



MEMORIAS

4º Concurso de carteles de Investigación y Casos Clínicos

30 y 31 de Marzo de 2017

CONTENIDO

Abordaje interdisciplinario en paciente adulto con parálisis cerebral infantil: Reporte de caso clínico.

Ivanna Catalina Dieste Guadiana, Dr. Medardo Gómez Anguiano, Dr. Federico Suástegui Carmona.

Actitud de los padres ante el uso de aditamentos de contención física en la consulta dental en pacientes con discapacidad.

Asalia Daniela Díaz, Brenda Lizeth González Jiménez, Dr. Medardo Gómez Anguiano.

Algoritmo terapéutico en el tratamiento del Síndrome Doloroso Miofascial.

Jorge Eduardo Pimentel Rodríguez, Silvia Alejandra Silva Muñiz, Dra. Nadia Itzel Villegas Martínez, Dra. Norith de Jesús Recéndez Santillán.

Alternativa de tratamiento en paciente pediátrico con coronas de zirconia Nusmile realizado en Universidad de Monterrey: Reporte de caso clínico.

Desireé Paola Salinas Garza, Dra. Diana Montserrat Gutiérrez Oviedo, Dr. Alfredo Salinas Noyola.

Anatomía inusual de dientes anterosuperiores.

Raúl González Rosas, Alondra Lizeth Zamarrón Mata, C.D.E.E Luis Eder Fernández Reyes.

Blanqueamientos dentales.

Elvia Rebeca Arizpe Cantú, Melina Patricia Saucedo Muela, Dra. Patricia Martínez Cortés.

Complicaciones por el uso de piercings orales en adolescentes mexicanos.

Dra. Miriam Alveza Treviño Tamez, Dr. Francisco Cázares de León.

Complicaciones quirúrgicas en cosmética facial derivadas de impericia.

C.M.F. Claudia Liliana Gómez Rodríguez, C.M.F. R1 Alejandro Padilla Salgado, C.M.F. Alberto Lozano Laín.

Consideraciones para la atención odontológica en pacientes con Síndrome de Down.

María de Lourdes Juanita Cantú Canales, Dr. Medardo Gómez Anguiano.

Coronas de zirconia Nusmile en prótesis infantil: Reporte de caso clínico.

Dra. Diana Montserrat Gutiérrez Oviedo, Dra. Liliana Patricia Garza Ayma, Dra. Hilda Isassi Hernández.

Efecto de la irrigación con suero frío sobre el dolor, inflamación y trismus durante y después de la extracción quirúrgica de tercer molar mandibular: Ensayo clínico no aleatorizado.

C.M.F. Alberto Lozano Laín, M.C. Néstor Ibarra Padilla, Dr. Francisco Cázares de León.

El manejo de la prevención de endocarditis infecciosa por odontólogos del Área Metropolitana de Monterrey.

Alma Karina Ramírez Cervantes, Esmeralda Arévalo Marín, Mariana Zaragoza Ochoa, Aarón E. Rojas Aguilar, C.D. Alfredo I. Reynosa Villafranca.

Enucleación quirúrgica de quiste sebáceo en la región mandibular.

C.M.F. Alberto Lozano Laín, C.M.F R1 José Alberto Codina Silva.

Fractura dentoalveolar tratada con ferulización con alambrado y tratamiento de endodoncia.

C.M.F. Alberto José Lozano Laín, C.D.E.E. Fabián Moraza García.

Hidróxido de calcio.

Mariana Lizeth Elizondo Alvarado, Phd. Fanny López Martínez, E.E. Ricardo Treviño Elizondo.

Historia de las resinas.

Laura Andrea González Guzmán, Lesly Guadalupe Urista García, Dra. Patricia Martínez Cortés.

Morbilidad en Salud Bucal 2015 de la Jurisdicción Sanitaria #3.

C.D. María Valentina Martínez Jiménez, C.D. Daniel Alberto Rodríguez Sánchez, C.D. Jahaziel Josafat Chairez Ramírez.

Obturación de resina usando Stamp Technique: Reporte de caso clínico.

Rebeca María de la Garza Kalife, Dra. Patricia Martínez Cortés.

Odontoma compuesto con canino retenido maxilar: Reporte de caso clínico.

Enriqueta Pedraza Deutsch, Edna Monzerrat Hernández Saucedo, Dra. Norith de Jesús Recéndez Santillán.

Ortoimplantes: Como solución protésica.

Dr. Sergio Eduardo Soto Delgado.

Osteorradionecrosis en maxilar inferior: Reporte de 2 casos clínicos.

Dr. Luis Javier Garza de la Garza, Juan Carlos de Jesús Elizondo González.

Predisposición de un mexicano a las caries dentales debido a su dieta: Estudio piloto.

Graziella Alejandra Chapa Ferreiro, Ariana Arleth Cantú Santos, Dr. Medardo Gómez Anguiano.

Prevalencia del miedo dental en niños escolares.

Dinorah Carrillo Cárdenas, Dr. Francisco Cazares de León.

Protocolo de atención estomatológico en paciente pediátrico con coartación de la aorta y soplo cardíaco.

Laura Calderón Gómez, Dra. Selenia Janet Medina Arizpe, Dra. Diana Montserrat Gutiérrez Oviedo.

Protocolos de irrigación en endodoncia y filtración bacteriana.

C.D Myriam Guadalupe Muñoz Torres, E.E. Patricia Nohemí Olivares Ponce, E.E. Ricardo Treviño Elizondo, Phd. Fanny LópezMartínez

Quiste odontogénico ortoqueratinizado: Reporte de caso clínico.

Laura Aracely Cárdenas Caraza, José Guillermo Robles Estrada, Dra. Norith de Jesús Recendez Santillán.

Radix entomolaris. Reporte de caso clínico.

Abelardo Peña Faz, C.D.E.E. Mario Eduardo Huerta Ortiz.

Recubrimiento pulpar directo: Theracal como material de recubrimiento vs hidróxido de calcio puro.

Ingrid Sarahí Ramírez García, Mariana Alejandra Cervantes Alva, Dra. Patricia Martínez Cortés.

Resección de queratoquistes en mandíbula utilizando técnica de marsupialización: Reporte de caso clínico.

C.M.F. Alberto Lozano Laín, M.C. Néstor Ibarra Padilla, Dr. Francisco Cázares de León.

Sobrecorrección de mordida cruzada unilateral por medio de expansor tipo Hass y Quad-Helix. Reporte de caso clínico.

Myrthala de la Garza Aguiñaga, Karla Mireya Silva Torres, Dr. Luis Alberto González García.

Tratamiento de absceso periapical agudo: Reporte de caso clínico.

Luis Rodrigo Saucedo Ruiz, C.D. Luis Eder Fernández Reyes.

Tratamiento ortopédico de expansión y tracción maxilar temprano en Clase III esquelética: Reporte de caso clínico.

Martha Cecilia Elizondo Rojas, Carolina Dávila Ruiz, Dr. Luis Alberto González García.



Abordaje interdisciplinario en paciente adulto con parálisis cerebral infantil: Reporte de caso clínico.

Ivanna Catalina Dieste Guadiana, Dr. Medardo Gómez Anguiano. Dr. Federico Suástegui Carmona.

Universidad de Monterrey.

Introducción: La parálisis cerebral (PC) se define como un desorden no progresivo que se manifiesta como una anomalía en el movimiento y la postura como resultado de una lesión en el sistema nervioso central que ocurre en las etapas tempranas del desarrollo cerebral.¹ La dificultad para tragar entorpece la habilidad para realizar técnicas de higiene oral lo que incrementa la enfermedad dental en estos pacientes. Los personas con PC se enfrentan a un número de problemas dentales como lo son las caries, periodontitis, maloclusión y bruxismo.²

Descripción del caso: Paciente femenino de 26 años de edad con PC de la infancia acude a la Clínica de Prevención Dental para recibir atención odontológica dentro de la clase de Estomatología al Paciente con Capacidades Diferentes, impartida en la Universidad de Monterrey. Su tratamiento integral consistió en la realización de tratamientos preventivos, restaurativos y quirúrgicos. Las fases preventiva y restaurativa se atendieron de manera convencional. En la fase quirúrgica se optó por utilizar la técnica de sedación consciente intravenosa (SCI), realizada por un médico anestesiólogo, dado que la paciente presentaba ansiedad y dificultad para mantener la boca abierta por largos periodos de tiempo. La SCI es una depresión de la consciencia inducida por drogas donde los pacientes responden intencionalmente a las ordenes verbales.³

Discusión y Conclusiones: La atención odontológica a pacientes con PC debe de ser un abordaje interdisciplinario donde cada especialista aplique técnicas de manejo de conducta y tenga en cuenta las consideraciones médicas que puedan interferir en el tratamiento. Durante la SCI no se requiere de ninguna intervención para mantener la vía aérea estable y la ventilación y las funciones cardiovasculares son adecuadas. En la literatura está reportado que la SCI realizada por un anestesiólogo profesional como auxiliar para la atención dental se considera como un procedimiento seguro.

Palabras clave: PCI, Odontología, Sedación.

Referencias:

1) Subramaniam, P., Mohan Das, L., & Babu, K. G. (2014). Assessment of salivary total antioxidant levels and oral health status in children with cerebral palsy. The Journal Of Clinical Pediatric Dentistry, 38(3), 235-239.



- 2) Nallegowda M, Mathur V, Singh U, Prakash H, Khanna M, Sachdev G et al. Oral health status in Indian children with cerebral palsy – A pilot study. IJPMR April;16(1):1-4. 2005.
- 3) Southerland, J. H., & Brown, L. R. (2016). Conscious Intravenous Sedation in Dentistry: A Review of Current Therapy. Dental Clinics Of North America, 60(2), 309-346. doi:10.1016/j.cden.2015.11.009.
- 4) Collado, V., Faulks, D., Nicolas, E., & Hennequin, M. (2013). Conscious sedation procedures using intravenous midazolam for dental care in patients with different cognitive profiles: a prospective study of effectiveness and safety. Plos One, 8(8), e71240. doi:10.1371/journal.pone.0071240.
- 5) Romani, F. (2010). Reporte de caso y serie de casos: una aproximación para el pregrado. Revista Ciencia e Investigación Médica Estudiantil Latinoamericana, 15(1), 46-51. Retrieved March 13, 2017, from http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/cimel/v15_n1/pdf/a13v15n1.pdf
- 6) Yoshikawa, F., Tamaki, Y., Okumura, H., Miwa, Z., Ishikawa, M., Shimoyama, K., & Fukayama, H. (2013). Risk factors with intravenous sedation for patients with disabilities. Anesthesia Progress, 60(4), 153-161. doi:10.2344/0003-3006-60.4.153.





Actitud de los padres ante el uso de aditamentos de contención física en la consulta dental en pacientes con discapacidad.

Asalia Daniela Díaz, Brenda Lizeth González Jiménez, Dr. Medardo Gómez Anguiano.

Universidad de Monterrey.

Introducción: En odontología, para pacientes con discapacidad, la cooperación del paciente durante la consulta no es la adecuada. En los casos donde las técnicas de manejo de conducta no funcionan se buscan alternativas para atender al paciente. Dentro de estas se encuentra la contención física, cuyo objetivo es evitar que se produzcan situaciones que pongan en peligro la integridad física del paciente, el odontólogo y de su equipo de trabajo limitando el movimiento por medio de aditamentos físicos o mecánicos.

Objetivo: Muchos padres no están informados sobre las ventajas que estos pudieran ofrecer y se considera que es importante conocer cuál es su posición en cuanto al uso de estas medidas.

Metodología: Se realizó una encuesta a padres de familia en el Centro de Rehabilitación y Educación Especial del DIF, y en el Instituto Down de Monterrey en la cual se buscó la postura que tienen hacia estas medidas de contención.

Resultados: Al realizar la encuesta obtuvimos que el 75% de los padres están informados acerca del estado bucal que tienen sus hijos, así también el 56% consideró que su hijo no podría cooperar en la cita odontológica; solo el 23% de los padres conocían acerca de las barreras de contención en odontología para discapacidad y en un 78% estuvieron de acuerdo que se utilicen estas medidas en sus hijos.

Discusión y conclusiones: En la literatura se ha reportado que el uso de las barreras de contención física es un auxiliar efectivo en la atención odontológica en paciente con discapacidad, en casos de tratamientos no extensos es una opción económica y viable. De acuerdo a nuestros resultados, consideramos que es importante que los padres de hijos con discapacidad tengan conocimiento acerca de estas medidas, como auxiliar en la atención odontológica de sus hijos.

Palabras clave: Contención física, odontología, discapacidad.

Referencias:

Areias, C., Sampaio-Maia, B., Pereira, M. (2012). Reduced salivary flow and colonization



by *mutans streptococci* in children with down syndrome. Clynical Science. (pp. 1007-1011).

Elango, I. Bawaja D.K., Shivaprakash, P.K. (2012) Parental acceptance of pediatric behavior management techniques: A comparative study. J Indian Soc Pedod Prev Dent. (pp. 195-200).

