



Colegio de Odontólogos
de Nuevo León, A.C.



MEMORIAS

3er. Concurso de Carteles de Investigación y Casos Clínicos

29 de Abril de 2016

CONTENIDO

Arte en blanco y rojo: Abordaje protésico.

Dr. Raúl Mario Benavides Garza, Dr. Isaías Abrego Montemayor, Dr. Manuel de la Rosa Garza, Dr. Juan de Dios Garza Gallardo.

Arte en blanco y rojo: Abordaje quirúrgico.

Dr. Manuel de la Rosa Garza, Dr. Juan de Dios Garza Gallardo, Dr. Raúl Mario Benavides Garza, Dr. Isaías Abrego Montemayor.

Caso Clínico: Cirugía plástica periodontal.

Brenda Elizabeth Valdez Moreno.

Asesora: Dra. Minerva Villarreal Guerra.

Caso Clínico: Gingivectomía con motivo estético.

Karen Rodríguez Ponce.

Asesora: Dra. Minerva Villarreal Guerra.

Caso clínico: Ortopedia mio-funcional.

Dr. Sergio Eduardo Soto Delgado.

Caso clínico: Rehabilitación estética con carillas de porcelana.

C.D. Mario César González Mtz., C.D. Ana Ma. Sáenz H.

Alumno: Mario César González Q.

Caso clínico: Soluciones estéticas con cirugía periodontal.

C.D. Mario César González Mtz., C.D. Jesús F. Canseco G.

Estabilización física como protección durante la atención odontológica en pacientes pediátricos. Revisión de literatura.

Treviño Anguiano Ricardo, Nieto Ramírez Enrique, Treviño Elizondo Ricardo.

Estudio de la instrumentación manual y rotatoria de la morfología y limpieza en el tercio medio de premolares humanos.
Daniel Alonso Beltrán.

Hipoplasia dental: Una alteración del esmalte frecuente. Revisión de literatura.
Karla Giovanna Morcos González, María Fernanda Linaje Ramírez.
Asesora: Selenia Janet Medina Arizpe. Colaborador: Juan de Dios Garza Gallardo.

ICDAS: Sistema internacional para la detección y evaluación de caries aplicado en la práctica clínica.
María Alejandra Garza Madero, Allan Nathaly Valadez Resendez.
Asesora: Dra. Selenia Janet Medina Arizpe.

Ortopedia mio-funcional.
Dr. Sergio Eduardo Soto Delgado.

Osteonecrosis de los maxilares por bifosfonatos: Revisión de la literatura.
Juan Carlos De Jesús Elizondo González.
Asesor: Dr. Luis Javier Garza De La Garza.

Rehabilitación parcial anterosuperior en paciente con crisis de ausencia (Petit Mal).
Liliana Carolina Sánchez Santos, Jenyfer Yozdel Nevares Santillán.

Síndrome de Kelly (Síndrome de combinación).
Ana Gloria García Martínez, Blanca Marcela Esquivel Cuevas.
Asesor: Dra. Nadia Itzel Villegas Martínez.

Valoración psicológica en pacientes de cirugía ortognática: Calidad de vida, ansiedad y depresión.
C.M.F. Alberto Lozano Laín, Lic. Néstor Ibarra Padilla, Dr. Francisco Cazares de León.



Arte en blanco y rojo: Abordaje protésico.

Dr. Raúl Mario Benavides Garza, Dr. Isaías Abrego Montemayor, Dr. Manuel de la Rosa Garza, Dr. Juan de Dios Garza Gallardo.

Universidad de Monterrey.

Introducción: Para lograr una sonrisa ideal, es la necesaria la sinergia entre varias disciplinas de la odontología. En muchas ocasiones lo indicado es alargar los dientes para obtener proporciones ideales, y para esto, en muchas veces, es necesario exponer tejido dentario oculto debajo de la encía y colocar carillas de porcelana. Previo a esto, se realiza diseño de sonrisa digital para una planeación adecuada.

Objetivo: Diseñar una sonrisa ideal con niveles gingivales e incisales y proporciones dentales adecuadas. Planear de manera interdisciplinaria para maximizar los alcances del tratamiento. Llevar a cabo un tratamiento interdisciplinario para lograr las metas del tratamiento.

Presentación de caso clínico: Paciente masculino de 28 años acude a la consulta con preocupaciones estéticas del sector anterior, se observan proporciones dentales deficientes y erupción pasiva alterada. Se realiza un diseño digital de sonrisa donde se determinan nuevos niveles incisales y recontorneo gingival del sector anterior. Se coloca resina compuesta en bordes incisales hasta llegar al largo deseado, esto se utiliza como guía quirúrgica. Se esperan 8 semanas después del tratamiento quirúrgico para esperar la cicatrización del epitelio y se continúa con el tratamiento protésico, realizando preparaciones para carillas de los 6 dientes anteriores. Se utilizan galgas de profundidad calibradas a 0.5 mm, y se proceden las reducciones vestibulares e incisales. Se cementan utilizando un protocolo adhesivo de 3 pasos con cemento fotopolimerizable bajo ailsamiento relativo.

Resultados: Las proporciones dentales y su exposición dental en sonrisa son ideales. Se cumplieron de manera satisfactoria los objetivos y se superaron las expectativas del paciente.

Conclusiones: Por medio de tratamientos interdisciplinarios podemos potencializar los alcances estéticos en nuestros pacientes, y para lograrlo, es indispensable una comunicación efectiva entre los profesionistas. Por este motivo creemos que las herramientas digitales, -con los que fácilmente podemos observar los objetivos del tratamiento- son una excelente opción de comunicación, planeación y diseño.

Palabras clave: Mock-up, Diseño de sonrisa, Estética dental, Carillas de porcelana.

Referencias:

- Coachman, C., & Calamita, M. (2012, March 20). Digital Smile Design: A Tool for Treatment Planning and Communication in Esthetic Dentistry. Quintessence Publishing, 103-110.
- Coachman, C., Gurel, G., Landberg, C., Calamita, M., & Bichacho, N. (2011). Smile Design: From Digital treatment Planning to Clinical Reality.
- Paolucci, B., Calamita, M., Coachman, C., Gürel, G., Shayder, A., & Hallawell, P. (2012). Visagism: The Art of Dental Composition.
- Terry, D. (2013). Principles of Tooth Preparation. Veneer Preparation Design. In D. Terry, Aesthetic & Restorative Dentistry: Material Selection & Technique. (pp. 66-71). Everest Publishing Media.
- Terry, D. (2013). Provisionalization. Direct Fabrication of a Provisional Veneer. In D. Terry, Aesthetic & Restorative Dentistry: Material Selection & Technique. (pp. 344-347). Everest Publishing Media.

Arte en blanco y rojo: Abordaje quirúrgico.

Dr. Manuel de la Rosa Garza, Dr. Juan de Dios Garza Gallardo, Dr. Raúl Mario Benavides Garza, Dr. Isaías Abrego Montemayor.

Universidad de Monterrey.

