Castillo Herazo V, Rincón Cuenca NT et al. Computed Tomography Findings of Crouzon Syndrome: A Case Report. Radiol Case Rep [Internet]. 2022;17(4):1288-92. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.radcr.2022.01.060

10. Tonpe S, Warbhe H, Banode P et al. Radiological Diagnosis of Crouzon Syndrome: A Case Study. Cureus [Internet]. 2024 Jun 17;16(6):e62564. Disponible en: https://doi.org/10.7759/cureus.62564

11. Pineda Mesías LI, Pariona Minaya MC. Manejo de la conducta del paciente pediátrico mediante el método decir-mostrar-hacer: revisión bibliográfica. Revista Odontología. 2022 Ene 31;24(1):e3406. Disponible en: https://

doi.org/10.29166/odontologia.vol24.n1.2022-e3406

12. Vera Zambrano AV. Estudio de satisfacción entre las diferentes prótesis parciales removibles [tesis de pregrado]. Manta (EC): Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí; 2025. 41 p. Disponible en: https://repositorio.uleam.edu.ec/handle/123456789/8402

13. Castillo-Pedraza MC, Inagati CM, Wilches-Visbal JH. Uso de prótesis parcial removible con resina acrílica termoplástica: una revisión de literatura. Salud Uninorte [Internet]. 2023;39(1):265-83. Disponible en: https://doi.org/10.14482/sun.39.01.222.315

14. Goswami M, Chauhan N. Prosthetic Management with Removable Partial Dentures in Pediatric Dental Care: Case Series. Int J Clin Pediatr Dent [Internet]. 2023 May-Jun;16(3):534-40. Disponible en: https://doi.org/10.5005/jp-journals-10005-2593

15. Patil A, Srigiri S, Sakhare D. Prosthetic management in pediatric dentistry. En: Damle S, Kalaskar R, Sakhare D, editores. Illustrated Pediatric Dentistry-Part 3 [Internet]. (SG): Bentham Science Publishers; 2023. p. 31-55. Disponible en: http://doi.org/10.2174/97898150808031230301

16. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Participants. JAMA [Internet]. 2025;333(1):71-7. Disponible en: http://doi.org/10.1001/jama.2024.21972