Dell, C., Reichart, P., Bornstein, M., Livas, C. (2013) Management of children with autism spectrum disorder in the dental setting: Concerns, behavioural approaches and recommendations. Medically compromised patients in dentistry. (pp. 1-18).

Morales, M (2012) Odontología para pacientes especiales. En Odontología en Pacientes Especiales, una necesidad creciente. (pp. 15-20) Venezuela. Editorial Colson, S.A.





Algoritmo terapéutico en el tratamiento del Síndrome Doloroso Miofascial.

Jorge Eduardo Pimentel Rodríguez, Silvia Alejandra Silva Muñiz, Dra. Nadia Itzel Villegas Martínez, Dra. Norith de Jesús Recéndez Santillán.

Universidad de Monterrey.

Introducción: El síndrome doloroso miofascial es un trastorno muscular común en la odontología. Microtraumatismos, uso excesivo muscular y contracciones musculares prolongadas pueden ser un causante del síndrome. El 85% de la población en algún momento de su vida lo presenta.

Objetivo: Reconocer los principales signos y síntomas del síndrome doloroso miofascial y sus vías de tratamiento.

Marco teórico: El síndrome doloroso miofascial es un conjunto de signos y síntomas que afecta un área muscular, reflejado con:

- Hipersensibilidad en puntos gatillo.
- Dolor localizado.
- Hipertrofia muscular.
- Limitación de la movilidad o apertura.
- Atrición o facetas de desgaste.

Dispositivo miorelajante:

Aparato removible elaborado de acrílico duro ajustado a las superficies oclusales e incisivas de los dientes, creando un contacto oclusal preciso y armonioso entre ambas arcadas.

Teorías del funcionamiento:

1. Contactos adversos.
2. Dimensión vertical.
3. Reposición maxilomandibular.
4. Reposición de ATM.
5. Conocimiento cognitivo de parafunción.

Toxina botulínica A:

Bloquea la transmisión del impulso nervioso mediado por un neurotransmisor (acetilcolina) que se encuentra en las terminaciones periféricas musculares, disminuyendo la hiperactividad muscular y el dolor.

Fármacos y termoterapia:

Los analgésicos inhiben la fosfolipasa C, lipoxigenasa y síntesis de prostaglandinas. Y los antiinflamatorios la COX-1 y COX-2.

La termoterapia produce calor, contrarrestando la vasoconstricción y formando una vasodilatación en los tejidos y así reduciendo los síntomas, ya que el dolor miofascial proviene de una reducción de flujo sanguíneo en los músculos.

Conclusión: A pesar de que estos tratamientos mencionados anteriormente funcionan de una manera efectiva, si se llegan a combinar, se puede llegar a un mejor resultado para erradicar el síndrome doloroso miofascial.

Palabras Clave: Síndrome doloroso miofascial, dispositivo miorelajante, toxina botulínica.

Referencias:

Villaseñor, J., Escobar, V., De la Lanza, L. & Guizar, B. (2013). Síndrome de dolor miofascial. Epidemiología, fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. Revista Esp Méd Quir 2013;18:148-157. Recuperado el 7 de Marzo del 2017 de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2013/rmq132l.pdf>

Torres Huerta, J.C., Hernández Santos, J.R., Ortiz Ramírez, E.M., & Tenopala Villegas, S.. (2010). Toxina botulínica tipo A para el manejo del dolor en pacientes con síndrome de dolor miofascial crónico. Revista de la Sociedad Española del Dolor, 17(1), 22-27. Recuperado en 08 de marzo de 2017, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462010000100004&lng=es&tlng=es.

Okkeson, J. Tratamiento con Férulas Oclusales (2013). Okeson, J. Tratamiento de Oclusión y Afecciones Temporomandibulares. Séptima Edición, Editorial Elsevier: España.





Alternativa de tratamiento en paciente pediátrico con coronas de zirconia Nusmile realizado en Universidad de Monterrey: Reporte de caso clínico.

Desireé Paola Salinas Garza, Dra. Diana Montserrat Gutiérrez Oviedo, Dr. Alfredo Salinas Noyola.

Universidad de Monterrey.

Introducción: La caries de infancia temprana se define como una enfermedad bacteriana que se presenta en niños hasta los 71 meses de edad, es de origen multifactorial, compleja y de naturaleza agresiva. Comienza con áreas de desmineralización e hipoplasia que puede involucrar a la pulpa dental^{1,3,4}. Hoy en día podemos ofrecer a los pacientes pediátricos un tratamiento que brinde estética y funcionalidad² con coronas de zirconia.

Objetivos: Conocer ventajas y desventajas de las coronas estéticas de zirconia en odontopediatría, así como la pronta atención y restauración de caries de infancia temprana.

Metodología: Paciente masculino de 2 años 9 meses de edad, sin datos clínicos patológicos, acude a consulta para valoración dental, ASA tipo I, escala de Frankl I; a la exploración intraoral se observó órganos dentarios con lesiones cariosas de 2° (5.1, 5.2, 6.1, 6.2) y 3° (5.4, 8.4). Se realizó tratamiento dental bajo sedación utilizando 8µg de Precedex, 600mg de Propofol, 0.5mg de Flumazenil, 15mg de Ketorolaco, 800ml de solución fisiológica; se rehabilitaron órganos dentarios realizando pulpotomías (5.1, 5.2, 6.1, 6.2, 5.4 y 8.4), utilizando cemento NeoMta®, coronas de zirconia NuSmile® (5.1, 5.2, 6.1, 6.2, 5.4, 8.4) y resinas (5.5, 6.4, 6.5, 7.4, 7.5, 8.5).

Discusión y Conclusiones: Las coronas de zirconia NuSmile®, son una alternativa que se ofrece a odontopediatras para tratar pacientes que presentan caries de infancia temprana que afecta en mayor medida al área anterosuperior del maxilar³.

Palabras clave: Caries de la infancia temprana, Factores de riesgo, Coronas de zirconia.

Referencias:

1. Arauco-Paola A, Julia A, Carlos Javier A, Melissa C, Paul C, Gloria J, et al. Caries de Infancia temprana: diagnóstico e identificación de factores de riesgo. *Od Pediatric* (2014), 13(2): 119-137. Available from: Dentistry & Oral Sciences Source.



2. Palma C, Mayné R, González Y, Giunta M, García A, Font R, et al. Reflexiones sobre la Caries de la Infancia Temprana Severa (CIT-S). *Od Pediatric* (2013),; 12(1): 20-26. Available from: Dentistry & Oral Sciences Source.
3. Pozo P. P, Fuks A. Zirconia Crowns - An Esthetic and Resistant Restorative Alternative For ECC Affected Primary Teeth. *Jrnl Of Clinical Pediatric Dentistry* (2014), 38(3): 193-195. Available from: Dentistry & Oral Sciences Source.
4. Van der Laat G, Rojas J. Caries de infancia temprana severa: Reporte de un caso. *Rev Od Vit* (2010), 1(12): 5-11. Available from: Dentistry & Oral Sciences Source.





Anatomía inusual de dientes anterossuperiores.

Raúl González Rosas, Alondra Lizeth Zamarrón Mata, C.D.E.E Luis Eder Fernández Reyes.

Universidad Metropolitana de Monterrey.

Introducción: Se conocen una amplia gama de alteraciones en la morfología dental tales como: geminación, fusión, concrescencia, dilaceración, diente invaginado, diente evaginado, taurodontismo, etc. Sin embargo, se encontró una alteración poco común.

Presentación del caso clínico: Femenina de 22 años de edad acudió a la clínica dental de nuestra facultad, el motivo de consulta: “tengo sarro en los dientes de enfrente”. Intraoralmente se observó que los incisivos 1.1 y 2.1 presentaban una alteración morfológica en la cual se encontró una concavidad en la cara vestibular, simulando un aspecto de “doble cara palatina”. Los dientes 2.2, 1.2, 1.3, y 2.3 mostraban también una ligera concavidad en la cara vestibular. También mencionó que su hermano presenta las mismas alteraciones en la anatomía dental. En la radiografía se observó que los dientes tienen un aspecto anatómico similar al del corte sagital de premolares.

Discusión: De acuerdo a todos los casos reportados de anomalías dentales se encuentra una semejanza a los dientes de pala y dientes de Hutchinson, descartándolos debido a que se presenta en cara palatina y el hallazgo ya mencionado está situado en las caras vestibulares y palatinas.

Conclusión: La existencia de la concavidad en las caras vestibulares de los dientes favorece al cúmulo de restos alimenticios, permitiendo la proliferación bacteriana y caries, así como provocar inseguridad en la estética de la paciente.

Palabras clave: Anatomía, anormal, incisivos.

Referencias:

Sánchez,R.,S., Caballero,G.,S., y Dafne,G.,P. (2016) Influencia de los incisivos en forma de pala en el overjet. *Odontol Pediatr.* 15(2).

Senn,F.,L., Lazos,P.,J., y Brunotto,P.,M. (2013) Assessment of Maxillary Central Incisor Crown Form. *The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry.* 33(3).

Regezzi Sciubba. (2000). *Patología Bucal; correlaciones clinicopatológicas.* México: McGraw-Hill Interamericana.





Blanqueamientos dentales.

Elvia Rebeca Arizpe Cantú, Melina Patricia Saucedo Muela. Dra. Patricia Martínez Cortés.

Universidad de Monterrey.

Introducción: El blanqueamiento es el tratamiento en el cual se devuelve el color a los dientes. Existen controversias entre los tipos de blanqueamiento dental.

Objetivos: Conocer tipos de blanqueamiento, aclarar controversias, explicar indicaciones, consideraciones y contraindicaciones.

Metodología: El paso de sustancias orgánicas a la dentina produce decoloración ocasionando manchas. Se utiliza peróxido de carbamida o peróxido de hidrógeno en un gel que hace que el oxígeno penetre el esmalte hasta la dentina provocando descomposición del material orgánico que mancha el diente.

Tipos de blanqueamiento dental:

- Blanqueamiento dental con o sin lámpara láser (Tratamiento en clínica). Se utiliza peróxido de hidrógeno acelerando su actividad mediante la exposición a una luz intensa (LED). Se necesita protección gingival.
- Blanqueamiento dental con guardas: (En casa). Se le entregan guardas y un gel que contiene el peróxido de carbamida al paciente.

Indicaciones posteriores: Evitar ingerir alimentos o bebidas con colorantes por 24 horas y no fumar en 8 horas.

¿Porque realizarte un blanqueamiento dental?

Por Estética, Eficacia, Seguridad y Persistencia.

Contraindicaciones:

Embarazadas, niños, personas hipersensibles, fumadores, fracturas dentales, exposición de raíces, restauraciones defectuosas. Dientes que van a recibir restauraciones de recubrimiento total o parcial vestibular.

Resultados: La eliminación de la materia orgánica que ocasiona las manchas, se realiza utilizando agentes blanqueadores que la destruyen eliminando las manchas sin afectar los tejidos dentarios.



Discusión y Conclusiones: Las controversias se solucionan al comparar variables de interés para el paciente. El blanqueamiento en consultorio es más costoso, seguro, ya que es tratado con equipos profesionales. Es más rápido por el uso de peróxido de hidrógeno a concentración mayor, pero causa mayor sensibilidad.

El blanqueamiento en casa por su menor concentración de peróxido de carbamida es menos costoso y causa menor sensibilidad. La constancia y los hábitos del paciente pueden influir en su eficacia.

Palabras clave: Peróxido de hidrógeno, peróxido de carbamida, protección pulpar.

Referencias:

Moreno, S. P., Ramírez, D. R., Jaimes, J. R., & Cristancho, E. G. (2010). Comparación del blanqueamiento dental con peróxido de hidrógeno al 25% en consultorio, utilizando o no activación con lámpara de luz halógena. *Universitas Odontológica*, 29(62), 19-25.

Mora Portilla, M. (2011). Efecto de los fluoruros en la composición química del esmalte dental posblanqueamiento. *Universitas Odontologica*, 30(65), *Universitas Odontologica*, 2011, Vol.30(65).





Complicaciones por el uso de piercings orales en adolescentes mexicanos.

Dra. Miriam Alveza Treviño Tamez, Dr. Francisco Cázares de León.

Servicios de Salud de Nuevo León.

Introducción: Actualmente el piercing se está convirtiendo en la forma más extendida de arte corporal y auto-expresión, o simple moda, entre los adolescentes, lo que ha traído consigo complicaciones y diversos problemas de salud que cada vez son más frecuentes especialmente en el área de la Salud Bucal. Ya que las áreas preferidas por los jóvenes para colocarse estos adornos, son especialmente, los labios y la lengua³. Las complicaciones más frecuentes citadas por diversas investigaciones son: la inflamación, dolor, dificultad de hablar y de masticar. Las lesiones de tejidos bucales blandos y duros: lesiones periodontales y fracturas o fisuras de los tejidos duros del diente adyacente al piercing. Existe un incremento de jóvenes que acuden a la consulta de Salud Bucal, con lesiones gingivales por el uso de piercing oral.

