



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA



## **XXIII ENCUENTRO INTERESTUDIANTIL DE SEMINARIOS DE CIENCIAS BÁSICAS Y CIENCIAS CLÍNICAS**

### **COMITÉ ORGANIZADOR:**

**DRA. ROSA ISELA SÁNCHEZ  
NÁJERA  
DIRECTORA**

**DRA. MARÍA ARGELIA AKEMI  
NAKAGOSHI  
SUBDIRECTORA GENERAL**

**DRA. IDALIA RODRIGUEZ DELGADO.  
ORGANIZADORA Y COORDINADORA**

Dentro de las instituciones educativas se orienta a los estudiantes a realizar investigación, sobre algunos de los temas de interés dentro de la odontología, de esa manera aprenden a buscar y seleccionar la bibliografía actualizada donde pueden orientarse hacia los métodos específicos para desarrollar su investigación.

Los seminarios de ciencias básicas y de ciencias clínicas contribuyen a la formación del estudiante donde hay una vinculación entre los profesores que les brindan asesoría para un mayor aprendizaje, en el cual comparten sus experiencias, ideas, opiniones, las cuales documentan científicamente para que su aprendizaje sea basado en evidencias científicas, y poder compartirlo con la comunidad odontológica.

Con estos seminarios deseamos sembrar en cada uno un semillero de ideas, que todos sean capaces de un aprendizaje autónomo, donde cada uno seguirá recogiendo frutos que comparta con el resto de la sociedad.

¡Felicidades a todos los participantes y éxito!

Monterrey, N.L. a 4 de Mayo 2016

# **CIENCIAS BÁSICAS**

## **EMPATÍA, VALOR ESENCIAL DE LA PRÁCTICA CLÍNICA**

Herrera Carrasco Karen, Gloria Garza Marcela Alejandra

Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Nuevo León

Departamento. Microbiología oral

e-mail: karenherrera588@gmail.com

Introducción. El término empatía deriva de la palabra griega *empathia* que significa apreciación de los sentimientos de otra persona; en el sentido clínico el ser empático con los pacientes es un proceso en donde se establece que debe existir una conducta de predisposición positiva por el profesionista.

Objetivo. Identificar a la empatía como valor central en la calidad de cualquier tratamiento de salud. Desarrollo del tema. La relación odontólogo-paciente, es uno de los principales determinantes para lograr una atención de calidad. La empatía clínica debe separarse de una conducta de simpatía o cordialidad en todos los aspectos, ser empático es entender tanto el sufrimiento psicológico del paciente como el somático.

Conclusión. La implementación de técnicas de empatía con los pacientes del área de salud, son la clave del éxito a nivel social, a nivel profesionista y a nivel personal.

Referencias bibliográficas. Borrel Carrio, Francesc. "Empatia, Un Valor Troncal en la practica clínica". Departamento de Ciencias Clinicas, Facultad de Medicina, Campus Bellvitge, Universidad de Barcelona, en el Hospital de Lloregat, Barcelona España. 2009. C. Daniel Baston. (2010). Similitud y crianza: Dos posibles fuentes de empatía para los extraños. Boston CD. Basic and Applied Social Psychology. (2013). Evaluación de los niveles de orientación empática en estudiantes de odontología de la Universidad Finis Terrae de Santiago, Chile. *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral*, 6(3), 130-133. Neumann M, Bensing J, S Mercer, Ernstmann N, O Ommena, Pfaff H. Analisis de la "naturaleza" y la "eficacia especifica" de la empatia clínica: Una visión general teorica y la contribución hacia una agenda de investigación basada en la teoría. Mark A. Lewis, MD, Division of Medical Oncology. "Ganancia de Funcion: Empatia para el paciente con cáncer incierto" Articulo elaborado en Mayo Clinic, First St SW, Rochester. MN 55905. American Society of Clinical Oncology 2011.

## **MICROBIOTA ORAL PRESENTE EN PACIENTES EDÉNTULOS**

González Puga Estephany Alessandra, Gloria Garza Marcela A.; Quintanilla Rodríguez Dra. Lizeth E. Institución. Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Nuevo León

Departamento. Microbiología oral, Histología.

estephany17gzz@gmail.com

Introducción. La flora de la cavidad oral es un reflejo del medio; su naturaleza depende de los requerimientos fisicoquímicos y nutricionales, y son proporcionales a la dieta del huésped, los tejidos y la presencia de otros microorganismos. En el paciente edéntulo se crea un desequilibrio microbiológico debido a la edad avanzada, incubación de la mucosa oral bajo la base de la prótesis

y en ocasiones la insuficiente higiene oral. Objetivo. Identificar a los principales microorganismos que colonizan la cavidad bucal de pacientes edéntulos.