Introducción: La odontología contemporánea demanda un alto nivel estético. El alargamiento de corona en el sector anterosuperior proporciona simetría en los tejidos blandos y crea condiciones ideales para que los dientes puedan ser rehabilitados.

Objetivo: Agregar bordes de resina, en base a un diseño digital de sonrisa, y proceder a realizar múltiples alargamientos de corona en el sector anterosuperior. Ésta es una alternativa al uso de guías quirúrgicas.

Presentación del caso: Paciente masculino de 28 años, es referido para someterse a cirugía periodontal. A partir del diseño de sonrisa digital, se realizaron bordes de resina en los dientes a intervenir para así tomar esta nueva longitud de referencia y realizar los alargamientos de corona en los órganos dentarios 1.2-2.2. Hecho esto se procede a dar un espacio en tiempo para que la biología nos de la oportunidad de madurar los tejidos y poder entonces realizar el tratamiento protésico.

Resultados: Los contornos y altura gingival desplegada por el software fueron alcanzados, logrando así una sonrisa agradable, a demás de alcanzar los requerimientos protésicos para la posterior colocación de carillas.

Conclusiones: Comunmente los especialistas se enfrentan a retos como lo son: diferencias en el tamaño de los dientes, en su forma, proporción y el balance de todo esto puede afectar la sonrisa de un paciente. Existe una sinergia entre periodoncistas y rehabilitadores que si se respeta, nos permitirá poder corregir este tipo de retos.

Palabras clave: diseño digital de sonrisa, alargamiento de corona, guía quirúrgica.

Referencias:

- Fletcher, P. (2011). Biologic Rationale of Esthetic Crown Lengthening Using Innovative Proportion Gauges. The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry, 31, 522-532.
- Chu, S., Tan, J., Stappert, C., & Tarnow, D. (2009). Gingival Zenith Positions and Levels of the Maxillary Anterior Dentition. Journal compilation, 21, 113-120.



- Melker, D. (2009, November). Biologic Shaping. The Journal of Implant & Advanced Clinical Dentistry, 1, 13-17.
- Lee, E. (2004). Aesthetic crown lengthening: Classification, biologic rationale, and treatment planning considerations. practical procedures & aesthetic dentistry, 16, 769-778.
- Chu, S. (2007). A biometric approach to aesthetic crown lengthening: part I—midfacial considerations. Practical Procedures and Aesthetic Dentistry, 19, A-X.



Caso Clínico: Cirugía plástica periodontal.

Brenda Elizabeth Valdez Moreno.
Asesor: Dra. Minerva Villarreal Guerra.

Universidad de Monterrey.

Introducción: La morfología de los dientes, su posición relativa, inclinación, grado de torsión y tamaño definen los parámetros de la estética dental. Hoy en día vivimos en una sociedad donde la estética adquiere cada vez mayor relevancia. Esto obliga a la odontología moderna a ser cada día más exigente y a realizar con mayor frecuencia cirugías del frente anterior, única y exclusivamente con fines estéticos. Cuando se valora la estética de la sonrisa del paciente tiene especial importancia el aspecto de la encía ya que es de gran importancia en la presentación de cada persona una sonrisa sana y hermosa. Nuestra sonrisa es la primera impresión que ofrecemos al llevar a cabo algún tipo de contacto social. El recontorneo gingival y óseo estético es un procedimiento quirúrgico, que logra una armonía en la sonrisa, que consistente en eliminar encía y hueso para crear una corona clínica más larga y trasladar en sentido apical el margen gingival.

Objetivo: Dentro de la cirugía plástica periodontal, el recontorneo estético es una técnica predecible como tratamiento de coronas clínicas cortas y que muestran un exceso de encía. Con el objetivo de trasladar apicalmente mediante métodos quirúrgicos el margen gingival para conseguir elongar la corona clínica y a la vez respetar el espacio biológico de inserción.

Metodología:

Caso 1: paciente femenino de 35 años de edad, acude a consulta a la Clínica de Atención Dental Avanzada con una queja principal mencionando “veo que me cubre la encía en el diente y no me gusta sonreír”. El paciente no refiere ninguna enfermedad, no toma ningún medicamento y niega el uso del tabaco. Se realizó un tratamiento de Periodoncia hace 7 meses. Un diagnóstico detallado reveló presencia de erupción pasiva alterada. Se realizó un recontorneo gingival y óseo, en las piezas 1.3 a 2.3 de la arcada superior, bajo anestesia local. Se administraron 3 cartuchos de articaína al 4 % con Epinefrina al 1:100.000 (turbocaína), utilizando la técnica supraperióstica y nasopalatino. Se realizaron incisiones submarginales con un tipo de colgajo mucoperióstico dejando el tamaño ideal de 3 mm. de cresta marginal. Se utilizó sutura seda-silk (4.0,x-17), realizando la técnica de sutura doble continua. Una semana después se retiraron suturas. Se recetó enjuagatorios de clorhexidina al .12%, 3 veces al día, Ibuprofeno de 600mg cada 6 hrs. por 5 días.

Caso 2: paciente masculino de 20 años de edad, acude a consulta a la Clínica de Atención Dental Avanzada con una queja principal mencionando "Desde hace mucho que me da pena mi sonrisa, tengo los dientes chiquitos y me quiero quitar encía". El paciente no refiere ninguna enfermedad, no toma ningún medicamento y niega el uso del tabaco. El paciente muestra descalcificación en los órganos dentales. Un diagnóstico detallado reveló presencia de erupción pasiva alterada. Se realizó recontorneo gingival y óseo, en las piezas 1.4 a 2.4 de la arcada superior, bajo anestesia local. Se administraron 5 cartuchos de articaína al 4 % con Epinefrina al 1:100.000 (turbocaína), utilizando la técnica supraperióstica, palatina y nasopalatino. Se realizaron incisiones submarginales con un tipo de colgajo mucoperióstico dejando el tamaño ideal de 3 mm. De cresta marginal. Se utilizó sutura seda-silk (4.0,x-17), realizando la técnica de sutura doble continua. Una semana después se retiraron suturas. Se recetó enjuagatorios de clorhexidina al .12%, 3 veces al día, Ibuprofeno de 600mg cada 6 hrs. por 5 días.

Resultados: Los resultados son favorables, después de la cirugía de recontorneo gingival y óseo, se obtuvieron márgenes gingivales regulares, aumento del tamaño de las coronas clínica, estabilidad de los tejidos duros y blandos. Ambos pacientes se encuentran satisfechos, ya que al sonreír no existe exposición excesiva de encía, cumpliéndose así con todas las expectativas tanto funcionales como estéticas.

Discusión y Conclusiones: En este reporte se realiza en ambos casos un tratamiento quirúrgico de recontorneo gingival y óseo, causado por exceso de encía que cubría parte de la corona anatómica. Devolviendo el tamaño ideal de la corona clínica, dando como resultado una mejoría estéticamente.

Palabras Clave: Recontorneo estético, erupción pasiva alterada, sonrisa gingival, gingivectomía, osteotomía, cirugía plástica periodontal.