Objetivo: Identificar a los adolescentes activos a la práctica de piercing oral y localizar el tipo de lesión o laceración bucal generada por uso de la práctica del piercing oral.

Metodología: Tipo de estudio: Descriptivo, transversal, y analítico. Con una muestra probabilística de 437 adolescentes de 12 a 15 años ambos sexos, de dos escuelas secundarias públicas.

Resultados: 89 adolescentes (20.3%) activos a la práctica del piercing, de los cuales se identificó a 48 estudiantes (53.9%) activos a piercing oral, perteneciendo un 09% al área de lengua y 43% activos al piercing labial. Se localizó el 16.6% con fractura dental de pieza adyacente al piercing oral, 37.5% con fisuras, 60.4% con lesión gingival y 41.6% con alergias en reacción al piercing oral.

Conclusión: El porcentaje de defectos dentales es mayor para la lengua que para la perforación del labio. Son los Cirujanos Dentistas quienes deben de conocer las complicaciones que ocasiona la práctica del piercing oral, y quienes tienen la obligación de informar a todo paciente sobre los riesgos que trae consigo el uso de la práctica del piercing oral.

Palabras clave: Piercing oral, complicaciones, lesiones.

Referencias:



J Biol Regul Homeost Agents. 2012 Jul-Sep;26(3):553-60. Dental and periodontal complications of labial and tongue piercing. Giuca MR1, Pasini M, Nastasio S, D' Ercole S, Tripodi D.

West Indian Med J. 2012 Nov;61(8):838-43. Oral piercing and its complications in two Serbian youths: a case report and review of the literature. Pejicic A1, Kojovic D, Mirkovic D.

Aust Dent J. 2012 Mar;57(1):71-8. doi: 10.1111/j.1834-7819.2011.01647.x. Dental and periodontal complications of lip and tongue piercing: prevalence and influencing factors. Plessas A1, Pepelassi E.

Quintessence Int. 2012 Oct;43(9):747-52. Lateral lower lip piercing--prevalence of associated oral complications: a split-mouth cross-sectional study. Kapferer I1, Beier US.

Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2015 Jul 1;20(4):e413-8. Awareness of complications and maintenance mode of oral piercing in a group of adolescents and young Italian adults with intraoral piercing. Vozza I1, Fusco F, Corridore D, Ottolenghi L.





Complicaciones quirúrgicas en cosmética facial derivadas de impericia.

C.M.F. Claudia Liliana Gómez Rodríguez,
C.M.F. R1 Alejandro Padilla Salgado,
C.M.F. Alberto Lozano Laín.

Instituto Mexicano del Seguro Social.

Introducción: Los tratamientos con objetivo estético son cada vez más frecuentes en la práctica médica, siendo las más comunes, las modificaciones del volumen labial, el rejuvenecimiento o lipectomía de las mejillas, los cuales corresponden efectuar al cirujano certificado (cirujano maxilofacial, otorrinolaringólogo, cirujano plástico). Recientemente existe la falta de pericia ante este tipo de procedimientos por parte de personal no calificado; ya que la cirugía cosmética debe ejecutarse exclusivamente por el especialista experimentado.^{1,2,3} La impericia en cirugía cosmética, se ha convertido en un problema de salud pública debido a las complicaciones derivadas de la mal praxis en técnicas, así como el uso de materiales en manos de personal no médico y mal capacitado.^{1,3}

Objetivos: Conocer las principales complicaciones posoperatorias en cosmética facial.

Metodología: Analizar las complicaciones y las implicaciones médico-legales de los tratamientos de cosmética facial ejecutados por personal no calificado (principalmente por el odontólogo general).

Resultados: Los efectos adversos más comunes son: eritema, edema, dolor y/o prurito en el sitio de inyección, infección secundaria, a menudo evidenciada por pápulas y nódulos granulomatosos por cuerpo extraño y necrosis tisular por oclusión vascular.^{4,5,6}

Discusión y Conclusiones: La apariencia física es uno de los rasgos fundamentales, es entonces cuando los seres humanos acuden a los servicios médicos para realizar las correcciones anatómicas que él considere necesarias, tomando en cuenta que la belleza es un elemento muy importante para alcanzar la felicidad en la sociedad.^{1,3} La presentación de efectos adversos debido a la impericia de personal no calificado, pone en riesgo la vida del paciente, al carecer del conocimiento de las posibles complicaciones y la resolución de las mismas, teniendo que referir al especialista para su corrección. Los procedimientos de cosmética facial solo deben de ser realizados por los cirujanos avalados según la norma oficial mexicana.

Palabras clave: Complicaciones, cosmética facial, maxilo facial.



Referencias:

1. Cirugía estética de mejillas Quispe Pari Gabriela Diana¹ Colaboración : Lupa Leclere Carol², revista de actualización clínica, Volumen 48 año 2014
2. Anónimo. Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana. Sociedad española de cirugía plástica reparadora y estética. España. 2011; 37(1): 1-99. URL disponible en: http://www.planetec.tv/filacp/revista-pdf/37_1.pdf. Accedido en Fecha 21 de julio de 2014.
3. Aspectos odontológico-legales de los tratamientos estéticos extraorales. Formación continua en odontología. Dr Bernardo Perea 11 de marzo 2015.
4. Rellenos faciales: efectos adversos Facial fillers: Adverse effects Daniel Alcalá,¹ Elena Martínez Guerra² . 1 Jefe de Enseñanza, Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua, Ciudad de México, México; 2 Residente de Dermatología, primer año, Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua, Ciudad de México, México.
5. Foreign body granulomatous reactions to cosmetic fillers a clinical study at seven cases.
6. Silicone granuloma of the facial tissues: A report of seven cases Oral and Maxillofacial Pathology. Giuseppe Ficarra, MD,^a Adalberto Mosqueda-Taylor, DDS,^b and Roman Carlos, DDS,^c Florence, Italy; Mexico City, Mexico; and Guatemala City, Guatemala. Azienda Ospedaliera Careggi and University of Florence, Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco; and Hospital Herrera, Llerandi/Amedesgua.





Consideraciones para la atención odontológica en pacientes con Síndrome de Down.

María de Lourdes Juanita Cantú Canales,
Dr. Medardo Gómez Anguiano.

Universidad de Monterrey.

Introducción: En el mundo hay una prevalencia de pacientes con Síndrome Down (SD) de 8.3 por 10,000⁽¹⁾, en México 3.73 por 10,000⁽²⁾ y en Nuevo León 1.587 por 10,000⁽²⁾ nacimientos. La atención odontológica a estos pacientes está cubierta durante su infancia por el odontopediatra ya que él recibe capacitación al respecto durante su formación; sin embargo cuando el paciente alcanza la edad adulta se encuentra con falta de odontólogos generales y especialistas que puedan o quieran atenderlo. En el SD las características bucales más comunes son maloclusión, retraso en erupción dentaria, menor prevalencia de caries, enfermedad periodontal, apiñamiento dentario, entre otras^{3,4}; la mayor parte de estos son competencia del odontólogo de práctica general.

Objetivos: Proveer datos acerca de cuáles son las mejores prácticas en la odontología contemporánea en los pacientes con Síndrome de Down internacional y nacionalmente para el odontólogo de práctica general. Desmitificar la odontología general en la práctica de pacientes con Síndrome de Down.

Metodología: Revisión bibliográfica nacional e internacional, en las bases de datos como EBSCO HOST, PubMed, Medline, Scielo, fueron buscados los términos Síndrome Down, características bucales, odontología.

Resultados: Se encontraron resultados acerca de las complicaciones dentales y tratamientos en pacientes con SD al momento de la consulta dental o tratamientos de sedación. También se encontró que la mayoría de las condiciones bucales en los pacientes con SD se pueden realizar por un odontólogo de práctica general.

Discusión y Conclusiones: Referente a la literatura, los pacientes con SD pueden ser tratados por odontólogos de práctica general, idealmente todo profesional debería tratarlos por igual, teniendo bases bien formadas y sustentadas, por esto es importante que el plan de estudios de licenciatura incluya a este grupo de la población en la teoría y práctica, porque la prevalencia de esta población ha aumentado a lo largo de los años.

Referencias:

1 Nazer, H. J., & Cifuentes, O. L. (2011). Estudio epidemiológico global del síndrome de Down. Revista chilena pediátrica. 82(2), 105-112.



2 Sierra Romero, M., Navarrete Hernández, E., Canún Serrano, S., Reyes Pablo, A., & Valdés Hernández, J. (2014). Prevalencia del síndrome de Down en México utilizando los certificados de nacimiento vivo y de muerte fetal durante el periodo 2008-2011. Boletín Médico del Hospital Infantil de México Federico Gómez. 71(5), 292-297.

3 Scagnet, G. (2013). Actualización odontológica en la atención del niño con Síndrome de Down. Odontología Pediátrica, 12(1), Enero-Junio.

4 Esparza Espinoza E. V., Isassi Hernández, H., Padilla Corona, J., Maldonado Ramírez, M. A., Oliver Parra, R., Guerrero del Ángel, F., & Alviso Luna, D. (2012). Caries y anomalías dentales en pacientes con síndrome de Down. Rev. Acad. Mex. Odon. Ped., 13(1), 3-6.





Coronas de zirconia Nusmile en prótesis infantil: Reporte de caso clínico.

Dra. Diana Montserrat Gutiérrez Oviedo,
Dra. Liliana Patricia Garza Ayma, Dra.
Hilda Isassi Hernández.

Dental Clinic.

Introducción: En México se ha tenido un gran problema de salud bucal, de cada 10 personas, 9.5 presentan caries, siendo los incisivos anteriores primarios los más afectados por caries dental y traumatismos.¹ La AAPD define a la caries de la infancia temprana (CIT), como la presencia de uno o más dientes cariados (cavitados o no), ausentes (debido a caries), o restaurados en la dentición primaria, en niños de edad preescolar, entre el nacimiento y los 71 meses de edad.² La CIT suele afectar a la pulpa, y la única opción terapéutica es la extracción del diente, debido a la destrucción coronal severa.^{3, 4} Siendo la prótesis fija una indicación, cuando hay ausencias de uno o más dientes anteriores, los cuales pueden colocarse con bandas y dientes de acrílico.^{5, 6}

Objetivo: Evaluar alternativas de tratamiento de prótesis dental infantil del segmento anterior utilizando coronas de zirconia NuSmile.

Presentación de caso clínico: Femenino de 4 años de edad, sin dolor, acude a consulta con previa atención dental sin concluir. Se realiza historia clínica dental, toma de radiografías, el diagnóstico fue lesiones cariosas de 2° (65), 3° (52, 51, 62) absceso en pieza dental 61 y se procede atención bajo sedación ya que es tipo I escala de Frankl. Asa tipo I. Medicación con amoxicilina 250mg/5ml cada 8 horas por 7 días, se realizó tratamiento restaurativo en 1 sola sesión bajo sedación inhalada con sevoflurano y oxígeno al 100% con mascarilla. Restauración con coronas de acero cromo 3M en posterior, previa eliminación de caries y el segmento anterior prótesis dental con coronas de zirconia Nusmile.

Discusión y Conclusiones: Diana Ram, (2003), afirma que a pesar de sus cualidades, las coronas de acero tienen una desventaja, su mal aspecto estético siendo las coronas de zirconia NuSmile una alternativa en restauraciones estéticas en Odontopediatría.

Palabras clave: Caries de la infancia temprana, Prótesis infantil, Coronas de zirconia.

Referencias:

1 Gonzalo, J.T. Modificaciones internacionales de la corona dental. La mutilación dentaria. 2003; 359-366.



- 2 American Academy of Pediatric Dentistry. Definition of early childhood caries (ECC). *Pediatr Dent* 2007/2008; 29 (supply): 13.
- 3 Grewal N, Seth R. Comparative in vivo evaluation of restoring severely mutilated primary anterior teeth with biological post and crown preparation and reinforced composite restoration. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2008 Dec;26(4):141-8.
- 4 Verma L, Passi S. Glass fibre-reinforced composite post and core used in decayed primary anterior teeth: a case report. *Case Rep Dent*. 2011;2011:864254.
- 5 Ram, D. F. Long-term Clinical Performance of Esthetic Primary Molar Crowns. *Pediatr Dent*. 2003; 25:582-584.
- 6 Brothwell DJ. Guidelines on the use of space maintainers following premature loss of primary teeth. *J Can Dent Assoc* 1997;63(10):753,757-760,764-766.





Efecto de la irrigación con suero frío sobre el dolor, inflamación y trismus durante y después de la extracción quirúrgica de tercer molar mandibular: Ensayo clínico no aleatorizado.

C.M.F. Alberto Lozano Laín, M.C. Néstor Ibarra Padilla, Dr. Francisco Cázares de León.

Instituto Mexicano del Seguro Social.

Introducción: En la cirugía de los terceros molares el uso de la crioterapia local o sistémica es la aplicación de hielo para fines terapéuticos para disminuir inflamación o dolor.