Desarrollo del tema. El edentulismo es generalmente asociado al incremento en la edad, principalmente asociado a pacientes geriatras, por lo que parte de las condiciones orales del paciente edéntulo corresponden a pacientes adultos mayores. En los portadores de prótesis dominan los lactobacilos, *Streptococcus* y *Candida albicans*.

Conclusión. Para que exista un equilibrio entre el huésped edéntulo y la microbiota oral se conjuntan varios factores, como la presencia o ausencia de prótesis dentales, adecuada higiene y si existe o no una enfermedad sistémica condicionante.

Referencias bibliográficas. Bagg, J. *The oral micro flora and dental plaque. Essentials of microbiology for dental students*. Oxford, Oxford University Press, 1999. pp.229-310. Botero, J. E.; González, A. M.; Mercado, R. A.; Olave, G. & Contreras, A. Subgingival microbiota in peri-implant mucosa lesions and adjacent teeth in partially edentulous patients. *J. Periodontol.*, 76(9):1490-5, 2005. Burnett, G. W.; Scherp, H. & Schuster, G. *Microbiología y enfermedades infecciosas de la boca*. México D. F., Editorial Limusa, 1986. pp.277-319. Danser, M. M.; Van Winkelhoff, A. J. & van der Velden, U. Periodontal bacteria colonizing oral mucous membranes in edentulous patients wearing dental implants. *J. Periodontol.*, 68(3):209-16, 1997. Dinatale, E. & Guilarte, C. Aspectos microbiológicos en implantología: Revisión de la literatura. *Acta Odontol. Venez.*, 47(4):149-57, 2009.

### **USO DE BIODENTINE™**

Treviño Anguiano Ricardo, Treviño Elizondo Ricardo, López Martínez Fanny

Universidad Autónoma de Nuevo León

Jefe de departamento de Materiales Dentales

Coordinación de Endodoncia

e-mail: ricardo.trevinoan@gmail.com

Introducción: Los cementos de silicato de calcio utilizados hasta ahora, en reparaciones de perforaciones radiculares y del piso pulpar, apexificaciones, obturación apical en endodoncia quirúrgica y en reparaciones de las resorciones internas y externas, están basados en los materiales del cemento Portland y contienen bajas concentraciones de impurezas metálicas, provenientes de los minerales naturales utilizados como materia prima, desarrolladores de materiales dentales con el objetivo de aumentar la longevidad de los órganos dentarios

Objetivo o Propósito: Describir las principales características de este nuevo cemento y presentar las alternativas clínicas más selectas, de sus indicaciones en el área de la odontología restauradora.

Desarrollo del Tema: Según los estudios clínicos realizados con el silicato tricálcico, este cemento no causa citotoxicidad. Siendo así, es un material seguro para su uso en clínica. La propiedad de biocompatibilidad de un material es una característica del silicato tricálcico, teniendo similitud al cemento MTA.

El silicato tricálcico ha demostrado ser biocompatible, pues no induce daño a las células pulpares, y además es capaz de estimular la formación de dentina reparadora. La formación de tejido duro ha sido relatada como consecuencia posterior a tratamientos pulpares, realizados con este cemento. Este material usado como recubrimiento, ofrece más beneficios cuando es comparado con el cemento a base de Ca(OH)<sub>2</sub>. Cuenta con propiedades de dureza, baja solubilidad y produce un fuerte sellado.

Este cemento es el primer material que ofrece bioactividad y unas propiedades de sellado excelente como sustituto completo de la dentina, tanto a nivel coronario como radicular.

Conclusión: El silicato tricálcico nos ofrece varias ventajas clínicas en la operatoria dental, principalmente tenemos otra alternativa, para colocar un cemento en la cercanía o bien en contacto directo con el tejido pulpar. Y reparaciones de perforaciones hacia el ligamento periodontal con éxito.

Bibliografía: Cedillo J., Espinosa R., Curiel R., Huerta A.. (Mayo 2013). Nuevo Sustituto bioactivo de la dentina; silicato tricálcico purificado. RODYB, II. Num.2, 1-12

Septodont. (2012). Biodentine, Primera y única dentina en una cápsula. brochure, 8, 1-8.

Correa Terán. M.A., Castrillón Sarria.N.. (2015). Comparación de microfiltración apico-coronal entre MTA y Biodentine en dientes unirradiculares. OdontoInvesstigación, 1, 2-6.

Hincapié S, Valerio AL. Biodentine: Una nueva propuesta en terapia pulpar. Univ Odontol. 2015; 34(73).

Malkondu, O., Karapinar, M., Kazazoglu. E.. (2014). A review on Biodentine, a Contemporary Dentine Replacement and Repair Material. Hindawi Publishing Corporation, 2014, 2-10.