Referencias:

- Pithon, M., Santos, A., Viana de Andrade, A., Santos, E., Couto, F. and da Silva Coqueiro, R. (2013). Perception of the esthetic impact of gingival smile on laypersons, dental professionals, and dental students. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology, 115(4), pp.448-454.



- Wilckens, M., Beltrán, V., Leiva, C. and Donaire, F. (2015). Manejo quirúrgico periodontal de la erupción pasiva alterada: reporte de casos. Artículo Clínico de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral, 8(2), pp.167-172.
- Alpiste-Illueca, F. (2012). Morphology and dimensions of the dentogingival unit in the altered passive eruption. Med Oral, pp.e814-e820.
- Alpiste-Illueca, F. (2011). Altered passive eruption (APE): A little-known clinical situation. Med Oral, pp.e100-e104.
- Rossi, R. and Pilloni, A. (2014). Diagnosing and Planning Cases of Altered Passive Eruption : A Periodontal Plastic Surgery Procedure to Correct Excessive Gingival Display. Smile Dental Journal, 9(3), pp.20-22.



Caso Clínico: Gingivectomía con motivo estético.

Karen Rodríguez Ponce.

Asesor: Dra. Minerva Villarreal Guerra.

Universidad de Monterrey.

Introducción: El alargamiento de corona se ha convertido en un procedimiento de rutina en la consulta periodontal, es una técnica quirúrgica que pretende lograr una mayor exposición de estructura dentaria. Es una técnica sencilla y predecible que puede mejorar la estética en pacientes con márgenes gingivales desiguales y exposición excesiva de encía.

Objetivo: Mediante una exploración física, sondeo, modelos de estudio y con radiografías se busca dar un diagnóstico acerca de la paciente y al cumplir con estos aspectos, ser candidata para un alargamiento periodontal con motivos estéticos.

Metodología: Paciente femenino de 20 años asintomática asiste a consulta por el motivo de un disgusto de la forma que su sonrisa se ve. Se realiza un recontorneo gingival y óseo de la arcada superior del órgano dentario 1.3 hasta la 2.3, mediante una cirugía ósea con incisiones submarginales, con un colgajo mucoperióstico, dejando de esta forma el tamaño ideal de 3 mm de cresta marginal.

Resultados: Se cita a la paciente 1 semana después para quitar puntos de sutura y observar la cicatrización y se da cita un mes después para observar resultados, en los cuales se puede ver una correcta cicatrización y exposición de corona de los órganos dentarios indicados.

Discusión y Conclusiones: En la erupción pasiva, el tejido blando suele cubrir en exceso la corona anatómica del diente y resulta ser una de las situaciones que se presentan con mayor frecuencia en el consultorio. Al estar evaluando mi caso clínico, se determinó que la mejor opción para una erupción pasiva es la cirugía de colgajo.

Palabras clave: Gingivectomía, periodoncia, erupción pasiva.



Caso clínico: Ortopedia Mio-funcional.

Dr. Sergio Eduardo Soto Delgado

Consorcio de Actualización Clínica.

Introducción: La Ortopedia Miofuncional, es la disciplina médica odontológica, que guía y corrige los defectos de crecimiento de las estructuras cráneo-faciales. Cuando se altera la función de los músculos, por diversos factores, esto afecta no solo el crecimiento óseo, si no la dirección del mismo.

Objetivo: Brindar al Odontólogo información para que puedan tratar anomalías durante el desarrollo cráneo-facial a temprana edad, y eliminar malos hábitos, para orientar al buen desarrollo muscular y esquelético.

Presentación del caso clínico: Px femenino, de 8 años de edad y 1 mes, acude a consulta porque busca tener una mejor apariencia, se toman los estudios de rutina, presentando succión labial inferior, clase I esquelética, clase II molar, overjet y overbite excesivos, incisivo superior protruido, hipertonicidad muscular, incompatibilidad labial y frenillo labial superior con implantación baja. Se inició con un Trainer Interceptive Class II i-2N de 8 meses a 10 meses aproximadamente con revisiones mensuales, para posteriormente realizar un tratamiento ortodóntico con mejores perspectivas.

Resultados:

Dentales

- Mejor overbite
- Conformación de arcadas
- Alineación sin necesidad de movimientos ortodónticos

Miofuncionales

- Mejor respiración nasal
- Buena tonicidad muscular perioral
- Músculos de la barba en reposo
- Eliminación de la succión labial

Estético

- Mejor simetría facial
- Mejora la dimensión del tercio inferior
- Perfil recto
- Armonía al sonreír



Discusión y Conclusiones: Todos los hábitos tienen un rol importante en el desarrollo cráneo facial en las etapas de crecimiento, si podemos hacer un tratamiento temprano, podemos evitar grandes deformaciones y problemas en nuestros pacientes.

Palabras clave: Miofuncional, ortopedia, deglución atípica, aparatología pre-ajustada, overjet y overbite.

Referencias:

- Echarri. Tratamiento Ortodóncico y Ortopédico de 1º Fase en Dentición Mixta, 2009. Madrid, España: Editorial Médica Ripano. ISBN-13: 978-84-612-5814-7.
- Myofunctional Research Co. Recuperado el día 26 de Mayo de 2014 de <http://myoresearch.com>
- Quirós A. Bases Biomecánicas y Aplicaciones Clínicas en Ortodoncia Interceptiva, 2006. Caracas, Venezuela: Amolca. ISBN: 980-6574-41-9.



Caso clínico: Rehabilitación estética con carillas de porcelana.

C.D. Mario César González Mtz. C.D. Ana Ma. Sáenz H.

Alumno: Mario César González Q.

Dentalaser.

Presentación de caso clínico: Paciente femenino de 40 años de edad se presenta a la consulta manifestando desagrado estético y desgaste de los dientes anterosuperiores.

Se hace una exploración clínica y se detecta desgaste en sus dientes antero superiores por la cara vestibular y borde incisal motivo por el cual se ven más cortos con proporción inadecuada largo ancho, vestibulizados 1.1 y 2.1, se toman impresiones y se corren modelos de estudio y modelos de trabajo en lo que se realizan encerados de diagnóstico en 1.1, 1.2, 1.3, 2.1, 2.2 y 2.3, que será la muestra de cómo quedarían los dientes restaurados.

Se le sugiere al paciente restaurar sus dientes con carillas de porcelana, lo cual acepta.

Se precede a sacar un duplicado del encerado y plantilla copy .020 para guía de las preparaciones y elaboración de provisionales. Se anestesia la paciente y se preparan sus dientes para la colocación de carillas de porcelana, se toma la impresión definitiva y se elaboran los provisionales, previamente se le seleccionó el color, se manda al laboratorio con la orden correspondiente para la elaboración de las restauraciones, en las cuales se utilizará una porcelana de leucita prensada y maquillada.