Objetivo: Evaluar el efecto de la crioterapia sobre el dolor, inflamación y trismus en pacientes antes y después de la cirugía del tercer molar.

Metodología: Estudio cuasi-experimental comparativo y prospectivo, se empleó una muestra no aleatorizada integrada por 86 participantes, con un grupo control de 43 y uno de intervención de 43, siendo todos de una población de una institución de seguridad social de ambos sexos, todos con consentimiento informado. 74.4% mujeres y 25.6% hombres, edades entre 15 y 46 años, media de 26 años. Criterios de inclusión: pacientes con diagnóstico de inclusión de tercer molar. Criterios de exclusión: pacientes medicamente comprometidos. Las variables dependientes medidas en ambos grupos fueron: el trismus, goniación canto lateral y dolor antes, al tercer día y al séptimo día de la cirugía. Al grupo de intervención se les irrigó con suero frío durante la cirugía y se aplicó hielo extraoral en el área quirúrgica inmediatamente al procedimiento. El grupo control no recibió aplicación de frío y hielo durante y después de la cirugía. Análisis Estadístico: prueba U de Mann Whitney se compararon ambos grupos con cada una de las variables.

Resultados: Hubo diferencias estadísticamente significativas entre el grupo que recibió la crioterapia en comparación con el grupo que no recibió la crioterapia en la variable dolor al tercer y séptimo día ($p= 0.006$, $p= 0.001$). Diferencias estadísticamente significativas entre el grupo que recibió la crioterapia en comparación con el grupo que no recibió la crioterapia en la variable trismus al tercer día de la cirugía ($P= 0.016$). No hubo diferencias estadísticamente significativas con trismus al séptimo día.

Conclusión: El aporte de este estudio sugiere como coadyuvante en la cirugía de tercer molar el uso de la crioterapia en este tipo de cirugías de tercer molar.

Palabras clave: Crioterapia, dolor, trismus, inclusiones dentarias.



Referencias:

Battista, G., Maiorana, C., Garramone, R., Borgonovo, A. & Creminelli, L. (2007). Assessing Postoperative Discomfort After Third Molar Surgery: A Prospective Study. *Journal of Oral Maxillofacial Surgery*, 65(5), 901-917. <http://dx.doi.org/10.1016/j.joms.2005.12.046>

Rodríguez, J., Díaz, E., Batista, I. & Gouveia, F. (2005). The influence of cryotherapy on reduction of swelling, pain and trismus after third-molar extraction. *Journal American Dental Association*, 136(6), 774-778. <http://dx.doi.org/10.14219/jada.archive.2005.0261>

Westhuijzen, A., Becker, P., Morkel, J. & Roelse, J. (2004). A randomized observer blind comparison of bilateral facial ice pack therapy with no ice therapy following third molar surgery, *Oral and Maxillofacial Surgery*, 34(3), 281-286. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijom.2004.05.006>.

Waleed Majid Omer, Al-Mashhadani, B. (2014). Perioperative Bromelian Reduces Pain and Swelling and Improves Quality of Life Measures After Mandibular Third Molar Surgery: a Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Clinical Trial. *Journal of Oral Maxillofacial Surgery*, 72(6), 1043-1048. <http://dx.doi.org/10.1016/j.joms.2013.12.035>.

Young-Soo, J., Moon-Key, K., Yoo-Jung, U., Hyung-Sik, P., Eui-Wung, L., Jeong-Wan, K. (2005). The effects on postoperative oral surgery pain by varying NSAID administration times: Comparison on effect of preventive analgesia. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology*, 100(5), 559-63. <http://dx.doi.org/10.1016/j.tripleo.2005.02.065>.

Üstün, Y., Erdogan, Ö., Esen, E. & Karsli, E. (2003). Comparison of the effects of 2 dose of methylprednisolone on pain, swelling, and trismus after third molar surgery. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology*, 96(5), 535-539. [http://dx.doi.org/10.1016/S1079-2104\(03\)00464-5](http://dx.doi.org/10.1016/S1079-2104(03)00464-5).





El manejo de la prevención de endocarditis infecciosa por odontólogos del Área Metropolitana de Monterrey.

Alma Karina Ramírez Cervantes, Esmeralda Arévalo Marín, Mariana Zaragoza Ochoa, Aarón E. Rojas Aguilar, C.D. Alfredo I. Reynosa Villafranca.

Universidad Metropolitana de Monterrey.

Introducción: La endocarditis infecciosa (EI) es una enfermedad cardiovascular con un alto índice de mortalidad en México, que va del 15-40%. Es una infección de la membrana interna del corazón causada por la entrada de microorganismos por diferentes motivos, incluyendo tratamientos dentales. El Consejo de Salubridad General (CSG) formuló recomendaciones para la prevención de EI a través del empleo de antibióticos profilácticos en pacientes con alto riesgo. El conocimiento adecuado de estos fármacos es indispensable para el profesional de la odontología.

Objetivos: Determinar si el manejo odontológico de la profilaxis antimicrobiana para pacientes con riesgos de endocarditis infecciosa es empleado adecuadamente por los dentistas según los parámetros establecidos por la CSG.

Metodología: Se encuestaron 274 dentistas generales y especialistas en la zona metropolitana de Monterrey; haciendo énfasis en el antibiótico que indicaban para prevenir EI en pacientes propensos a esta. Las encuestas fueron realizadas al azar en clínicas y consultorios dentales con la intención de obtener los datos más relevantes sobre el conocimiento de esta cardiopatía mortal.

Resultados: De los 274 encuestados, 132 recetaron algún antibiótico para prevenir la EI. Solo 24 recetaron el antibiótico indicado con la dosis óptima según lo establecido por CSG. Únicamente el 11% supo adecuadamente prevenir esta enfermedad.

Discusión y Conclusiones: La EI es una enfermedad de alto riesgo que se puede prevenir si se siguen los parámetros adecuados. Actualmente, el uso de antibióticos en la prevención de EI es aplicado incorrectamente entre los odontólogos de nuestra comunidad.

Palabras clave: Endocarditis infecciosa, antibiótico, profilaxis antimicrobiana.

Referencias:

1. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Endocarditis Infecciosa, México: Secretaria de Salud, 2010.



2. Wilson, W. ET AL. (2007). Prevención de endocarditis infecciosa. Guías de la American Heart Association. ADM, XIV, 131-157. Consultado el 14 Marzo del 2017.

3. Blanco, J. ET AL. (2015). Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad Protocolos Clínicos 2015. III. Profilaxis de la Endocarditis Infecciosa. Consultado el 14 Marzo del 2017.





Enucleación quirúrgica de quiste sebáceo en la región mandibular.

C.M.F. Alberto Lozano Laín, C.M.F. R1
José Alberto Codina Silva.

Instituto Mexicano del Seguro Social.

Introducción: El quiste sebáceo de la región facial es un tumor epitelial comúnmente benigno, puede aparecer en cualquier zona del cuerpo, cerca del 7% aparece en cabeza y cuello, está bien delimitado, lleno de queratina, de consistencia firme, la piel es de color normal y lisa pero presenta un punto en el poro que originó el quiste. Mayormente localizado en pacientes jóvenes y de edad media ocasionando problema estético facial.

Presentación del caso: Paciente masculino de 49 años de edad, casado, con antecedentes patológicos familiares de diabetes tipo 2, sin antecedentes patológicos personales, que acude a consulta de Cirugía Maxilofacial por primera vez en el mes de agosto al presentar aumento de volumen considerable en la región del cuerpo mandibular izquierda, el mes de febrero regresó con mayor aumento de volumen de crecimiento lento, con 4 años de evolución, sin presentar dolor.

Diagnóstico: Quiste Sebáceo con diagnóstico diferencial de Quiste Dermoide o Lipoma.

Plan de Tratamiento: La técnica utilizada para la enucleación del quiste sebáceo se inició con la anestesia general del paciente, asepsia y antisepsia, colocación de campos operatorios y preparación del paciente, abordaje submandibular, disección regional hasta llegar al quiste, disección roma del mismo para lograr su escisión quirúrgica completa.

Discusión: En este caso podemos encontrar un quiste sebáceo de tamaño considerable el cual no es muy frecuente, y de ubicación en cuerpo mandibular izquierdo.

Conclusiones: Enucleación exitosa del quiste sebáceo sin complicaciones al momento del procedimiento quirúrgico, el mismo se encontraba muy adosado a la piel, obteniendo la satisfacción del paciente.

Palabras clave: Quiste Sebáceo, Tumor Benigno, Región Facial, Abordaje Submandibular, Enucleación.





Fractura dentoalveolar tratada con ferulización con alambrado y tratamiento de endodoncia.

C.M.F. Alberto José Lozano Laín, C.D.E.E.
Fabián Moraza García.

Instituto Mexicano del Seguro Social.

Introducción: Cuando por cuestiones de algún traumatismo en cara, que la zona de impacto reside en los maxilares, muchas veces existe una fractura ósea o dental junto con lesiones en tejidos blandos, aunque hay varios métodos para tratar este tipo de situaciones, no todas llegan a estar al alcance del paciente y muchas veces ya sea por cuestiones económicas o de tiempo se ven obligados a irse por un tratamiento más radical como la extracción de los órganos dentarios afectados.

Objetivo: Proporcionar un tratamiento económico y que requiera poco material para el operador para dar una atención funcional y efectiva hacia un problema bastante frecuente en la práctica odontológica y en el área de trauma facial.

Metodología: Se lleva a cabo el estudio de un caso clínico de una paciente de 11 años de edad, el cual por un traumatismo en cara presenta fractura dentoalveolar el cual se le da seguimiento hasta la recuperación funcional de los órganos dentarios afectados.

Resultados: Se observa que con una ferulización rígida bastante asequible se puede tratar una fractura dentoalveolar cuando se requiere de una atención rápida.

Discusión y Conclusiones: Los resultados fueron los deseados ya que se buscaba una reducción y fijación de los órganos dentarios afectados por el traumatismo, aunque se produzca una anquilosis esta llega a ser completamente funcional y con una restauración adecuada llega a ser también estética para la paciente.

Palabras clave: Ferulización, Endodoncia, Trauma.

Referencias:

Endodoncia. Técnica y fundamentos. Ilson José Soares, Fernando Golderg. Ed. Médica Panamericana 2002.





Hidróxido de calcio.

Mariana Lizeth Elizondo Alvarado, Phd.
Fanny López Martínez, E.E. Ricardo Treviño Elizondo.

Departamento de Endodoncia.
Facultad de Odontología, UANL.

Introducción: El hidróxido de calcio es un polvo blanco que se obtiene por la calcinación del carbonato cálcico. Es considerado como el medicamento de elección tanto en la protección pulpar directa como indirecta, y pulpotomía vital. Como tiene tendencia a formar carbonato con el anhídrido carbónico (CO₂) del aire, se recomienda almacenarlo en un frasco color topacio bien cerrado. Es poco soluble en agua, su pH es alcalino, aproximadamente de 12.4, lo que le permite ser un magnífico bactericida, hasta las esporas mueren al ponerse en contacto con el elemento.

Comúnmente se prepara con suero fisiológico o agua tratada, aunque puede utilizarse cualquier presentación o marca comercial.

El hidróxido de calcio induce la remineralización de la dentina reblandecida, libera de gérmenes la cavidad, estimula la cicatrización, siendo tolerado perfectamente por el órgano pulpar. Por ello, y por otras ventajas este fármaco ha sido aceptado mundialmente como el precursor fundamental en la pulpotomía vital, recubrimiento pulpar directo e indirecto.

Conclusión: El hidróxido de calcio Ca(OH)₂ es una sustancia ampliamente utilizada en endodoncia desde su introducción por Herman en 1920.

Sus propiedades para controlar la inflamación, y su actividad antimicrobiana, lo hacen aconsejable para su empleo como medicación tópica entre sesiones o como componente de materiales de obturación temporarios y definitivos.

Es un material ampliamente utilizado en odontología conservadora de fácil manejo, sencilla aplicación y de muy bajo coste.

Referencias:

<http://www.odontologos.mx/estudiantes/noticias/365/hidroxido-de-calcio-y-su-aplicacion-en-la-terapeutica-endodontica>.

<http://www.gacetadental.com/2009/03/importancia-del-hidrxido-de-calcio-como-medica-mento-intraconducto-en-endodoncia-a-proposito-de-un-caso-clnico-31678/#>



<http://www.odontologia-online.com/publicaciones/endodoncia/111-hidroxido-de-calcio-y-su-aplicacion-en-la-terapeutica-endodontica.html>





Historia de las resinas.

Laura Andrea González Guzmán, Lesly Guadalupe Urista García, Dra. Patricia Martínez Cortés.

Universidad de Monterrey.

Introducción: La forma de efectuar restauraciones tanto en dientes anteriores como posteriores, ha evolucionado en la odontología con materiales dentales restauradores activados por luz. Las resinas compuestas son usadas actualmente en los diferentes tratamientos restauradores por el odontólogo. La técnica de acondicionamiento ácido esmalte/dentina, los actuales adhesivos y las importantes mejoras que han tenido las resinas posibilitan efectuar restauraciones adecuadas.