## **APLICACIONES DEL LÁSER EN LA TERAPIA BUCAL MODERNA**

Gámez Martínez Aída, Perales Garza Raúl Vicente, Torres Guevara Alán

Facultad de Odontología UANL

e-mail: gamezmartinez\_923@hotmail.com

Introducción: La tecnología láser se ha aplicado ampliamente en la práctica clínica el cual sigue siendo el estándar de oro actual y el único tratamiento con eficacia demostrando en una amplia gama de ensayos clínicos para diferentes enfermedades. El láser tiene atributos específicos como: monocromaticidad y alta coherencia que resulta una herramienta importante para su uso en nuevos procedimientos en la medicina y en la odontología esto con el fin de contar con mucho más éxito clínico con los procedimientos realizados.

Objetivo o Propósito: Demostrar las características generales de los diferentes tipos de láser dental, así como su aplicación en la práctica *clínica*.

Desarrollo del tema: Se describe la evolución e historia del láser, sus principios físicos, componentes y las propiedades de la luz que emite. Además, se mencionan algunos tipos de láser dental, así como su uso clínico actual en periodoncia, endodoncia, cirugía, entre otros.

Conclusión: Hoy en día, los odontólogos necesitan tener conocimiento sobre otros tipos de alternativas para diferentes tratamientos dentales, los cuales son mucho menos dolorosos y nos

brindan mejor cicatrización en el procedimiento operatorio. Nosotros como especialistas necesitamos saber arduamente su uso y su manejo en odontología, para así brindar una mejor calidad de trabajo a nuestros pacientes.

Referencias Bibliográficas: Perales Garza, R., Perales Pérez R., Cruz Fierro, N., Martínez Arizpe, H., (2016) Odontología Actual. Aplicaciones del láser en la Terapia Bucal Moderna. Fonseca Hernández, A., Hernández Pérez, P., (2008) Utilización del láser en la Practica odontológica. M, Arizpe, (1994) Manual de Odontología láser, Primer Edición. Fonseca, A. (2008) Utilización del láser en la Practica odontológica L. Stiberman (2002) La Odontología láser.

## **SINDROME DE ARDOR BUCAL**

Facultad de Odontología, UANL

Hernández Flores Gerson Javier, Zertuche Flores Ana Karen, De la Garza Ramos Myriam, Reyes Escalera Carlos

Introducción: El Síndrome de Boca Ardiente (SBA) es una entidad nosológica de la que, a pesar de haber sido estudiada desde hace muchos años, todavía se desconoce su etiología. En consecuencia, no existe un tratamiento efectivo en todos los casos.

Desarrollo: En la mayoría de los pacientes, los síntomas urentes comienzan de modo espontáneo y su magnitud puede variar de una molestia ligera a la interrupción completa de la función. Normalmente son simétricos y bilaterales, con localización más común en la lengua, los labios, especialmente el inferior, y el paladar. La encía y la orofaringe son localizaciones menos frecuentes. El término "síndrome" se debe a que muchas veces el dolor bucal va asociado a otros síntomas, como xerostomía, parestesia oral, alteración del gusto, dolor de cabeza, insomnio y dolor en la articulación temporomandibular.

Basándose en la variación diaria de los síntomas, Lamey y cols. dividieron el SBA en tres tipos:

Tipo I: pacientes cuyos síntomas empeoran a lo largo del día y llegan a un máximo a última hora de la tarde.

Tipo II: pacientes con molestias importantes desde la mañana, que suelen mantenerse así a lo largo de la jornada.

Tipo III: se alternan días libres de molestias o bien ardor intermitente.

El SBA presenta un curso evolutivo crónico, aunque en algunos casos puede haber una remisión espontánea de los síntomas

Conclusión: El SBA es relativamente frecuente y de gran interés para el profesional, por las molestias que pueden influir de forma significativa en la calidad de vida del paciente.

Los tratamientos del SBA van dirigidos a corregir las causas orgánicas detectadas. Cuando no hay una causa identificable se pueden emplear diversos fármacos como antioxidantes, analgésicos, antiinflamatorios, antidepressivos, benzodiacepinas y antiepilépticos, entre otros.

Referencias:<http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v22n3/04.pdf>

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-12852004000600004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852004000600004)

Nagel MA, et al. BMJ case rep 2015. doi; 10 1136 /bcr 2015-209988

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-12852008000500003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852008000500003)

## **PSICOLOGIA POSITIVA EN LA ODONTOLOGIA.**

Estrada Núñez Maria Guadalupe, León Cantú Viridiana, Cruz Fierro Norma, Quintanilla Rodríguez Lizeth Edith.

Universidad Autónoma de Nuevo León.

e-mail: lupis\_0808@hotmail.com

Introducción: La Odontología se encarga de prevenir, recuperar y mantener la salud bucal de los pacientes, sin embargo nuestros tratamientos deben considerar el completo bienestar físico, mental y social de las personas.<sup>1</sup> La Psicología en Odontología, aborda el tema de controlar el Miedo, Ansiedad, Temor y Fobias, sin embargo actualmente la Psicología no solo se encarga de la salud mental centrada en los problemas emocionales o alteraciones psicológicas<sup>2</sup>, sino que también aborda científicamente las fortalezas y virtudes humanas favoreciendo la calidad de vida<sup>3</sup>. De esta forma la Psicología Positiva estudia la capacidad del ser humano para controlar sus factores internos y alcanzar la felicidad<sup>4</sup>.