En una siguiente cita, se retiran los provisionales eliminando todos los excedentes, se procede a realizar la adhesión correspondiente y ya adheridos se ajusta la oclusión en céntrica y excéntrica, se le da cita para dentro de una semana aproximadamente para sellar las restauraciones y checar nuevamente la oclusión.

Palabras clave: Estética, carillas, porcelana.



Caso clínico: Soluciones estéticas con cirugía periodontal.

C.D. Mario César González M. C.D. Jesús F. Canseco G.
Alumno: Mario César González Q.

Dentalaser.

Presentación de caso clínico: Paciente femenino de 24 años de edad se presentó a la consulta manifestando desagrado estético mostrando mucha encía al sonreír y dientes anterosuperiores muy cortos.

Se realizó un análisis clínico y se detectó una sonrisa gingival mostrando al sonreír 5mm de encía, esto debido a una erupción pasiva alterada en la cual parte de la corona anatómica está cubierta por encía y hueso haciendo la corona clínica corta.

Se exploró para identificar la posición del hueso y analizar si hay suficiente encía adherida para poder realizar un contorno gingival eliminando el excedente de encía y hueso, de esta manera mejorará la proporción de encía al sonreír y aumentará el tamaño de sus dientes anterosuperiores al descubrir la corona anatómica.

El paciente aceptó el tratamiento y se procedió a anestésiar, posteriormente se recortó la encía a nivel que se quiere que quede finalmente y se hizo una incisión con bisturí #15 de 2do premolar a 2do premolar superior, con una legra se desprendió la encía y periostio dejando en su posición la papila, se remodeló el hueso con fresa de carburo, se alisó con una cureta el área tratada, se reposicionó el tejido y se suturó con seda 4-0.

Se medicó al paciente y se le dieron indicaciones postquirúrgicas, se cita en una semana para revisión y retiro de suturas.

Palabras clave: Gingival, estética, encía.



Estabilización física como protección durante la atención odontológica de pacientes pediátricos: Revisión de literatura.

Treviño Anguiano Ricardo, Nieto Ramírez Enrique, Treviño Elizondo Ricardo.

Facultad de Odontología
Universidad Autónoma de Nuevo León.

Introducción: Para la atención dental de niños agitados o pacientes que ponen en riesgo la integridad de ellos mismos o de quienes lo rodean, se han utilizado métodos de estabilización física como una medida terapéutica.

Objetivo: Revisar la situación actual de las técnicas de restricción física en el tratamiento dental de niños.

Metodología:

Revisión de la literatura:

1. Antecedentes: Desde la antigua Grecia Clásica, se menciona el uso de restricción física. (1) Chamber (1977) menciona: algunas técnicas, son agradables y cordiales mientras que otras son rigurosas y estrictas. Jiménez (2011) menciona que estos métodos, se enseñan y se practican en programas de Odontología Pediátrica a nivel posgrado en México.

2. Definición: Es la restricción de la libertad de movimiento, con o sin permiso del paciente, para disminuir riesgo de lesiones y efectuar en forma segura el tratamiento, Implicar personal auxiliar, dispositivo o ambos. (Fernandez 2014).

3. Indicaciones: En pacientes que requiere un diagnóstico inmediato, atención de urgencia o tratamiento limitado, con niveles emocionales o cognitivos del desarrollo que impide su colaboración, y que tiene movimientos incontrolados poniendo en riesgo la seguridad del mismo, del personal, del dentista, y/o del padre.(AAPD, 2015).

4. Contraindicaciones: Pacientes cooperadores no sedados.

- Que no se deben inmovilizar por condiciones médicas, psicológicas o físicas asociadas.
- Con historia de trauma físico o psicológico debido a inmovilización.
- Con necesidades no emergentes. (AAPD, 2015).

5. Opinión: Existe rechazo de los padres a técnicas aversivas, restricción física, mano sobre boca, tabla restrictiva, prefiriendo sedación o anestesia general. (Cordero y col.) Sin embargo 96% de las madres pensaba que el Papoose Board® era necesario para

poder realizar el tratamiento dental.(Frankel 1991).

Palabras clave: Restricción física odontopediatría, Papoose Board

Referencias:

- AAPD (American Academy of Pediatric Dentistry). (2015). Guideline on Behavior guidance for the pediatric dental patient. Reference Manual, 37 No. 6, 180-193.
- Fernandez Rodriguez. A., Zabala Blanco. J.. (2014). Restricción Física: revisión y reflexión ética. Gerokomos, 25, 63-67.
- Cordero. N., Cárdenas. J.M., Álvarez.L.G.. (2012). Aceptación de las técnicas de manejo farmacológicas y no farmacológicas en padres de pacientes pediátricos en odontología. Revista CES Odontología, 25 No. 2, 24-32.
- Nava. V., Fragoso. R.. (2012). Utilización del consentimiento informado para la aplicación de técnicas de manejo conductual; explicación del procedimiento, riesgos y complicaciones durante el tratamiento dental. Revista Odontológica Mexicana, 16, No. 4, 242-251.
- Jiménez Salinas. S.,P. (2011) Estudio de las Técnicas de manejo de conducta implementadas en los programas de educación superior de odontología pediátrica en México (Tesis de Maestría) Universidad Autónoma de Nuevo León, México
- Amambal. J., Barrios. D., Chinchay. L., Chirri. W., Cuzcano. M., Sosa. L., Sánchez. A., Vargas. H., Vasquéz. C. A. (2009) Manejo conductual del paciente bebé y pacientes especiales, mediante técnicas psicológicas y de restricción física (Trabajo pregrado) Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima Perú.
- Rodriguez. C.S., Pinto.F., Alcocer. J.. (2009). Técnicas de atención y control de conducta en el paciente infantil. Odontología Vital, 2 No. 11, 58-68.
- Yorston G,(2009) Haw C. Historical perspectives on restraint. En: Hughes R, editor.



Reducing restraints in health and social care: practice and policy perspectives. Londres: Quay Books; pp. 5-19.

- Gonzalez Umaña. L.. (2005). Restricción Física en Odontología. Publicación Científica Facultad de Odontología UCR, 7, 17-22.
- Enciso, P.A., Posada, M.C., Quintero. A. M., Valencia. C., Vasquez. J, Rios.S., Cárdenas. J. M., Jaramillo. A.. (2001). Aceptabilidad, percepción y permisividad de los padres a las diferentes técnicas de manejo del comportamiento utilizadas en los pacientes pediátricos de la Clínica CES Sabaneta. Revista CES Odontología, 14-No. 1, 28-35.
- Boj, J.R., Cobo. P., Quevedo,. Jimenez. A., Cortés. O., Espasa. E.. (1994). Aceptación de técnicas de manejo de conducta entre estudiantes. Anales de Odontostomatología, 5/94, 162-167.
- Frankel. R.. (1991). The Papoose Board and mother's attitudes following its use. Pediatric Dentistry, 13 No.5, 284-288.



Estudio de la instrumentación manual y rotatorio de la morfología y limpieza en el tercio medio de premolares humanos.

Daniel Alonso Beltrán.