Objetivos: Las resinas dentales se utilizan como alternativa estética en lugar de las amalgamas y pueden ser utilizadas también para corregir fisuras y grietas. Atrás están quedando materiales como la amalgama, usada en la odontología, sin embargo el uso de las resinas debe ser valorado.

Metodología: Existen las resinas compuestas, formadas por matriz orgánica y partículas de relleno unidas a un agente acoplador de relleno inorgánico que adhiere las partículas a la matriz. Las desventajas son que la superficie termina áspera y están expuestas al desgaste. Las resinas compuestas son los materiales más utilizados actualmente en las reconstrucciones estéticas de los dientes anteriores y posteriores. Las partículas de relleno le dan dureza y resistencia, y disminuyen la contracción al endurecer. Las propiedades ideales que debería tener una resina compuesta son las siguientes: -Alta resistencia -Mínima contracción de polimerización -Comportamiento frente a los cambios térmicos -Estabilidad de color.

Resultados: Este material se trabaja al color del diente por lo que el resultado es una restauración cosmética y agradable.

Discusión y Conclusiones: En estos últimos años ha habido muchos cambios en las resinas compuestas ya que son mejores en la actualidad, han tenido muchos avances gracias a la fuerza y resistencia que dan. La matriz ha tenido diferentes modificaciones, en el tamaño de las partículas de carga, en las características y propiedades. Estos cambios se traducen en cambios en la manipulación de estos materiales para el manejo eficiente de las resinas compuestas.

Palabras clave: Resinas, estética, evolución.



Referencias:

Composites | Resinas compuestas. (n.d.). Recuperado el 9 de Marzo del 2017 de <https://www.propdental.es/composites/>

Resinas compuestas: Revisión de los materiales e indicaciones clínicas. (n.d.). Recuperado el 9 de Marzo del 2017 de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1698-69462006000200023.





Morbilidad en Salud Bucal 2015 de la Jurisdicción Sanitaria #3.

C.D. María Valentina Martínez Jiménez,
C.D. Daniel Alberto Rodríguez Sánchez,
C.D. Jahaziel Josafat Chairez Ramírez.

Servicios de Salud de Nuevo León.

Introducción: La caries dental sigue siendo un problema de salud oral prevalente en la mayoría de los países industrializados, afectando entre el 60 y 90% de la población escolar y a la mayoría de los adultos. Es también la enfermedad más frecuente de varios países asiáticos y latinoamericanos. Debido a la incidencia de estas afecciones, se decidió realizar un estudio descriptivo, con la finalidad de brindar el conocimiento necesario sobre la incidencia de diversas enfermedades, y lograr así una mejor atención y calidad de los servicios que brinda la institución.

Objetivo general: Identificar las necesidades de tratamiento y el nivel de atención estomatológica en los distintos municipios correspondientes a la Jurisdicción Sanitaria #3.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo de la morbilidad en salud bucal del año 2015 en la Jurisdicción Sanitaria #3 de Nuevo León basándonos en los diagnósticos arrojados por el informe de morbilidad de cada mes, proporcionados por los diferentes centros de salud.

Conclusión: Con los hallazgos obtenidos en este estudio, se observan las necesidades de tratamiento de una población específica. Los resultados presentados, justifican la importancia de realizar más estudios al respecto para que, con base en ellos, se desarrollen programas que atiendan necesidades representativas de la población a la que vayan dirigidos.

Palabras clave: Morbilidad, Salud bucal, Incidencia.

Referencias:

Archivos de morbilidad mensuales de centros de salud correspondientes a Jurisdicción #3 del año 2015.

Morbidity in stomatologic emergencies. Teaching Stomatologic Clinic 27 de Noviembre municipio de Colón. 2007-2008.





Obturación de resina usando Stamp Technique: Reporte de caso clínico.

Rebeca María De La Garza Kalife, Dra.
Patricia Martínez Cortés.

Universidad de Monterrey.

Introducción: Paciente femenina consulta por caries en la pieza 1.6; se decidió realizar la técnica de estampa; que sirve para dar anatomía original a la restauración de resina con una estampa oclusal hecha con protector gingival (Opal Dam).

Objetivos:

- Minimizar tiempo de trabajo y ajustes finales.
- Recrear anatomía original del diente.
- Restauración natural y estética.
- Conservar oclusión natural del paciente.
- Trabajo sencillo de realizar con calidad y efectividad.

Metodología: Se realiza anestesia local para trabajar en la pieza y se realiza aislamiento absoluto. Se coloca Opal Dam sobre la cara oclusal del diente junto con un microbrush y se fotocura. Retiramos la estampa. Se realiza cavidad compuesta clase I. Se desinfecta con clorhexidina, se coloca ácido grabador durante 15 segundos, se enjuaga y seca sin desecar. Se coloca adhesivo y se fotocura por 20 segundos. Con color de resina A2 se hacen incrementos y se fotocura 20 segundos entre cada uno. En el incremento final se coloca un pedazo de cinta de teflón y se hace presión con la estampa oclusal sobre la cinta. Se remueve la estampa y la cinta y se fotocura por 20 segundos. Revisar la oclusión y pulir usando gomas y pasta Diamond Polish.

Resultados: Se obtiene un resultado igual a la cara oclusal original de la pieza trabajada, ya que queda muy estético y natural, además son pocos los ajustes oclusales a realizar para mantener la oclusión habitual del paciente.

Discusión y Conclusiones: En conclusión es una técnica no muy común en la odontología pero que debería ser implementada ya que es fácil y rápido de realizar y se obtienen resultados benéficos y predecibles, logrando una estética natural adecuada.

Palabras clave: Estampa oclusal, resina, estética.

Referencias:

Tawfik, A. (2016). Stamp Technique. Recuperado el 10 de Marzo de 2017 de:



<http://www.styleitaliano.org/stamp-technique-community>

Lamantia, N. (2014). Occlusal topography made simple with a stamp. <http://www.asda-blog.com/lww-2/>





Odontoma compuesto con canino retenido maxilar: Reporte de caso clínico.

Enriqueta Pedraza Deutsch, Edna Monzerrat Hernández Saucedo, Dra. Norith de Jesús Recéndez Santillán.

Universidad de Monterrey.

Introducción: Los odontomas son los tumores odontogénicos de mayor aparición siendo su prevalencia mayor que todos los tumores odontogénicos juntos. Consisten en células epiteliales y mesenquimatosas diferenciadas comprendiendo tejido pulpar, esmalte, dentina y cemento.

Presentación de caso clínico: Paciente de 27 años aparentemente sana acude a revisión odontológica de rutina para buscar tratamiento de ortodoncia. Se refiere asintomática y se revisa cavidad oral encontrando el órgano dentario 6.3 con ausencia de canino permanente, se decide complementar su valoración con radiografía panorámica y estudio tridimensional de la región maxilofacial. *Diagnóstico presuntivo:* odontoma compuesto. *Plan de tratamiento:* Extracción quirúrgica de lesión y análisis anatomopatológico. *Pronóstico:* Favorable evolución. *Procedimiento:* El procedimiento de extracción quirúrgica se realiza bajo protocolo de sedación consciente intravenosa. Se realizó elevación de colgajo mucoperióstico triangular, osteotomía por vestibular y extracción de canino retenido 2.3. Extracción de canino temporal 2.3 y dentículos de manera transalveolar. Se colocó hueso particulado y membrana. Se reposicionó colgajo y se cerró con sutura. Por último, se envió la muestra a patología dando como resultado un odontoma compuesto.

Discusión: El caso clínico cumple con el sitio de aparición con más alta predilección reportado en la literatura, representado con un 67%, además de relacionarse con un órgano retenido, sin embargo este caso se reporta como un odontoma compuesto siendo de menor frecuencia de aparición que su contraparte (odontoma complejo).

Conclusión: La importancia del diagnóstico temprano en las patologías maxilares es de suma importancia para su abordaje y planeación del tratamiento, resulta vital monitorizar a los pacientes en nuestra consulta para evitar que estas enfermedades avancen y se conviertan en patologías benignas invasivas que comprometan estructuras anatómicas y pérdida de dientes de las arcadas dentales.

Palabras clave: Odontoma, diente retenido, biopsia, extracción.

Referencias:



1. Neville. (2004). Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. Estados Unidos: Elsevier.
2. Perales, B., Aguiar, E., & Rodríguez, J. (2013). Odontoma compuesto en paciente pediátrico. Revista Tamé, 79-82.
3. Vázquez, D., Gandini, P., & Carbajal, E. (2008). Odontoma compuesto: Diagnóstico radiográfico y tratamiento quirúrgico de un caso clínico. Avances en Odontología, 307-312.





Ortoimplantes: Como solución protésica.

Dr. Sergio Eduardo Soto Delgado.

Consorcio de Actualización Clínica.

Introducción: Los Ortoimplantes o dats son aditamentos simples y pequeños que nos brindan un anclaje esquelético por períodos cortos, que provee ventajas mecánicas y evita fuerzas ortodónticas no deseadas.

Objetivos: Los objetivos de los ortoimplantes son proveer un excelente anclaje esquelético para evitar movimientos no deseados, y crear el espacio protésico distalizando las piezas dentales.

Presentación del caso clínico: Paciente femenino, de 68 años de edad, se le colocaron unos implantes para reemplazar las piezas 2.4 y 2.6; los implantes los colocaron muy distales afectando la pieza 2.5 y 2.7, ese mismo día de la colocación de implantes la paciente refirió dolor intenso en la 2.7 teniendo que realizar una endodoncia. Al ver el espacio protésico, era imposible poder restaurar debido al espacio y se optó por colocar un ortoimplante vestibular y palatino a distal de la 2.7 para realizar una distalización de las piezas 2.5 y 2.7 para lograr el espacio de la restauración. Aplicando una fuerza de 50 gramos por cada pieza para su distalización.

Resultados:

- Lograr el espacio ideal para la rehabilitación del implante.
- Distalización en cuerpo el 2.5 y de corona de 2.7.
- Rehabilitación protésica de ambas piezas.

Discusión y Conclusiones: El uso de los ortoimplantes son una herramienta perfecta en cualquier área de la odontología para poder llevar a cabo buenos tratamientos, y en este caso poder sacar adelante el tratamiento de implantes.

Palabras clave: Distalización, ortoimplante, dats.

Referencias:

1 Bakhsh Z. Simplified treatmentmechanic with a miniscrew for a case of canine impaction. J Orthodont Sci 2016,5:30-4.

2 Sebastian Baumgaerte, La Sorapan Smuthkochomb and Juan Martin Palomoc Cle-



veland, Ohio.

3 Mini implantes como anclaje ortodóntico. Dr. Nasib Balut Chain, Dra. Jesica Rotberg
Ciklik. Ed. Riopano.





Osteorradionecrosis en maxilar inferior: Reporte de 2 casos clínicos.

Dr. Luis Javier Garza De La Garza, Juan Carlos de Jesús Elizondo González.

Universidad Autónoma de Nuevo León.

Introducción: El cáncer más comúnmente encontrado en la cavidad oral es el carcinoma espinocelular (ó de células escamosas o epidermoide), que constituye aproximadamente el 95% de todas las neoplasias. Su tratamiento consiste en quimioterapia y radioterapia anteriores a la cirugía. Una complicación mayor que se atribuye a la radiación es la osteorradionecrosis, la cual se caracteriza clínicamente por exposición y pérdida ósea, además del deterioro en la función masticatoria y estética. La osteorradionecrosis se clasifica según su gravedad: Grado I: Dolor, tumefacción, trismo, exposición ósea (más de 6 meses). Grado II: Además hay secuestro, pero no se afecta toda la altura mandibular. Grado III: Afectación mandibular total (afecta el borde basal) o fractura patológica.

Objetivo: La presentación de los siguientes casos clínicos tienen como objeto, cómo prevenir la aparición esta entidad patológica.

Casos clínicos: En el primer caso, presentamos una fractura patológica del maxilar inferior y osteorradionecrosis, debido a la extracción de un órgano dentario (2do molar inferior) con caries de 4° grado, posterior a la radioterapia. En el segundo caso, presentamos una fractura mandibular de lado izquierdo, que se produjo durante el acto quirúrgico durante la resección del proceso alveolar de un carcinoma espinocelular, al ser realizado con cincel y martillo, produciéndose la solución de continuidad en el cuerpo mandibular y no ser diagnosticada oportunamente, lo que provocó después de la radioterapia una osteorradionecrosis mandibular.

Metodología: En el primer caso clínico se procedió a la colocación de apósitos quirúrgico para mantener aislada la fractura quirúrgica del medio ambiente. En el segundo caso se procedió a eliminar el segmento óseo expuesto en la región mentoniana, no se requirió anestesia, ya que el hueso se encontraba expuesto y libre de tejidos que favorecieran la retención de éste.