Objetivo o Propósito: Revisar las cualidades que debe desarrollar el Odontólogo que ayuden al uso de la Psicología Positiva en la consulta dental.

Desarrollo del tema: La herramienta principal del Odontólogo para establecer una buena comunicación interpersonal, son sus habilidades para una comunicación asertiva que le permita expresar sus pensamientos en forma directa, honesta y adecuada, respetando los sentimientos y pensamientos de los pacientes. Para lograr una comunicación asertiva y reforzar la Psicología Positiva, un Odontólogo deberá fortalecer el optimismo, sus habilidades interpersonales, su fe, realizar su trabajo con ética, ser honesto y perseverante. Entre las expresiones corporales ayuda el contacto visual, el tono de voz así como la postura del cuerpo<sup>4, 5</sup>. Contribuye también que el Odontólogo practique actividades como el Mindfulness que le permitan lograr un equilibrio interno<sup>6</sup>.

Conclusión: Es importante que el Odontólogo considere que cada paciente es diferente, por tal razón cada cita en el consultorio dental será también diferente, de esta forma nuestras estrategias para lograr ser asertivos deberán adaptarse a estas diferencias con la finalidad de no solo mejorar la salud, sino dar una atención de gran calidad profesional, que genere confianza en las personas.

Referencias Bibliográficas:

Organización mundial de la salud-OMS (2002). Salud mundial: retos actuales. Recuperado en <http://www.who.int/whr/2003/chapter1/es/index1.html>

Vásquez, C., hervás, G. & ho, S. (2006). Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: fundamentos y aplicaciones. *Psicología Conductual*, 14(3), 401-432

Contreras, f. & Esguerra, G. (2006). Psicología Positiva: una nueva perspectiva en psicología. *Diversitas*, 2(2), 311-319

González, M. (2012). Breve introducción a la Psicología positiva y al estudio de la felicidad y bienestar. En Tapia, A., Tarragona, M.(Eds) Psicología positiva, México; Trillas. (pp.21-25; 189-202).

Pedrals, N., Rigotti, A. & Bitran, M. (2011). Aplicando psicología positiva en educación médica. Rev Med Chile 2011; 139; 941-949

Kabat-Zinn, J. & Ludwing, D.(2008) Minfulness in Medicine, Journal of the American Medical Association 300 (11); 1350-1352.

## **SALUD ORAL EN PACIENTES CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA**

Universidad Autónoma de Nuevo León.

Hinojosa Morales José Daniel, Rodríguez Luis Osvelia Esmeralda

e-mail: jdhm12@hotmail.com

Introducción: Una salud bucal apropiada repercute favorablemente en la calidad de vida de las personas con necesidades especiales, su atención estomatológica exige capacidad de atender las necesidades que estos generen.

El 10% de la población mundial es portadora de algún tipo de discapacidad. (Arias Herrera 2016). Según estimaciones de estudios, un niño de cada 160 padece un “trastorno del espectro autista” (TEA). (OMS 2016)

Objetivo: Analizar los “trastorno del espectro autista” (TEA) y dar a conocer el deber del odontólogo frente a estos pacientes.

Desarrollo del tema: El DSM-IV, publicado en 1994, definía el autismo y sus trastornos asociados como “trastornos generalizados del desarrollo” (TGD). En el DSM-5, esta definición ha sido sustituida por el término “trastorno del espectro autista” (TEA), que han sido incluidos a su vez dentro de una categoría más amplia de “trastornos del neurodesarrollo” (Sullings, 2013)

Dentro de las manifestaciones clínicas de los TEA podemos encontrar una gran variabilidad. Sin embargo, todas las personas con TEA comparten déficits en comunicación e interacción social y patrones repetitivos y restringidos de conductas, actividades e intereses. (OMS 2016) El diagnóstico de estos trastornos se realiza a través de la observación de los criterios clínicos que se recogen en los manuales diagnósticos DSM-V o ICD-10, no existiendo una prueba médica para confirmar el diagnóstico. (Carrascón Carabantes 2016)

Los niños que padecen TEA suponen un gran desafío para la odontología. Ellos requieren y merecen los mismos cuidados dentales que el resto de la población. (Arenas Ponce2008)

Conclusión: El odontólogo actual debe emplear un buen manejo de conducta en pacientes con TEA y diseñar estrategias de prevención para poder brindar condiciones de salud favorables en pacientes con esta condición. Una adecuada salud oral se verá reflejada en una adecuada salud general, lo cual promoverá el desarrollo social e integración en la comunidad del paciente TEA. (Marulanda y Cols. 2013)



#### Referencias:

American Psychiatric Association (APA). (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5). Barcelona: Masson.