Facultad de Odontología
Universidad Autónoma de Nuevo León.

Introducción: La endodoncia es la parte de la odontología que se ocupa de la etiología, diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades de la pulpa dentaria y las del diente con la pulpa necrótica, con o sin complicaciones apicales.

Objetivo: Determinar que técnica obtuvo mayor índice de éxito en la limpieza y morfología ovalada en el tercio medio de premolares, la manual o con fresas Gates Glidden mediante un estudio in vitro.

Metodología: El procedimiento metodológico fue inductivo ya que en ésta el procedimiento mediante el cual, a partir del estudio de casos particulares, se obtuvieron conclusiones o leyes más o menos generales. Este método utiliza a la observación directa de los fenómenos, a la experimentación al estudio de las relaciones que existen entre ellos.

Resultado: El presente proyecto contará con un modelo estadístico de presentación de datos que consistirá en la elaboración y descripción de tablas de frecuencia y porcentajes para las variables cualitativas y de intervalo.

Conclusión: Podemos concluir con firmeza, de acuerdo toda la investigación realizada, que cuanto a la limpieza, los conductos instrumentados con limas obtuvieron un mayor porcentaje de limpieza que los instrumentados con fresas.

Palabras clave: Instrumentación, endodoncia, pulpa.



Hipoplasia dental: Una alteración del esmalte frecuente. Revisión de literatura.

Karla Giovanna Morcos González, María Fernanda Linaje Ramírez.

Asesora: Selenia Janet Medina Arizpe.
Colaborador: Juan de Dios Garza Gallardo.

Universidad de Monterrey.

Introducción: La hipoplasia es el resultado de alteraciones durante la fase secretora del esmalte en la amelogenénesis. Existe una disminución de la cantidad de esmalte formado siendo más blando de lo normal.

Objetivos: Describir e identificar la etiología, clasificación de la hipoplasia dental. Delimitar las localizaciones más frecuentes. Establecer protocolo preventivo-restaurativo aplicado al ámbito clínico universitario.

Metodología: Se realizó una búsqueda de 15 artículos del año 2010 a 2016. Se utilizó el método de estudios analíticos.

Resultados: Se revisaron 15 artículos la base de datos EBSCOhost del 2011 a la fecha utilizando las palabras claves: hipoplasia del esmalte dental, alteración del esmalte, hipomineralización dental, defectos del esmalte, hipocalcificación. Se encontró que la hipoplasia es una enfermedad causada por la interacción entre el ambiente y la herencia.

Discusión y Conclusiones: La mayoría de los artículos revisados para la elaboración de este cartel mencionan que la etiología de la hipoplasia es la interacción entre el ambiente y la herencia, incisivos centrales. Existen tratamientos preventivo/restaurativo actualizados que permiten disminuir la evidencia de los defectos de esmalte y brindan soluciones estéticas y funcionales, tales como barniz, flúor, microabrasión, ionómero de vidrio, entre otros.

Palabras clave: Hipoplasia del esmalte dental, alteración del esmalte, hipomineralización dental.

Referencias:

- Acosta de Camargo, M. (2010) Defectos de Esmalte en la Población Infantil. Revisión Bibliográfica. Odous Científica. Vol. 11, No. 1, pp. 51-58.
- Agreda Hernández, C. & Medina Sánchez, Y. & Simancas Pereira, Y. & Hernández, M. & Díaz Peña, N. & Salinas, P. (2013) Prevalencia de la Fluorosis Dental, Opacidad e Hipoplasia Del Esmalte en Niños en Edad Escolar del Municipio Libertados del



Estado Merida, Venezuela. Vol. 22, pp. 29-33.

- Heitmuller, D. & Thiering, E. & Hoffmann, U. & Heinrich, J. & Manton, D. & Kugnisch, J. & Neumann, C. & Bauer, C. & Heinrich-Weltzien, R. & Hickel, R. (2013) International Journal of Paediatric Dentistry. Vol. 23, pp. 116-124.
- Jeremias, F. & Feltrin se Souza, J. & Da Costa Silva, C. & Loiola Cordeiro, R. & Cilense Zuanon, A. & Santos-Pinto, L. (2013) Acta Odontologica Scandivanica. Vol. 71, pp. 870-876.
- Martin Gonzalez, J. & Sanchez Dominguez, B. & Tarilonte, Delgado, M. & Castellanos Cosano, L. & Llamas Carreras, J. & Lopez Frias, F. & Segura Egea, J. (2012) Anomalias y Displasias Dentarias de Origen Genético Hereditario. Av. Odontoestomatol. Vol. 28, No. 6. pp 287-301.
- Martinović, B. & Ivanović† M. & Milojković, Z. & Mladenović, R. (2015) Analysis of the Mineral Composition of Hypomineralized First Permanent Molars. Vojnosanit Pregl. Vol. 72, No. 10. Pp. 864-869.
- Morales Vadillo, R. & Guevara Canales, J. (2010) Alteraciones Estructurales de los Dientes. Kiru. Vol. 7, No. 2. pp. 83-90.
- Naranjo Sierra, M. Terminología, Clasificación y Medición de los defectos en el Desarrollo del Esmalte. Revisión de Literatura. (2013) Dossier Caries Dental. Pp. 33-44.
- Nelson, S. & Albert, J. & Curtan, S. & Lang, K. & Miadich, S. & Heima, M. & Malik, A. & Ferrerri, G. & Eggertsson, H. & Slayton, R. & Milgrom, P. (2013) Increased Enamel Hypoplasia and Very Low Birthweight Infants. International & American Association for Dental Research. Vol. 92, No. 9, pp. 788-789.
- Noriega Cerón, A. & Muñoz Salgado, R. (2014) Tratamiento Estético Conservador con Microabrasión Sobre Hipoplasia del Esmalte en Dientes Permanentes. Revista Tamé. Vol. 3, No. 8, pp. 271-274.



- Ptiiphat, W. & Ratchenekorn, S. & Chansanmak, N. & Subarnbhesaj, A. Molar Incisor Hypomineralization and Dental Caries in Six- to Seven year old Thai Children. Pediatric Dentistry. Vol. 36, No. 7, pp. 478-482.
- Ramirez Altamirano, C. & Chavez Zelada, G. (2010) Efecto del Salbutamol, Terbutalina y Oxígeno Sobre la Microdureza Superficial del Esmalte Dentario. Kiru. Vol. 7, No. 2. pp. 50-55.
- Ravindran, R. & Saji, A. (2016) Prevalence of the Development of the Enamel in Children Aged 12-15 Years in Kollam District. Journal of International Society of Prevents & Community Dentistry. Vol. 6, No. 1. pp. 28-33.
- Reston, E. & Corba, D. & Ruschel, K. & Tovo, M. & Barbosa, A. (2011) Conservative Approach for Esthetic Treatment of Enamel Hypoplasia. Operative Dentistry. Vol. 36, No. 3, pp. 340-243.
- Seow, W. Developmental Defects of Enamel and Dentine: Challenges for Basic Science Research and Clinical Management. (2014) Australian Dental Journal. Vol. 59, pp. 143-154.
- Slayton, R. & Warren, J. & Kanellis, M. & Levy, S. & Islam, M. (2014) Prevalence of Enamel Hypoplasia and Isolated Opacities in the Primary Dentition. Pediatric Dentistry. Vol. 23. No. 1, pp. 32-36.
- Soewondo, W. & Hidajat Effendi, S. (2012) The Incidence of Enamel Hypoplasia and Hypocalcification in Low Birth Weight Children According to Teeth Type. Journal of Dentistry. Vol. 2, No. 3. pp. 200-205.
- Taddei-Moran, F. & Anduaga Lescano, S. (2012) Anomalías del Esmalte Dentario en Niños de 5 a 8 Años de Edad en una Poblacion Peruana. Kiru. Vol. 9, No. 2, pp. 131-135.
- Waranuch, P. & Ratchanekorn S. & Nusara C. & D Airavudh, S. (2014) Molar Incisor