Resultados y conclusión: Para este tipo de casos, debemos erradicar focos infecciosos previos a la radioterapia, y evitar durante el acto quirúrgico el uso de técnicas que puedan comprometer la integridad del tejido óseo que se esté removiendo (Por ejemplo, en vez de utilizar cincel y martillo para la remoción de un cáncer en proceso alveolar,



lo ideal es utilizar un motor quirúrgico como sierra de STRYKER ó el uso de motores en donde la pieza de mano utilice brocas para hacer el corte óseo, acompañado de una buena irrigación en el sitio adecuado).

Palabras clave: Osteorradionecrosis, radioterapia, quimioterapia.

Referencias:

Sapp, J. P. (2004). Contemporary oral and maxilofacial pathology. S.t Louis Missouri: Mosby.

Topazian R G, G. M. (1987). Oral and maxillofacial infections. Philadelphia: WB Saunders.

Regezi, J. A. (1999). Patología bucal. Philadelphia Pennsylvania: Mcgraw-Hill.

Herrera Herrera A.. (jul.-ago. 2012). Osteorradionecrosis como secuela de la radioterapia. Avances en Odontoestomatología, vol. 28 n. 4, pp.

L. Pingarrón Martín. (abr.-jun. 2010). Doble injerto microvascularizado de peroné para reconstrucción bilateral mandibular por osteorradionecrosis. Revista Española Cirugía Oral y Maxilofacial, vol. 32 n. 2, pp.





Predisposición de un mexicano a las caries dentales debido a su dieta. Estudio piloto.

Graziella Alejandra Chapa Ferreiro, Ariana Arleth Cantú Santos. Dr. Medardo Gómez Anguiano.

Universidad de Monterrey.

Introducción: El régimen alimenticio de un mexicano promedio está basado en un alto contenido calórico que se compone principalmente de carbohidratos como azúcares, harinas, entre otros; esto además de verse reflejado en enfermedades sistémicas como obesidad o diabetes se ha observado que favorece la aparición de caries. Basados en la literatura, en esta investigación se demuestra una relación de la dieta mexicana con la presencia de caries. En la literatura se menciona que no es posible desarrollar caries sin la ingesta de carbohidratos. La caries es una enfermedad multifactorial que se desarrolla por medio de un biofilm que se forma gracias a microorganismos que se adhieren a la superficie del diente, este es afectado por el nivel de pH salival, al aumentar la ingesta de carbohidratos el pH bucal cambia.

Objetivos: El objetivo de esta investigación es informar acerca de la relación que guardan los hábitos alimenticios mexicanos con la incidencia de caries dental. Variable dependiente: incidencia de caries. Variable independiente: tipo de alimentación.

Metodología: Se realizó una revisión bibliográfica sobre artículos de revistas de diferentes autores publicados entre los años 2006 y 2017.

Resultados: La presencia de caries dental en el mexicano está directamente relacionada con la alta ingesta de carbohidratos, debido a sus repercusiones en la acidificación salival.

Conclusiones: La dieta típica del mexicano está basada en su mayoría de carbohidratos, esto se comprobó con la ayuda de la bibliografía utilizada. La caries es una enfermedad multifactorial que principalmente se ve afectada por el medio en que se desarrolla, la dieta alta en carbohidratos genera la acidificación salival, haciendo más propenso al mexicano a padecer de caries dental.

Palabras clave: Caries, alimentación, mexicana.

Referencias:

Donlan, R. (2002). Biofilms: Microbial Life on Surfaces. US National Library of Medicine National Institutes of Health. Retrieved March 13, 2017, from



<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2732559/>

Edelstein, B. (2006). The Dental Caries Pandemic and Disparities Problem. *BMC Oral Health*,6 (Suppl 1). doi:10.1186/1472-6831-6-s1-s2

Estrada, J., Dr., Pérez, J., Dr., & Hidalgo-Gato, I., Dr. (2006). Caries dental y ecología bucal, aspectos importantes a considerar. *Revista Cubana de Estomatología*,43(1), 1561-297. Retrieved March 9, 2017, from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_art-text&pid=s0034-75072006000100007

García, L. (2012). Relación entre consumo de alimentos cariogénicos e higiene bucal con caries dental en escolares / Relationship between consumption of cariogenic foods and oral hygiene with dental caries in schoolchildren. *Kiru*,9(1), 34-38. Retrieved March 10, 2017, from http://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2012/Kiruv.9/Kiru_v.9_Art5.pdf

García, P. (2012) La alimentación de los mexicanos: Cambios sociales y económicos, y su impacto en los hábitos alimenticios. http://clubnutricion.com.mx/educacion_continua/La%20alimentaci%C3%B3n%20de%20los%20mexicanos%20%E2%80%94%20E%20studio%20completo.pdf

Hujoel, P., & Lingstrom, P. (2017). Nutrition, dental caries and periodontal disease: a narrative review. *Clinical Periodontology*, 44(S18). Retrieved March 13, 2017.

Kleinberg, I. (n.d.). The pH of dental plaques in the different areas of the mouth before and after meals and their relationship to the pH and rate of flow of resting saliva [Abstract]. *Oral Biology*, 9(5).

Marsh, P. D. (2016). Dental Biofilms in Health and Disease. Retrieved March 13, 2017.

Villalobos, J., Medina, C., Maupomé, G., Pontigo, A., Rojo, L., & Verdugo, L. (2007). Caries dental en escolares de una comunidad del noroeste de México con dentición mixta y su asociación con algunas variables clínicas, socioeconómicas y sociodemográficas. *Invest Clin*,59 (4), 256-267. Retrieved March 10, 2017, from <http://www.medi->



graphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2007/nn074d.pdf





Prevalencia del miedo dental en niños escolares.

Dinorah Carrillo Cárdenas. Dr. Francisco Cazares de León.

Universidad de Monterrey.

Introducción: Es de importancia saber identificar el nivel de miedo y ansiedad de los pacientes pediátricos así como también la conducta que pueden llevar a cabo desde que llegan al consultorio dental hasta cuando se les está realizando el tratamiento dental, ya que son la principal barrera para llevarlo a cabo. Su manejo permite obtener el éxito o el fracaso del tratamiento.¹ El miedo dental se define como un estado de angustia y malestar generalizado en el paciente, que va asociado a una situación de desconocimiento o de inseguridad.² Es de suma importancia evitar o saber controlar desde muy temprana edad estas emociones.

Objetivo general: Determinar la prevalencia de miedo de niños escolares de 6 a 12 años referentes a actividades y experiencias relacionadas con situaciones dentales.

Metodología: Tipo de Estudio: observacional, descriptivo, transversal. La población fue finita, de la cual se obtuvo un tamaño muestral de 163 participantes. Temporalidad: Febrero a Abril del 2016. Criterios de Inclusión: Niños de ambos sexos, 6 a 12 años. Que acuden a la escuela primaria publica donde se ira. Que hayan o no visitado al dentista. Que contesten completamente el cuestionario del miedo. Criterios de Exclusión: Niños medicamente comprometidos y con alguna disfunción motora que impida contestar. Variable dependiente: Miedo. Variables independientes: Edad, sexo, grado escolar, nivel de escolaridad de los papas y si ya han acudido anteriormente con otro dentista o es su primera consulta y cuantas veces se lavan sus dientes. Instrumentos de Recolección: Se utilizara la escala CFSS DS de Cuthbert y Melamed (1982). Se contó con el consentimiento informado firmado por parte de los padres o tutores.

Resultados: La consistencia interna de los 15 items del instrumento utilizado (escala CFSS DS) para esta investigación fue de un alfa de Cronbach de .837, teniendo en cuenta que son situaciones que los niños perciben con respecto a los dentistas. La prevalencia de miedo dental en esta población escolar fue de 64.4% tuvo miedo moderado, 28.8% muy poco miedo, 14.7% mostraron más o menos miedo y un 4.3% reportaron sentir mucho miedo ante estas situaciones según el instrumento. Por otro lado un 6.7% reportó no tener miedo.

Conclusión: Es de importancia saber identificar el nivel de miedo de los paciente prees-



colares y escolares así como también la conducta que pueden llevar a cabo desde que llegan al consultorio dental hasta cuando se les está realizando el tratamiento dental, ya que el miedo puede ser una barrera psicológica que afecta los tratamientos dentales. Su buen manejo permite obtener el éxito o el fracaso del tratamiento.

Palabras clave: Miedo, dental, odontopediatría.

Referencias:

1. Yamada MK, Tanabe Y, Sano T, Noda T. Cooperation during dental treatment: the Children's Fear Survey Schedule in Japanese children. *International Journal of Paediatric Dentistry* 2002; (12): 404-409.
2. Klingberg G, Broberg AG. Dental fear anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors. *International Journal of Paediatric Dentistry* 2007; (17): 391- 406.
3. Chapman HR. Y Kirby-Turner NC. (1999). Dental Fear in children – a proposed model. *Br Dent J* 23;187(8):408-12.
4. Aminabadi NA., Pourkazemi M., Babapour J., Oskouei SG. (2012). The impact of maternal emotional intelligence and parenting style on child anxiety and behavior in the dental setting. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 1;17 (6):1089-95.
5. El miedo dental. (2005). Infomed. 2 p. Extraído desde <http://www.infomed.es/busca-dor>
6. Laguna Murcia P. (2005). El origen del miedo dental está vinculado a vivencias infantiles (2 p.) Extraído desde: <http://www.diariomedico.com/entorno/ent060201combis.html>
7. Clínica Euroden Dental. (2005). Miedo al dentista [en Internet]. (2 p.). Extraído desde: <http://www.clinicaeuroden.com/miedo-dentista.htm>



8. Boj JRQ, Lillo OC. Desarrollo psicológico del niño. En: Boj JR, Catalá M, García-Ballesta C, Mendoza A, Planells P. Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven. Madrid: Editorial Médica, Ripano; 2011. pp. 97-108.
9. Muris P, Hovee I, Meesters C, Mayer B. Children's perception and interpretation of anxiety-related physical symptoms. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2004; 35: 233-224.
10. Gale, E. (1972). Fears of the dental situation. *Journal Dental Public Health*. 51 (4): 964-966.
11. Beena, J. (2013). Dental subscale of children's fear survey schedule and dental caries prevalence. *European Journal of Dentistry*. 7(2): pp. 181-18
12. Salem, K., Kousha, M., Anissian, A. & Shahabi, A. (2012). Dental Fear and Concomitant Factors in 3-6 year-old Children. *Journal of Dental Research, Dental Clinics, Dental Prospects*. 6 (2) pp. 70-
13. Holmes RD, Girdler NM. A study to assess the validity of clinical judgement in determining paediatric dental anxiety and related outcomes of management. *Int J Pediatr Dent*. 2005;15:169-76.
14. Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2010). Metodología de la investigación. México: Interamericana. 5 edición.





Protocolo de atención estomatológica en paciente pediátrico con coartación de la aorta y soplo cardíaco.

Laura Calderón Gómez, Dra. Selenia Janet Medina Arizpe, Dra. Diana Montserrat Gutiérrez Oviedo.

Universidad de Monterrey.

Introducción: Las cardiopatías congénitas son defectos estructurales del corazón y de los grandes vasos que se producen durante el desarrollo embrionario y fetal^{1,2}. La coartación de la aorta (CoAo) es una cardiopatía congénita que consiste en un estrechamiento que causa obstrucción del flujo sanguíneo^{1,3,4}. Aumenta la post-carga del ventrículo izquierdo y produce hipertrofia, aumento del volumen sistólico final e hipertensión arterial pre-coartación¹. Puede venir acompañada de soplos no patológicos que aunque no requieren tratamiento, constituyen el principal motivo de consulta⁵. Estos pacientes requieren de una profilaxis antibiótica para evitar una endocarditis bacteriana derivada del tratamiento estomatológico⁴.

Caso clínico: Paciente masculino de 6 años con diagnóstico conocido de CoAo y soplo cardíaco, sin tratamiento farmacológico y en espera de corrección quirúrgica, acude a consulta, para rehabilitación bucal completa, erradicación de focos de infección, se realiza historia clínica completa, examinación extraoral y exploración clínica bucal. Se diagnostican lesiones cariosas de grado avanzado.

Objetivos: Establecer un protocolo clínico de atención para pacientes con cardiopatías congénitas.

Metodología: Se realiza tratamiento restaurativo en cuatro citas distribuidas en un periodo de una semana. Se realiza bajo esquema terapéutico de Amoxicilina de 50 mg/kg/día. El anestésico local de elección es Lidocaína HCl al 2% con epinefrina 1:100,000, infiltrándose un máximo de 72 mg por cita.

Resultados: Se restauraron exitosamente los órganos dentarios afectados por lesiones cariosas. El paciente no presentó complicaciones post-tratamiento. Queda pendiente colocación de mantenedor de espacio una vez realizada la corrección quirúrgica de la CoAo.

Discusión y Conclusiones: Existe poca literatura sobre el manejo estomatológico de pacientes pediátricos con CoAo. Su corrección quirúrgica exige un previo tratamiento odontológico. Para garantizar el éxito de éste es indispensable una interconsulta con el cardiólogo tratante y un esquema profiláctico adecuado. De esta manera se minimi-



zan los riesgos de una endocarditis bacteriana.