OMS. (2016). Trastornos del espectro autista TEA

Sullings, N. 2013 Unike Autism

Arenas Ponce Amparo, 2008. Descripción de algunos parámetros de salud bucal en niños autistas: estudio comparativo

Juliana Marulana y Cols. (2013) Odontología para pacientes autistas. Revista CES Odontología, pag 125.

### **ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS Y SUS CONSECUENCIAS**

Rodríguez Sánchez Luis Alejandro, Sandoval Pérez Melody Rachel, Juárez Ibarra Karla Isabel, Ortiz de Montellano Palomares Alan.

Universidad Autónoma de Nuevo León; Facultad de Odontología

Odontología Integral; Medicina Interna

e-mail: [kijuarezi@hotmail.com](mailto:kijuarezi@hotmail.com), [alan.ortizdemontellano@gmail.com](mailto:alan.ortizdemontellano@gmail.com)

#### Introducción:

Las Enfermedades Crónico-Degenerativas encabezan las principales causas de muerte a nivel mundial, principalmente en los países desarrollados, estas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta.

En 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica.

Objetivo: En este tema se pretende dar a conocer las enfermedades crónico degenerativas más frecuentes, el daño a órganos blanco, manifestaciones orales más comunes así como los protocolos de atención Médico-Estomatológicos

Desarrollo del Tema: Las enfermedades crónico degenerativas suelen ser de larga duración, lenta progresión, Curso Incurable, Multietiológicas, No Contagiosas de Incapacidad Residual con Importancia Social y Prevenibles. En estudios realizados por el consejo nacional de población el porcentaje de vida es más alto para la mujer que para el hombre; siendo el promedio de edad de vida para la mujer de 77.9 años y para el hombre de 73.2. En cuanto al índice de Mortalidad es de 129 hombres por cada 100 mujeres; encontrándose entre las tres principales causas de muerte las enfermedades cardíacas, la diabetes mellitus y los tumores malignos.

Diabetes Mellitus: La Diabetes (y sus complicaciones), constituyen la principal causa de muerte en México llegando a 17.2% de las muertes; el país ocupa el octavo lugar a nivel mundial de prevalencia de diabetes. La cetoacidosis diabética es la expresión clínica de una severa deficiencia de insulina siendo la segunda causa de urgencia endocrinológica, después de la hipoglucemia. Las infecciones son los factores precipitantes de mayor importancia para el desarrollo de cetoacidosis; pacientes con DM tipo 2 y "niveles normales" de insulina pueden desarrollar CAD si la resistencia a la insulina incrementa mucho los requerimientos de la misma. El déficit absoluto o relativo de insulina tiene

como consecuencia el catabolismo proteico, disminución de la litogénesis, aumento de la gluconeogénesis hepática y muscular.

Hipertension arterial: Constituye uno de los principales factores de riesgo para padecer enfermedad cardiovascular, cerebrovascular y falla renal. La crisis Hipertensiva es caracterizada por aumento agudo de la presión arterial y un riesgo alto de complicaciones que ponen en riesgo la vida del paciente. Se presenta cuando la presión arterial se encuentra severamente elevada, SIN evidencia de daño a órgano blanco. El tratamiento es vía oral y la T/A debe reducirse en un plazo de horas.

Conclusión: Es de suma importancia para el Odontólogo conocer las consecuencias de las enfermedades crónico degenerativas así como los estudios de laboratorio pertinentes y los protocolos de atención adecuados

Bibliografía:

<http://alianzasalud.org.mx/wp-content/uploads/2014/04/DulceAgon%C3%ADaDatosDuros.pdf>

[http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/bol\\_diabetes/dm2\\_bol1\\_2013.pdf](http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/bol_diabetes/dm2_bol1_2013.pdf)

<http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/HipertensionArterialAdultos.pdf>

Fernando Flores Lozano, et all, Endocrinología, 5ta edición, 2005, México, D.F. (391-483).

Tavera HM, Coyote EN. Cetoacidosis diabética, An Med (Mex) 2006; 51 (4): 180-187

Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de defunciones 1979 - 2012. [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaria de Salud. <http://www.sinais.salud.gob.mx>

## **APLICACIONES CLINICAS DEL LASER EN ODONTOLOGIA**

Guerrero Chavez Lourdes Cristina, Solis Soto. Juan Manuel

Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Odontología

e-mail: lulugc18@gmail.com

Introducción: Los tipos de láser que ofrecen mayores aplicaciones clínicas en odontología son el láser de Er,Cr:YSGG y el láser de Er:YAG. Estos dos tipos de láser se diferencian por la longitud de onda infrarroja con la actúan. Están indicados para reemplazar al instrumental rotatorio en los tratamientos de la caries o la cirugía ósea.