Hypomineralization and Dental Caries en Six to Seven year old Thai Children. Pediatric Dentistry. Vol. 36, No. 7, pp. 478-482.

- Yaday, P. & Saha, S. & Singh, S. (2015) Prevalence and Association of Development Defects of Enamel with Dental Caries and Nutritional Status in Pre-School Children, Lucknow. Journal of Clinical and Diagnostic Research. Vol. 9, No. 10. pp. 71-75.



ICDAS: Sistema internacional para la detección de caries aplicado en la práctica clínica.

María Alejandra Garza Madero, Allan Nathaly Valadez Resendez.
Asesor: Dra. Selenia Janet Medina Arizpe.

Universidad de Monterrey.

Introducción: El Sistema Internacional para la Detección y Evaluación de Caries (ICDAS) es una metodología para la descripción detallada, precisa del estado de los órganos dentarios, evaluándolos mediante el uso de dígitos numéricos. Aprobado en el 2005 en Baltimore, Maryland USA.

Objetivo: Dar a conocer un sistema actual para la detección de caries utilizado internacionalmente. Fomentar el uso del sistema ICDAS en la práctica clínica universitaria para lograr un diagnóstico con mayor precisión la lesión cariosa en los órganos dentarios.

Metodología: Se realizó una búsqueda de 10 artículos en la base de datos EBSCOhost del 2010 a la fecha utilizando palabras claves: ICDAS, detección de caries dental. Así mismo, se revisó un paciente del Centro de Atención Dental Avanzada, el cual acudió por molestia en zonas de molares superiores derechos. Se le tomaron fotos faciales e intraorales, posteriormente en las piezas con caries se implementó el sistema ICDAS según los parámetros.

Resultados: Conforme al sistema ICDAS se clasificaron los órganos dentarios: 1.4, 2.6, 2.7, 2.8, 3.6, 3.7, 3.8, 4.4, 4.5, 4.6, 4.7 y 4.8 se observa una cavidad menor a los 0,5 mm en el surco fundamental y en el sistema ICDAS corresponde a 03, en el 1.5, 3.4 y 3.5 presenta manchas marrón en esmalte húmedo correspondiendo a 02; en 1.6 y 1.8 hay una exposición de la dentina mayor a 0,5 mm siendo de código 05 y una exhibición de la dentina mayor a la mitad de la superficie en la pieza 1.6 código 06.

Discusión y Conclusiones: El sistema ICDAS consiste en clasificar el estado del diente bajo 2 dígitos, siendo el primero referente a las restauraciones y el segundo para la lesión cariosa. Este se incorporará a las historias clínicas por medio de una escala del sistema para la práctica clínica diaria. A diferencia del resto de los sistemas utilizados para la detección de caries, el sistema ICDAS es más eficiente para la evaluación y evolución cariogénica. Se caracteriza por su simplicidad y fácil uso en la práctica clínica, además de su carácter auxiliar en la elección del tratamiento.

Palabras Clave: Detección, Caries, Dental, ICDAS.

Referencias:

- Gudiño S., Lanata E., (2015). De Black a la Cariología Contemporánea: Aprendiendo a mirar las mismas lesiones pero desde una nueva perspectiva.-ODOVTOS-Int. J. Dental Sc., 17-3. Recuperado el 29 de marzo de 2015 de: <http://www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/Odontos/article/view/22501/22646>.
- Jablonski-Momeni, A., Stachniss, V., Ricketts, D.N., et al. (2008). Reproducibility and Accuracy of the ICDAS-II for Detection of Occlusal Caries in vitro. Caries Res ,42,(p. 79-87). DOI: 10.1159/000113160 Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Monika_Heinzel-Gutenbrunner/publication/5647867_Reproducibility_and_accuracy_of_the_ICDASII_for_detection_of_occlusal_caries_in_vitro/links/00b7d5291e101e4b4f000000.pdf
- Kühnisch, J., Berger, S., Goddon, I., et al. (2008). Occlusal caries detection in permanent molars according to WHO basic methods, ICDAS II and laser fluorescence measurements. Community Dentistry and Oral Epidemiology, 36, (pp. 475-484). Recuperado de: http://www.kiza.uniklinikum-jena.de/kiza_media/Downloads/298_Occlusal_caries_detection_in_permanent_molars_according_to_WHO_2008Community_Dent_Oral_Epidemiol-p-258.pdf
- Hernández Ramírez, J. R. & Gómez Clavel, J. F. (2011). Determinación de la especificidad y sensibilidad del ICDAS y fluorescencia Láser en la detección de caries in vitro. Revista ADM, 69(3), Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2012/od123e.pdf> (pp. 120-124).
- Ismail, A. I., Sohn, W., Tellez, M., et al. (2008). Risk indicators for dental caries using the International Caries Detection and Assessment System (ICDAS). Community Dentistry and Oral Epidemiology, 36, p. 55-68. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/profile/James_Lepkowski/publication/5645286_Risk_indicators_for_dental_caries_using_the_International_Caries_Detection_and_Assessment_System_\(ICDAS\)/links/09e4150cf09e3ed1f4000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/James_Lepkowski/publication/5645286_Risk_indicators_for_dental_caries_using_the_International_Caries_Detection_and_Assessment_System_(ICDAS)/links/09e4150cf09e3ed1f4000000.pdf)
- Martignon, S. & Téllez, M. (2007). Criterios ICDAS: Nuevas perspectivas para el diag



nóstico de la caries dental. Dental Main News. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/252931239_Criterios_ICDAS_Nuevas_perspectivas_para_el_diagnostico_de_la_caries_dental (pp. 14-19).