Palabras clave: Coartación de la aorta, endocarditis bacteriana, profilaxis antibiótica.

Referencias:

1. Garay N, Montiel C, Verón C, Vargas Peña M, Aquino N, Jarolín J, Eguzquiza P, Panizza C, González F, Sciacca R, Rolón R. Presentación Clínica de Coartación de Aorta, Relato de Casos. Revisión de Manejo Actual. *Pediatr. (Asunción)* 2009; 36(3): 206-215.
2. Carísimo M, Szwako R, Garay N, Pino W, Gaona N, Egusquiza P, Jarolín J, González Ávila F, Sciacca R, Panizza C, Montaner M. Cardiopatías Congénitas, Resultados del Manejo Perioperatorio en 18 Meses. Experiencia en el Departamento de Cardiocirugía Centro Materno Infantil UNA. *Pediatr. (Asunción)* 2009; 36(3): 181-189.
3. Solana Gracia R, García Guereta L. Coartación de aorta e interrupción del arco aórtico. Recuperado de <http://lisandrobenmaor.com/archivos/22.pdf>
4. Zavala KB, Vinitzky I, Ramírez D. Manejo estomatológico del paciente pediátrico con cardiopatía congénita. Revisión de la literatura. *Univ. Odontol. Ene-Jun* 2011; 30(64): 57-66.
5. García Lasheras C, Ayerza Casas A, Ribes González M, Aurensanz Clemente E, Olivares López JL, Samper Villagrasa P. Epidemiología de los defectos estructurales cardiacos en una población infantil. *Rev. Esp. Pediatr.* 2014; 70(4): 189-193.





Protocolos de irrigación en endodoncia y filtración bacteriana.

C.D Myriam Guadalupe Muñoz Torres, Patricia Nohemí Olivares Ponce, E.E. Ricardo Treviño Elizondo, Phd. Fanny López Martínez.

Universidad Autónoma de Nuevo León.

Introducción: El propósito del tratamiento de conductos es prevenir el ingreso y eliminar los microorganismos, desinfectando el espacio del conducto radicular a través de la instrumentación, irrigación y medicación intraconducto, así como el sellado mediante la obturación del conducto.

Objetivos: Analizar el efecto de tres diferentes protocolos de irrigación utilizados durante la instrumentación de conductos, en cuanto a la filtración bacteriana a través del material de obturación radicular.

Observar histológicamente la penetración bacteriana entre la dentina radicular y el material de sellado en dientes tratados endodónticamente después de ser sometidos a cámaras de filtrado con *E. faecalis*.

Metodología: Estudio ex vivo en 30 raíces palatinas de primeros molares superiores extraídos de humanos en lo que se realizó conductoterapia utilizando tres protocolos de investigación. Los 30 conductos fueron instrumentados con el sistema Protaper y obturados con condensación lateral, fueron irrigados con NaCl 2.5% (grupo 1), enjuague final de EDTA al 17% (grupo 2), y RCPrep durante el protocolo de instrumentación (grupo 3).

Resultados: Se demuestra el grado de asociación entre los distintos protocolos de irrigación y la presencia–ausencia de filtración bacteriana.

Discusión y Conclusiones: Los conductos instrumentados muestran poca cantidad de capa residual aún en los dientes donde solo se utilizó NaOCl, así como también se demostró que existía mayor filtración en los grupos donde se usaron quelantes, sobre todo con el uso de RC Prep.

El uso de quelantes abre los túbulos dentinarios aumentando la permeabilidad por lo tanto, permitiendo mayor penetración de sellador y/o bacterias.

Histológicamente, las técnicas de instrumentación e irrigación fueron eficientes en cuanto a la conformación del conducto radicular y la remoción del tejido pulpar.



Palabras clave: Filtración, Irrigación, Endodoncia.

Referencias:

Boutsioukis CH, Verhaagen B. Evaluation of irrigant flow in the root canal using different needle types by an unsteady computational fluid dynamics model. J Endod 2010;36:5,875-9.

Chivatxaranukul P, Dashper SG, Messer HH. Dentinal tubule invasion and adherence by *Enterococcus Faecalis*. Int Endod J 2008;41:873-82.

Haapasalo M, Endal U, Zandi H. Eradication of endodontic infection by instrumentation and irrigation solutions. Endo Topics 2005;10:77-102.

Violich DR, Chandler N P. The smear layer in endodontics- a review. Int Endod J 2010;43:2-15.

Zazueta N, Lagunes C. Análisis histológico de dientes extraídos con tratamiento de conductos radiculares. Endodoncia Actual 2010; 5,13;6-10.





Quiste odontogénico ortoqueratinizado: Reporte de caso clínico.

Laura Aracely Cárdenas Caraza, José Guillermo Robles Estrada, Dra. Norith de Jesús Recendez Santillán.

Universidad de Monterrey.

Introducción: El quiste odontogénico ortoqueratinizado (QOO) es uno de los quistes menos frecuentes en cuanto al desarrollo dental ya que representan el 7% del 17% de todos los quistes queratinizados de la mandíbula. Es derivado de recubrimiento epitelial ortoqueratinizado, compuesto por epitelio escamoso estratificado, que presenta una superficie de diversos grosores. Predomina en pacientes adultos jóvenes. Se presenta con frecuencia en áreas posteriores de la mandíbula.

Presentación de caso clínico: Paciente femenino de 18 años, ASA 1 asintomática, sin alteraciones clínicas aparentes intra o extraorales, acude para recibir diagnóstico y tratamiento de ortodoncia. Al análisis radiográfico se encuentra hallazgo patológico relacionado con la corona de tercer molar mandibular izquierdo observando un área radiolúcida bien delimitada y circunscrita a expensas del mismo.

Tratamiento: Extracción de tercer molar retenido. Curetaje y enucleación de lesión. Análisis anatomopatológico.

Procedimiento: Procedimiento bajo anestesia local, se prosiguió con una elevación de colgajo triangular de espesor total, se realizó osteotomía pericoronaria vestibular en relación a diente 3.8 en el cual se realizó odontosección de corona, posteriormente se realizó la extracción de los fragmentos del tercer molar, una vez extraído el órgano dentario se prosiguió con la enucleación de la lesión, ya extraída la lesión se prosiguió con la colocación de sutura y hemostasia. Se dieron indicaciones postoperatorias.

Diagnóstico y pronóstico: Quiste odontogénico ortoqueratinizado. Pronóstico favorable a evolución.

Conclusión: Gracias a la detección de la lesión en el presente caso, a su abordaje y diagnóstico temprano se efectuó una cirugía mínimamente invasiva con un postoperatorio favorable para el paciente.

Discusión: A pesar de la baja incidencia que se tiene de este tipo de quiste, no se puede descartar dentro de las lesiones que afectan al territorio maxilofacial, es de suma importancia conocer que esta lesión benigna pudiera presentarse en nuestra consulta, así como es adecuado conocer el plan de tratamiento y pronóstico de dicha lesión.

Palabras clave: Quiste, cirugía, patología, lesión.



Referencias:

Neville. B, Damm. D, Allen, C. Bouquot. J. (2004). Oral and maxilofacial pathology. Estados Unidos. Ed: Elseiver. 3ra edición.

Perez. G, López. J, Villarroel. M. (2005). Quiste odontogénico ortoqueratinizado: Una nueva entidad del queratoquiste odontogénico. Vol. 44. No. 3. Recuperado el 15 de Marzo del 2017. Acta odontológica venezolana. http://www.actaodontologica.com/ediciones/2006/3/quiste_odontogenico_ortoqueratinizado.asp

Romero Jasso, G., Dillarza Andrade, D., Vargas López, D., Pedroso Balandrano, A. G. (2015). Quiste odontogénico ortoqueratinizado. Reporte de un caso. Recuperado el 15 de Marzo del 2017 <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirugiabucal/cb-2015/cb152d.pdf>

Pérez González, E., López Labady, J., Villarroel Dorrego, M. (2006). Quiste odontogénico ortoqueratinizado: Una nueva entidad derivada del queratoquiste odontogénico. Recuperado el 15 de Marzo del 2017 de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652006000300021





Radix entomolaris. Reporte de caso clínico.

Abelardo Peña Faz, C.D.E.E. Mario Eduardo Huerta Ortiz.

Universidad de Monterrey.

Introducción: El conocimiento de la anatomía interna de los conductos radiculares es de suma importancia para poder limpiar y conformar cada uno de los conductos. El primer molar inferior en ocasiones presenta una variante anatómica de nombre Radix Entomolaris la cual se caracteriza por tener una raíz supernumeraria localizada en sentido distolingual en los molares inferiores, mientras que la Radix Paramolaris es una raíz adicional localizada mesiovestibularmente. Según Cañizares y colaboradores la incidencia en población mexicana de esta variante anatómica es de del 4.13%. Aunque el porcentaje de incidencia es bajo es un factor importante a considerar en la selección del caso y el pronóstico del mismo.

Objetivos: Documentar y describir con imágenes y radiografías un caso clínico en el que se encontró un Radix Entomolaris con curvatura radicular severa y de larga longitud.

Metodología: Paciente femenino de 52 años acude a consulta con sintomatología en el primer molar inferior (órgano dental 3.6). La pieza 3.6 tenía una pulpa necrótica, la radiografía periapical también mostró una lesión periapical. Se decidió iniciar la endodoncia y durante la apertura se presenciaron 4 conductos en la cámara pulpar, se instrumentaron con limas rotatorias Pro Taper y se le colocó hidróxido de calcio en los conductos y se le agendó una cita en una semana para obturar los conductos con técnica de condensación lateral.

Discusión y Conclusiones: Es de suma importancia que los odontólogos estén informados de la incidencia y saber las características de estas variaciones morfológicas en las raíces de los Radix Entomolaris para llevar a cabo un procedimiento endodóntico con éxito.

Referencias:

1. Campos Cañazires, Alegria., Vega Yépez, Andres., & Fayad Hassan, Samia. (2013) Frecuencia de molares inferiores con radix. Investigación Clínica. Revista Mexicana de Periodontología, 3(2), 72-76.
2. Calberson, Filip L, Roeland, J. De Moor., Deroose, Christophe A. The Radix Entomo-



laris and Paramolaris: Clinical Approach in Endodontics. Journal of Endontics. (2007)
Volume 33, Number 1

3. Vertucci, Fj. Root Canal anatomy of the human permanent teeth. Oral Surg Oral Med
Oral pathol. (1984). 58: 589-599.





Recubrimiento pulpar directo: Theracal como material de recu- brimiento vs hidróxido de calcio puro.

Ingrid Sarahí Ramírez García, Mariana
Alejandra Cervantes Alva, Dra. Patricia
Martínez Cortés.

Universidad de Monterrey.

Introducción: El recubrimiento pulpar directo es considerado un procedimiento con-
troversial, la información de acuerdo al uso de ésta técnica es escasa y hay desconfianza por parte de los clínicos hacia procedimientos conservadores, a pesar de los avances en la práctica del recubrimiento directo.

Objetivos: Revisar en la literatura criterios para la realización del recubrimiento pulpar
directo y el efecto de dos de los materiales más empleados para éste fin, que es el Hi-
dróxido de calcio y el TheraCal.

Metodología: El hidróxido de calcio en su capacidad favorece la formación de dentina
reparadora, es biocompatible, también posee propiedades antimicrobianas. Debido a
su elevado pH y aplicándolo directamente sobre el tejido pulpar, promueve necrosis su-
perficial, a los 21 días después del tratamiento aparece una barrera mineralizada con
túbulos dentinarios y una interface con el tejido subyacente, dando por resultado a una
semejante pulpa intacta. La fórmula de TheraCal consiste en partículas de vidrio de si-
licato tri-calcio dentro de un monómero hidrofílico, estimula la formación de hidroxiapa-
tita y un puente de dentina secundaria, por la liberación de calcio y por su pH alcalino.
Se emplea en resinas, amalgamas y cementos, es fotocurable y desensibilizante. Al-
gunas ventajas son que permite un sellado y una fuerte adherencia, y aparte su uso re-
duce considerablemente la muerte pulpar y por subsecuente una endodoncia.

Resultados: El hidróxido de calcio es el material de elección, por su capacidad de for-
mar dentina reparadora y tejido mineralizado, algunas desventajas es que tiene una
alta solubilidad y falta de adhesión a los tejidos dentales así como al material restaura-
dor puede ocasionar que ocurran filtraciones, se han desarrollado nuevos materiales
como el Theracal que entre sus características es menos soluble, mejor adhesión, más
biocompatible, además de su presentación y uso práctico.

Conclusiones: Es importante recordar que el recubrimiento pulpar directo es estricta-
mente para dientes con vitalidad, sin presencia de pulpas inflamadas. Se debe monito-
rear al paciente que se le aplicó un recubrimiento pulpar directo en un tratamiento,
porque existe una alta posibilidad de que fracase; el hidróxido de calcio ha sido el más
estudiado por años y su tasa de éxito ha sido muy alta. Es importante recordar que es



indispensable tener un sellado térmico adecuado y permanente.