Objetivo: Conocer las aplicaciones clínicas de los dos tipos de láser quirúrgico que ofrecen mayor versatilidad en odontología.

Desarrollo del Tema: Permiten realizar tratamientos dentales sin usar anestesia locorregional. Con estos láseres se pueden preparar cavidades de clase I, II, III, IV y V. La luz láser no produce microfracturas del diente y preserva la estructura dentaria, eliminando además el barrillo dentinario. podemos eliminar composites, ionómeros, silicatos, óxido de zinc y resinas compuestas, estando contraindicado su uso para la eliminación de amalgama de plata, incrustaciones metálicas, etc., debido a la gran reflexión de la energía que se produce en su superficie. Los láseres de Er:YAG y de Er,Cr:YSGG pueden ser utilizados para eliminar el cálculo y desinfectar las bolsas periodontales. También es posible efectuar tratamientos quirúrgicos en los tejidos blandos, como vestibulopalstias,

gingivectomías y gingivoplastias, reduciendo el tamaño de las bolsas periodontales de forma rápida. Sobre los tejidos duros es posible efectuar osteoplastias, osteotomías, ostectomías, y amputaciones radiculares. Los postoperatorios de los pacientes tratados con estos láseres presentan escaso dolor y poco edema.

Conclusion: Los láseres de Er:YAG y de Er,Cr:YSGG tiene una gran utilidad, ya que se pueden utilizar tanto en tejidos duros dentales como en los tejidos blandos de la cavidad bucal. Las diferentes aplicaciones clínicas de estos láseres han obtenido una gran aceptación en odontología.

Bibliografía:

Monea A, G Beresescu, Tibor M, S Popsor, Antonescu DM. BMC Oral Health . 2015 Oct 29; 15 (1): 134. doi: 10.1186 / s12903-015-0122-7.

Ierardo G, Di Carlo G, F Petrillo, Luzzi V, Vozza I, Migliau G, R Kornblit, JP Rocca, Polimeni A. ScientificWorldJournal . 2014; 2014: 935.946. doi: 10.1155 / 2014/935946. Epub 2014 22 de Oct.

Mizutani K, Aoki A, D Coluzzi, Yukna R, Wang CY, Pavlic V, Izumi Y. Periodontol el año 2000 el año 2016 Jun; 71 (1):. 185-212. doi: 10.1111 / prd.12123

R Franzen, Kianimanesh N, R Marx, Ahmed A, Gutknecht N. Pathol célula anal (Amst) . 2016; 2016: 8.517.947. doi: 10.1155 / 2016/8517947. Epub 2016 24 de Ene

Lopes FC, Roperto R, Akkus A, Akkus O, Souza-Gabriel AE, Sousa-Neto MD. Lasers Med Sci. 2016 Apr;31(3):415-20. doi: 10.1007/s10103-015-1862-y. Epub 2016 Jan 21.

## **ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO PARA LA FLUOROSIS DENTAL**

Guajardo Hernandez Lucy Cassandra, Solis Soto Juan Manuel

Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Odontología

Departamento de Fisiología.

e-mail:solisuanl@gmail.com

Introducción: La fluorosis dental se describe como una alteración en el color de los dientes asociada con la concentración de fluoruro del agua manifestándose por medio de alteraciones en la mineralización del esmalte, con decoloraciones intrínsecas en los dientes con un mal aspecto estético. El flúor se encuentra en cantidades abundantes en el medio ambiente y en el agua potable es el mayor contribuyente en su ingesta; éste es beneficioso en pequeñas cantidades pero tóxico en grandes.

Objetivo: Analizar la literatura acerca de alternativas de la fluorosis dental en cuanto a su tratamiento con micro abrasión del esmalte, blanqueamiento dental, restauraciones directas e indirectas.

Desarrollo: El tratamiento indicado en pacientes con tinción por fluorosis dental son los tratamientos restaurativos, los cuales pueden ser auxiliados con los diferentes componentes químicos. En este artículo se enfocan 4 tratamientos que buscan regresar la apariencia armoniosa de las piezas dentales: Microabrasión, blanqueamiento, y las restauraciones directas e indirectas. La microabrasión es una restauración de la suavidad superficial y brillante, sin causar pérdida estructural significativa. El blanqueamiento dental es la difusión del material de blanqueamiento con sustancias

químicas para interactuar en la dentina creando un cambio de coloración. Las carillas de composite o restauraciones directas son un plan de tratamiento poco invasivo y con bajo costo para mejorar la sonrisa. Las carillas de porcelana o restauraciones indirectas son restauraciones funcionales y longevas en comparación con otros tipos, utilizadas en caras vestibulares para cambiar su apariencia.