- Moreira Sornoza, Karen Monserrate. (2015). Evaluación de la eficacia en la detección temprana de caries mediante los métodos: clínico (ICDAS), radiográfico y fluorescencia láser (diagnodent) aplicados en dientes temporales extraídos. Trabajo de investigación como requisito previo a la obtención del Grado Académico de Odontóloga. Carrera de Odontología. Quito: UCE. 97 p. Recuperado el 29 de marzo de 2015 de: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/3558/1/T-UCE-0015-111.pdf>
- Perno Goldie, M. (2011). The International Caries Detection and Assessment System (ICDAS). Dentistry iQ. Recuperado de: <http://www.dentistryiq.com/articles/2011/03/icdas-maria.html>
- Shivakumar, K.M., Prasad, S. & Chandu, G.N. (2009). International Caries Detection and Assessment System: A new paradigm in detection of dental caries. Conserv Dent, 12 (1), pp. 10-16. doi: 10.4103/0972-0707.53335. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2848805/citedby/>

Ortopedia mio-funcional: Revisión de literatura.

Dr. Sergio Eduardo Soto Delgado.

Consorcio de Actualización Clínica.

Introducción: La Ortopedia Miofuncional, es la disciplina médica odontológica que guía y corrige los defectos de crecimiento de las estructuras cráneo-faciales. Cuando se altera la función de los músculos, por diversos factores, esto afecta no solo el crecimiento óseo, si no la dirección del mismo. Por lo tanto, la posición de la lengua y la respiración, son importantes para el buen crecimiento óseo; una lengua baja o alta (en su posición) puede crear alteración de crecimiento en el maxilar superior o inferior, de la misma forma una respiración bucal, también puede crear alteración en el maxilar superior o en la mandíbula. Las alteraciones posturales, ya sea por hábitos o patología, pueden alterar el crecimiento cráneo-facial, y viceversa, una alteración del crecimiento puede alterar la postura de nuestro cuerpo. La Ortopedia Miofuncional se ocupa de corregir esto, con determinados aparatos bucales que se usan por las noches y durante el día solo un par de horas, y algunos ejercicios posturales. El Tratamiento Ortopédico Miofuncional es una manera de corregir la posición de los dientes y de los maxilares sin necesidad de utilizar aparatología fija pre-ajustada.

Objetivos: Detectar los problemas miofuncionales del paciente y corregir malos hábitos, como empuje lingual, succión digital, deglución atípica, hábito de respiración oral, succión labial, siendo estos los más comunes. Para orientar al buen desarrollo muscular, y esquelético.

Resultados: Mejora la respiración nasal, Conformar arcadas, Mejora las relaciones interdentales, Mejora la tonicidad muscular, Mejora la simetría facial, Elimina hábitos, Educa la posición de la lengua, Mantiene un equilibrio muscular, dental y esquelético.

Discusión y Conclusiones: Todos los hábitos tienen un rol importante en el desarrollo cráneo facial en las etapas de crecimiento, si podemos hacer un tratamiento temprano podemos evitar grandes deformaciones, y problemas en nuestros pacientes.

Palabras clave: Ortopedia, miofuncional, crecimiento.

Referencias:

- Echarri. Tratamiento Ortodóncico y Ortopédico de 1° Fase en Dentición Mixta, 2009. Madrid, España: Editorial Médica Ripano. ISBN-13: 978-84-612-5814-7.



- Myofunctional Research Co. Recuperado el día 26 de Mayo de 2014 de <http://myoresearch.com>
- Quirós A. Bases Biomecánicas y Aplicaciones Clínicas en Ortodoncia Interceptiva, 2006. Caracas, Venezuela: Amolca. ISBN: 980-6574-41-9.



Osteonecrosis de los maxilares por bifosfonatos: Revisión de la literatura.

Juan Carlos De Jesús Elizondo González.
Asesor: Dr. Luis Javier Garza de la Garza.

Facultad de Odontología
Universidad Autónoma de Nuevo León.

Introducción: La osteonecrosis por bifosfonatos es una enfermedad de reciente aparición que muestra la literatura el primer caso en el 2002, descubierto por el Dr. Marx. Es una lesión patológica que afecta los maxilares como secuela del tratamiento prolongado con bifosfonatos. En estadios tempranos se considera una necrosis avascular ya que hay ausencia de infección. Los bifosfonatos son compuestos sintéticos análogos de la molécula del pirofosfato, se componen de dos grupos de fosfatos unidos a un carbono central que sustituye al oxígeno en el pirofosfato. Los bifosfonatos se adhieren a la superficie ósea en áreas de remodelado de hueso constante. Inhiben la activación y reclutamiento de los osteoclastos, esto afecta el ciclo de remodelado óseo.

Objetivo: Evaluar la relación de la terapia de bifosfonatos con el desarrollo de osteonecrosis de los maxilares.

Metodología: Mediante revisión exhaustiva de literatura se condujo la selección de artículos utilizando como base de datos EBSCO y Medline Plus, se buscó evaluar el papel de los bifosfonatos afectando los maxilares dando lugar a una osteonecrosis.

Resultados: En la revisión de la literatura se encontró que la osteonecrosis por bifosfonatos afecta más a la mandíbula (63-80%), que al maxilar superior (14-38%). El 78% de los casos reportados tuvieron relación con la extracción dentaria, un 14% fue de aparición espontánea. El 5.5% de los casos afectó a ambos maxilares. El 10% de los pacientes que recibieron ácido zoledrónico y otro 4% de pacientes que recibieron pamidronate desarrollaron osteonecrosis de los maxilares.

Conclusión: Es importante retirar focos infecciosos de la cavidad oral antes de que inicie el tratamiento con bifosfonatos. Durante y después del tratamiento con bifosfonatos está contraindicado realizar extracciones de dientes, tratamiento periodontal; al igual es aconsejable el retiro de prótesis desajustadas. Hay estudios que muestran que la vida media de los bifosfonatos en hueso es de aproximadamente 10 años después de finalizado el tratamiento.

Palabras clave: Osteonecrosis, maxilares, bifosfonatos.





Rehabilitación parcial anterosuperior en paciente con crisis de ausencia (Petit mal).

Liliana Carolina Sánchez Santos, Jenyfer Yozdel Nevares Santillán.

Universidad Metropolitana de Monterrey.

Introducción: La epilepsia se divide en crisis convulsivas parciales y generalizadas. La epilepsia menor o crisis de ausencia es la más común de las generalizadas, ocurre entre los 4 y 14 años de edad. Esta crisis inicia sin advertencia, sus episodios tienen una duración de 10 a 25 segundos y frecuentemente ocurren cientos al día. Las crisis pueden ser definidas como la discontinuidad de las funciones normales del cerebro debido a descargas eléctricas repentinas que bien pueden ser excesivas o inadecuadas; esto resulta en convulsiones episódicas, o alteraciones en la conciencia. Esta crisis tiene efectos negativos en la salud bucal de los pacientes, debido a una higiene oral inadecuada; dando como resultado caries y enfermedad periodontal.

Presentación de caso clínico: Paciente masculino de 18 años de edad, ingresa a la clínica odontológica de la Universidad Metropolitana de Monterrey, refiriendo dolor en la región anterosuperior, provocado por estímulos térmicos, y problemas periodontales. Se le realizan pruebas diagnósticas, obteniendo como resultado pulpitis irreversible en dientes 1.3, 1.2, 1.1, 2.1 y 2.2 y pulpitis reversible en dientes 1.4, 2.3 y 2.4. El plan de tratamiento consiste en endodoncias y rehabilitación con postes y coronas en dientes 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2 y resinas clase V en dientes 1.4, 2.3 y 2.4, además de tratamiento periodontal.