Palabras clave: Recubrimiento pulpar directo, Biocompatibilidad, Base.

Referencias:

Cedillo Valencia, J., & Cedillo Felix, J. (2013, Agosto). Protocolo clínico actual para restauraciones profundas. Revista ADM. Recuperado el 13 de Marzo del 2017, de la página <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2013/od135h.pdf>

Montero, P. (n.d.). Recubrimiento pulpar directo: una actualización en terapia pulpar en jóvenes pacientes. Espident. Retrieved 13 de Marzo del 2017, de la página <http://espident.es/odontologia/actualizaciones/626-recubrimiento-pulpar-directo-una-actualizacion-en-terapia-pulpar-en-jovenes-pacientes>

Yepes Delgado, F., & Castrillón Yepes, C. (2013, December). El hidróxido de calcio, como paradigma clínico, es superado por el agregado de trióxido mineral (MTA), SCIELO. Recuperado el 13 de marzo de 2017 de la página http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-246X2013000200011

TheraCal. (n.d.). COADENTAL. Recuperado el 13 de Marzo del 2017, de la página <http://www.coadental.com/uploads/Archivo98.pdf>

TheraCal LC, nuevo protector del complejo dentino-pulpar. (11 de Enero del 2016). Recuperado el 13 de Marzo del 2017 de la página <http://inibsadental.com/es/noticia/theracal-lc-nuevo-protector-del-complejo-dentino-pulpar/>





Resección de queratoquistes en mandíbula utilizando técnica de marsupialización: Reporte de caso clínico.

C.M.F. Alberto Lozano Laín, M.C. Néstor Ibarra Padilla, Dr. Francisco Cázares de León.

Instituto Mexicano del Seguro Social.

Presentación de caso clínico: Paciente masculino de 23 años, altura 1.79 m., peso de 91 kg, presenta tres quistes ángulo mandibular derecho, parte anterior y lado izquierdo. La técnica a utilizar fue la marsupialización el cual es la conversión del quiste en una “bolsa” o abertura capaz de mantenerse a sí mismo (Pogrel y Jordan, 2004). Una de las desventajas de marsupialización es el dejar tejido patológico en el sitio (Ertas y Yavuz, 2003).

Diagnóstico: Quiste Dentífero sin síndrome de GORLING GOLTZ o algún otro padecimiento.

Plan de tratamiento: La técnica utilizada para recuperación fue la marsupialización la cual Pogrel (2005) menciona las siguientes ventajas: si la descompresión se da, será menor el daño a estructuras y los cambios del revestimiento volverán a una adecuada mucosa oral. Maurette et al. (2007) Mencionan que una elección del tratamiento varía por tamaño de lesión, si es pequeña se utiliza enucleación y para mayores tamaños marsupialización.

Discusión: En este caso podemos encontrar tres quistes en la mandíbula lo que es algo inusual de verse en consulta. De patologías encontradas en odontología aproximadamente 24% son quistes en mandíbula (Ishihara et al. 2012). Para este caso se optó por la técnica de marsupialización y después enucleación propuestas por Zhao et al. (2009) al haber evaluado 74 casos con enucleación y marsupialización con resultados favorables. Actualmente la evolución ha sido favorable de recuperación lenta y asintomática.

Conclusiones: En el ángulo mandibular derecho la mejoría es de 80%, la parte anterior de la mandíbula en un 50% y el lado izquierdo mandibular con un 45% de recuperación; los avances se han evaluado mediante radiografías cada mes y medio. Hasta el momento la recuperación ha sido favorable (7° mes) y se espera una disminución de la cavidad de la lesión, y posteriormente realizar enucleación.

Palabras clave: Marsupialización, Queratoquiste dentífero.



Referencias:

Stoelinga, P. (2005) The Treatment of Odontogenic Keratocysts by Excision of the overlying, Attached Mucosa, Enucleation, and Treatment of the Bony Defect With Carnoy Solution. *Journal of Oral Maxillofacial Surgery*, 63, 1662-1666.

Pogrel, A. y Jordan, R. (2004) Marsupialization as a Definitive Treatment for the Odontogenic Keratocyst. *Journal of Oral Maxillofacial Surgery*, 62, 651-656.

Ertas, Ü y Yavuz, S. (2003) Interesting Eruption of 4 Teeth Associated With a Large Dentigerous Cyst in Mandible by Only Marsupialization. *Journal of Oral Maxillofacial Surgery*, 61, 728-730.

Barnes, L., Eveson, J., Reichart, P. y Sidransky, D. (2005) Pathology and genetics of head and neck tumours. Lyon: IARC, Press.

Pogrel, A. (2005) Treatment of Keratocysts: The case for Decompression and Marsupialization. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 63, 1667-1673.

De Maurette, A., Maurette, O., Haiter-Nato, F. y De Moraes, M. (2007) Tratamiento de quiste Dentígero Bilateral Mandibular por medio de dos tipos de tratamientos. Relato de caso clínico y comparación entre las técnicas, *Acta odontológica Venezolana*. 45(1), 1-7.

Ishihara, Y., Kamioka, H., Takano-Yamamoto, T. y Yamashiro, T. (2012) Patient with nonsyndromic bilateral and multiple impacted teeth and dentigerous cysts. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 141(2), 228-241.

Zhao, Y. Liu, B., y Sun, Z. (2009) Treatment of odontogenic keratocyst: Conservative or Radical Surgery? 09.20 Abstract of the 19th International Conference on Oral and Maxillofacial Surgery 23-27 May, Shanghai, China.





Sobrecorrección de mordida cruzada unilateral por medio de expansor tipo Hass y Quad-Helix. Reporte de caso clínico.

Myrthala de la Garza Aguiñaga, Karla Mirreya Silva Torres, Dr. Luis Alberto González García.

Universidad de Monterrey.

Introducción: El colapso transversal del maxilar ya sea unilateral o bilateral, es una de las principales problemáticas dentales a tratar de forma temprana y es importante determinar la etiología de la misma así como el identificar si estas son dentales, esqueléticas o funcionales.

Objetivos: Expandir el maxilar transversalmente, sobrecorregir dentoalveolarmente e inclinar piezas en sentido vestibular.

Caso clínico: Masculino de 9 años de edad, patrón facial mesocéfalo, tercios faciales simétricos, arcada maxilar y mandibular con restauraciones acero-cromo, clase molar I lado derecho y ligeramente II del lado izquierdo, mordida cruzada unilateral izquierda y línea media ligeramente desviada.

Material y Método: Se colocó en su primera fase un expansor tipo Hass para expandir en cuerpo las piezas dentales y en su segunda fase un expansor tipo Quadhelix para inclinar las piezas y provocar la sobrecorrección.

Resultados: Se logra una expansión de 6mm así como la inclinación de las piezas a nivel dentoalveolar hasta obtener una relación de cúspides palatinas superiores en fosas centrales inferiores, logrando la sobrecorrección de la expansión.

Discusión: Diversos autores comentan que la expansión rápida maxilar es el mejor tratamiento sin embargo existen otros autores que proponen expansiones lentas pero continuas controlando el avance de la misma así como la comodidad del paciente.

Conclusión: El detectar y solo corregir una mordida cruzada del maxilar, no es considerado un tratamiento adecuado, por lo contrario, al realizar una sobrecorrección provoca una mejor estabilidad y balance oclusal.

Palabras clave: Expansión maxilar, sobrecorrección, recidiva.





Tratamiento de absceso periapical agudo: Reporte de caso clínico.

Luis Rodrigo Saucedo Ruiz, C.D. Luis Eder Fernández Reyes.

Universidad Metropolitana de Monterrey.

Introducción: Las bacterias presentes en un conducto radicular pueden migrar a los tejidos periradiculares, llegando a provocar un absceso apical agudo (AAA), que podría evolucionar a una celulitis. En estos casos el diente es un foco de infección. El AAA se presenta como un cuadro clínico con dolor leve o intenso e inflamación, que se puede extender a los espacios faciales. Los síntomas son: fiebre, escalofríos, cefalea y náuseas. Los espacios faciales son espacios anatómicos potenciales que existen entre la fascia, los órganos subyacentes y otros tejidos, como el espacio vestibulo bucal que es la zona que queda entre la placa cortical vestibular y la mucosa suprayacente y el músculo buccinador.

Presentación del caso: Paciente masculino de 50 años de edad acude a Clínica de Endodoncia de la Universidad Metropolitana de Monterrey refiriendo dolor en la región posterosuperior derecha. En la exploración clínica se observó inflamación y asimetría facial. En la exploración intraoral se observó inflamación de la encía por vestibular a nivel de los dientes 1.4 y 1.5 y en la exploración radiológica se observó caries interproximal que se extendió en sentido apical de la unión cemento-esmalte del diente 1.4 y 1.5. El plan de tratamiento consistió en drenaje del absceso, extracción del diente 1.4 y endodoncia, cirugía de alargamiento de corona y prótesis fija para el diente 1.5.

Discusión: Cuando se presenta un absceso apical agudo, el tratamiento es el drenado así como el tratamiento de endodoncia o extracción del diente. Es importante considerar todos los datos clínicos y radiológicos del absceso dental.

Conclusión: El tratamiento de endodoncia y extracción redujeron los síntomas del paciente, por tanto el tratamiento se considera exitoso.

Palabras clave: Absceso, Agudo, Drenaje.

Referencias:

M. Att. An unusual presentation of a dental abscess. Oral & Maxillofacial Department, Royal Berkshire Hospital, Reading, UK. 2012, 132-135.

Sandor George. How can I effectively drain an odontogenic abscess. Point of Care, Fe-



bruary 2007, Vol 73, No. 1.

G. Khan Abdulahd. Just stick to the basics. Clinical Dentistry, Mumbai, December 2013.

S Verma, I Chambers. Dental emergencies presenting to a general hospital emergency department in Hobart, Australia. Oral and Maxillofacial unit, Royal Hobart Hospital, Tasmania. Australian Dental Journal. 2014, 59: 329-333.





Tratamiento ortopédico de expansión y tracción maxilar temprano en Clase III esquelética: Reporte de caso clínico.

Martha Cecilia Elizondo Rojas, Carolina Dávila Ruiz. Dr. Luis Alberto González García.

Universidad de Monterrey.

Introducción: Los tratamientos tempranos en las maloclusiones clase III con una severidad moderada pueden llegar a evitar una disfunción en la masticación así como una futura cirugía ortognática una vez el paciente haya concretado sus potenciales de crecimiento.

Objetivos: Aumentar la oclusión en sentido y transversal, corregir anteroposteriormente el maxilar superior así como el contener al maxilar superior en posición adecuada de forma nocturna.

Caso clínico: Paciente femenino de 3 años de edad, perfil facial cóncavo, intraoralmente presenta mordida cruzada anterior, plano terminal con escalón mesial bilateral, líneas medias simétricas, over jet negativo de -4mm. Cefalométricamente presenta un SNA de 80°, SNB de 83° y ANB de 3°, corroborando el diagnóstico como clase III esquelética por retrusión maxilar y protrusión mandibular.

Material y Método: En su primer fase ortopédica se cementa un plano de mordida de 3 a 3 infantil, en una segunda fase se inicia con la máscara de protracción maxilar con fuerzas de 400 gramos y tercera fase de contención con uso nocturno y misma fuerza.

Resultados: Se corrigió la posición del maxilar superior en sentido anteroposterior logrando establecer los valores cefalométricos. De acuerdo al análisis de Steiner el SNA cambio de 80° a 82°, el SNB de 83° a 80° así como el ANB de 3° a 2°, provocando así una mejoría oclusal y funcional.

Discusión: Los tratamientos tempranos en los pacientes de clase III han sido muy discutidos en relación con una futura estabilidad oclusal una vez que el paciente haya llegado a su máximo pico de crecimiento. McNamara ha demostrado que entre más temprano sea su tratamiento más rápida será su corrección de la maloclusión.

Conclusión: La detección temprana de las maloclusiones clase III esquelético son de suma importancia, esto para prevenir cambios desfavorables en la oclusión y los tejidos blandos.



Palabras clave: Maloclusión, tratamiento temprano, máscara de protracción.





Autor de correspondencia:
Colegio de Odontólogos de Nuevo León, A. C.
Dr. Francisco Cazares de León
fclsalud@gmail.com

Fecha recibido: 25 de Abril de 2017.
Fecha aceptado para publicación: 8 de Mayo de 2017.

El contenido del presente suplemento "Memorias del Cuarto Concurso de Carteles de Investigación y Casos Clínicos del Colegio de Odontólogos de Nuevo León, A. C." es responsabilidad de los organizadores de dicho evento, la Revista Mexicana de Estomatología es ajena al contenido científico, metodológico y de autoría de cada uno de los resúmenes que se presentan. El Suplemento se publica como apoyo a las agrupaciones de profesionales, profesionistas, estudiantes, maestros e instituciones educativas y/o de servicio en la difusión de sus trabajos.