Conclusión: La microabrasión dental y el blanqueamiento son procedimientos que se pueden realizar cuando las estructuras dentales afectadas con fluorosis dental solamente tienen defecto en la coloración; al ver alteraciones en la estructura dentaria como pérdida estructural del esmalte se complementa el tratamiento con procedimientos mínimamente invasivos como carillas de resina o porcelana.

#### Bibliografía:

García-Pérez A, Irigoyen-Camacho ME, Borges-Yáñez A. Fluorosis and dental caries in Mexican schoolchildren residing in areas with different water fluoride concentrations and receiving fluoridated salt. *Caries Res.* 2013;47(4):299-308.

Khairnar MR, Dodamani AS, Jadhav HC, Naik RG, Deshmukh MA. Mitigation of Fluorosis - A Review. *J Clin Diagn Res.* 2015;9(6):ZE05-9

Pini NI, Sundfeld-Neto D, Aguiar FH, Sundfeld RH, Martins LR, Lovadino JR, Lima DA. Enamel microabrasion: An overview of clinical and scientific considerations. *World J Clin Cases.* 2015;3(1):34-41.

Bertoldo C, Lima D, Fragoso L, Ambrosano G, Aguiar F, Lovadino J. Evaluation of the effect of different methods of microabrasion and polishing on surface roughness of dental enamel. *Indian J Dent Res.* 2014;25(3):290-3.

Kwon SR, Wertz PW. Review of the Mechanism of Tooth Whitening. *J Esthet Restor Dent.* 2015;27(5):240-57

## **REPLECIÓN DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO**

Theriot Girón María del Carmen, Díaz Gama Ramiro, Contreras Alvarado Emilio, Hernández Juárez Javier.

Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Odontología, Departamento de Anatomía Humana

e-mail:carmen\_theriot@hotmail.com

Introducción: Cadáver: Cuenta la historia que la palabra cadáver se originó de la leyenda que tenía una de las primeras lápidas "*caro data vermibus*", en latín que significa carne dada a los gusanos. Dicha lápida por efecto del clima se desgastó hasta quedar sólo las primeras letras *cadáver*.

Disección: Técnica anatómica que nos permite exponer de forma sistemática los diferentes elementos que configuran las regiones del cuerpo humano. La preocupación por la conservación del cadáver y piezas anatómicas, ha sido constante desde el principio de la humanidad.

Las técnicas de fijación, conservación y preservación del cadáver es un método que inmoviliza las estructuras celulares de los órganos impidiendo la autólisis logrando que una pieza anatómica quede semejante al órgano fresco, penetrando en los tejidos proporcionando información detallada y una visión tridimensional de las estructuras con fines didácticos y académicos. El uso de material plástico como la resina facilita la conservación de la forma exacta de objetos pequeños y simplifica su manipulación posterior.

Objetivo: Observar arquitectura vascular de cabeza y cuello utilizando la repleción de vasos.

Metodología: Utilizamos técnicas anatómicas de repleción para observar vasos de cabeza y cuello, inyectando resina acrílica para observar la trama vascular en especímenes embalsamados del anfiteatro de la facultad de odontología de la UANL.

Se usaron sondas, seda quirúrgica, material de disección, barreras de protección desechables, mascarillas de alta eficiencia, instrumental de disección, contenedores plásticos, jeringas desechables de 20cc, resina cristal, pintura acrílica roja y azul para colorear la resina.

Técnica de repleción.

- 1.-Canulación y fijación de cánulas.
- 2.-Preparación e introducción de la resina en el cadáver con disección y en el que no se ha realizado la disección.
3. Esperar la polimerización de la resina.
4. Realizar la disección.
- 5.- Toma de fotografías y análisis de resultados.

Conclusiones: Se observa el grado de inyección de vasos sanguíneos con la resina, observando capilares, arteriolas y vénulas difíciles de observar y conservar con otras técnicas de osteotecnia.

Bibliografía:

Bustamante, M. F., Prieto Gómez, R. H., & Binivignat Gutiérrez, O. (2007). Preservación de Placenta Humana: Técnica Anatómica. *International Journal of Morphology*, 25(3), 545-548.

Llano, E. G., Resoagli, E. H., Bode, F. F., Cabrera, W. R., & Holovate, R. M. Cortes transversales del cráneo en caninos. Su aplicación al diagnóstico por topografía axial computada.

Corza, E. G., & Rojas, J. D. (2008). Efecto de la cantidad de estireno sobre la resistencia a la tracción de una resina poliéster para inyección de piezas anatómicas. *REVISTA SALUD UIS*, 40(3).

Robles, E., & Celis, L. (2012). Resinas Fluidas. Usos y abusos: revisión bibliográfica y reporte de un caso clínico.

Pernkopf, E. B., & Juan, J. (1953). Anatomía topográfica humana: texto y atlas para la disección por regiones y planos.

Montemayor Flores, B. G. (2006). El significado de la práctica de disección para los estudiantes de Medicina. *International journal of morphology*, 24(4), 575-580.