Palabras clave: Rehabilitación, crisis, epilepsia.

Referencias:

- Management of Epileptic Patients in Dentistry. Yaltırık Mehmet, Özer Senem, Tonguç Sülün, Kocaelli Hümeýra//Surgical Science. 3 (2011), 47 – 52.
- Epilepsy and the Dental Management of the Epileptic Patient/ Peter L. Jacobsen// The Journal of Contemporary Dental Practice. 9 (Ene 1 de 2008), 1 – 14.
- Pedro Gutiérrez Lizardi. Urgencias Médicas en Odontología. 2 Ed. México D. F.: Manual Moderno, 2012. Pg. 185 – 189.



Síndrome de Kelly (Síndrome de combinación).

Ana Gloria García Martínez, Blanca Marcela Esquivel Cuevas.

Asesor: Dra. Nadia Itzel Villegas Martínez.

Universidad de Monterrey.

Introducción: El Síndrome de Kelly o también conocido como el Síndrome de combinación fue definido por Ellsworth Kelly en el año de 1972, donde el paciente presenta con los siguientes signos:

- Reabsorción progresiva del hueso maxilar a nivel anterior ya que el fuerte contacto con el antagonista natural sobrecarga en exceso la zona.
- Vasculación de la prótesis completa superior que condiciona una hipertrofia mucosa a nivel de los sectores posterosuperiores.
- Reabsorción progresiva de la cresta ósea de los extremos libres.
- Mayor sobrecarga a nivel anterior y se cierra el círculo vicioso.

Esta recopilación de datos se realiza con el fin de dar a conocer los posibles tratamientos ideales para la suspensión del progreso del Síndrome de Kelly.

Objetivos: Dar a conocer signos y síntomas, etiología, el diagnóstico y el tratamiento adecuado para el síndrome de Kelly.

Metodología: En base a lo encontrado con respecto al síndrome de Kelly queremos realizar una recopilación de información acerca de este síndrome, podremos conocer cuáles son las características clínicas de este síndrome, porque razón puede llegar a presentarse, sus clasificaciones y modificaciones, además de algunos tratamientos.

Resultados: De acuerdo a la literatura revisada, este estudio nos puede orientar en cuanto al trato con nuestro paciente, podremos conocer algunas opciones de tratamiento y como identificar este síndrome.

Discusión y Conclusiones: En base al nuevo conocimiento podremos identificar de forma clínica las características que puede presentar nuestro paciente, todo con el fin de dar un tratamiento, con fines protésicos, para la solución de este síndrome, todo en base a la gravedad del caso varía el tipo de tratamiento.

Palabras clave: Síndrome Kelly, prótesis, reabsorción.

Referencias:

- Universidad Internacional del Ecuador. (2013). Rehabilitación oral con prótesis total y



prótesis parcial removible en un paciente con Síndrome Combinado de Kelly. 14 de abril 2016, de Facultad de Ciencias Médicas Sitio web: <http://repositorio.uide.edu.ec/bitstream/37000/369/1/T-UIDE-0348.pdf>

- Ramiro, C., GuevaRa, C., Gómez, M., Celemín, A.. (2011). ¿Qué tratamiento podemos elegir para rehabilitar pacientes con Síndrome de Combinación?. 14 de abril 2016, de Cient. dent., Vol. 8, Núm. 3 Sitio web: http://www.coem.org.es/sites/default/files/publicaciones/CIENTIFICA_DENTAL/vol8_num3/65-69.pdf
- Mallat, E.. (2012). Resolución de un Síndrome combinado de Kelly. 14 de Abril 2016, de Geodental Sitio web: http://clinicamallat.com/05_formacion/caso_cli/cc20.pdf
- Tolstunov L.. (2007). Combination syndrome: Classification and case report. 14 de Abril 2016, de Journal of Oral Implantology Sitio web: [http://www.joionline.org/doi/pdf/10.1563/1548-1336\(2007\)33%5B139%3ACSCACR%5D2.0.CO%3B21336\(2007\)33%5B139%3ACSCACR%5D2.0.CO%3B2](http://www.joionline.org/doi/pdf/10.1563/1548-1336(2007)33%5B139%3ACSCACR%5D2.0.CO%3B21336(2007)33%5B139%3ACSCACR%5D2.0.CO%3B2)



Valoración psicológica en pacientes de cirugía ortognática: Calidad de vida, ansiedad y depresión.

C.M.F. Alberto Lozano Laín¹, Lic. Néstor Ibarra Padilla², Dr. Francisco Cazares de León³.

1 Servicio de Cirugía Maxilofacial del HTO 21 Instituto Mexicano del Seguro Social, Monterrey, Nuevo León México.

2 Maestría en Psicología de la Salud UANL.

3 MCSP, Ph. D.

Introducción: La cirugía ortognática es considerada como uno de los tratamientos que influye en la autoestima y autoimagen del paciente debido a que la cirugía es realizada en una zona estética como la cara, trayendo consigo en algunos pacientes baja estima y percepción, durante su recuperación es importante llevar a cabo un seguimiento con los pacientes para prevenir y mejorar la autoestima y su pronta recuperación.

Objetivo: Identificar los niveles de depresión ansiedad y calidad de vida en pacientes de cirugía ortognática.

Metodología: Se utilizó una metodología mixta: (cualitativa y cuantitativa), con una muestra representativa de 11 pacientes adultos con diagnóstico de prognatismo, retrognatia o laterognasia que acudieron al servicio de cirugía bucal y maxilofacial del Instituto para realizarse una cirugía ortognática, durante los meses de Agosto a Diciembre del 2015. Pacientes de ambos sexos entre 18 y 45 años quienes cumplieron los criterios de inclusión. Se les aplicó entrevista semiestructurada inicialmente, la cual mide autoestima, autoimagen y calidad de vida, procediendo con la prueba cuantitativa HADS (Hospital Anxiety and Depresión Scale) por último se dio una técnica de relajación con imaginación guiada días previos a la intervención quirúrgica. Análisis estadístico: descriptivos y análisis del discurso.

Resultados: En cuanto a los niveles de estrés percibido se encontraron 4 de 11 pacientes presentaron ansiedad alta, ningún paciente se reportó con depresión fuerte de las medias de la variable edad. El pico más alto indica mayor estrés en clínica u hospital institucional. Recomendaciones: Se sugiere seguir trabajando de modo multidisciplinario y mantener seguimiento en los pacientes por si surge alguna recaída.

Palabras clave: Ortognática, ansiedad, depresión.



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

Fecha recibido: 7 de Junio de 2016.
Fecha aceptado para publicación: 21 de Junio de 2016.

El contenido del presente suplemento "Memorias del Tercer 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.