## **SINDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO**

Fernández Garza David Francisco, Quintanilla Rodríguez Lizeth Edith, Cruz Fierro Norma.

Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Odontología Departamento de Histología, Posgrado de Odontología Avanzada.

e-mail: lizeth.quintanillar@uanl.

Introducción. El Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño (SAOS) en los últimos años está clasificado como uno de los desórdenes de la respiración durante el sueño. (Carrillo alduend, 2010).

Objetivo: mencionar los aspectos más característicos del síndrome así como su tratamiento tanto quirúrgico e interceptivo y el papel que ejerce el odontólogo en el gran grupo interdisciplinario para el manejo de los pacientes que padecen el SAOS.

Desarrollo del tema: se caracteriza por múltiples episodios de obstrucción total o parcial de las vías aéreas, los cuales tienen una duración muy variable provocando un descenso de saturación de oxígeno. Esta apnea está comprendida dentro de las alteraciones que ocurren durante la noche y tiene una gran trascendencia en salud pública. Uno de los signos más patognomónicos de esta enfermedad para el odontólogo, son las maloclusiones, las sobremordidas tanto vertical como horizontal y el retrognatismo mandibular (L. Silva, 2015). Se cree que este tiene un impacto tanto laboral, personal, social y familiar. Estudios recientes indican que aproximadamente el 4% de la población adulta de nuestro país son afectados por esta enfermedad (Álvarez Sala, 2012), (D. Fernández, 2014) la cual puede estar condicionada por diversos factores que pueden ser edad, sexo, género, así como factores predisponentes entre los cuales están; tabaco alcoholismo y la obesidad, este último constituye uno de los factores que tienen más prevalencia en este síndrome, que también puede verse asociado con enfermedades sistémicas como la hipertensión arterial y pulmonar e infarto al miocardio entre otros( F. Manuel Arredondo, 2010). Actualmente se cree que el odontólogo tiene un papel de gran relevancia en el diagnóstico, y plan de tratamiento de este síndrome, debido a los múltiples signos en la cavidad oral que manifiesta. Dentro de la investigación se hablara sobre los tratamientos que están dentro del alcance del odontólogo.

Conclusión: se puede afirmar que el odontólogo puede ser uno de los primeros especialistas en diagnosticar este síndrome y además es capaz de ofrecer diferentes alternativas de tratamientos dando a los pacientes una atención integral multidisciplinaria.

## **ERGONOMIA EN LA ODONTOLOGIA.**

García López Eduardo Hiram, Hernández Rojas Juan Pablo, Theriot Girón María del Carmen.

Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Odontología, Departamento de Anatomía Humana.

e-mail: carmen\_theriot@hotmail.com

Introducción: La ergonomía juega un papel importante en la práctica odontológica, y se relaciona con los siguientes conceptos: odontólogo, auxiliar, instrumental y ambiente. Al odontólogo principalmente le beneficiara en poder evitar las diferentes lesiones musculo-esqueleticas.

Objetivo: Se fundamenta principalmente la reducción de problemas musculo-esqueleticos, aditivos y problemas visuales, que puedan afectar al odontólogo.

Marco Teórico: El concepto de ergonomía fue descrito principalmente por Taylor a mediados del siglo XIX. Desde esta fecha los odontólogos han sufrido muchas lesiones y síndromes. Por ejemplo, el síndrome del túnel carpiano, que es una problemática donde hay presión al nervio mediano, que este nervio presenta sensibilidad y motilidad a la región palmar. Esta patología principalmente empieza a afectar a las personas entre 30 y 60 años de edad. La prevención de este síndrome seria la utilización de almohadillas en la muñeca, evitar movimientos repetitivos y mejorar la postura de esta. El odontólogo debe conocer las diferentes posiciones para trabajar al momento de realizar un tratamiento. Por ejemplo, en el caso de la posición número 12, el odontólogo la realiza principalmente en pacientes que tienen la boca pequeña. La postura que debe seguir el dentista, para evitar cualquier tipo de lesiones, son: muñecas rectas, hombros relajados, espalda y cuello lo más derecho posible y codos cerca del cuerpo.

Conclusión: La ergonomía ayudara al odontólogo en una calidad de vida, que va a mantener al dentista trabajando por un buen tiempo, ya que muchos se empiezan a retirar de su profesión porque empiezan a presentar problemáticas musculares. Por eso esta ciencia es la encargada de ayudarnos de manera que el equipo de salud bucodental consiga su máximo rendimiento y confort, y manteniendo un menor esfuerzo físico.

Bibliografía:

Montmollin, M. D. (1971). *Introducción a la ergonomía: los sistemas hombres-máquinas*. Madrid: Aguilar.

Wisner, A. (1988). *Ergonomía y condiciones de trabajo*. Buenos Aires: Humanitas.

Jouvencel, M. R. (1994). *Ergonomía básica aplicada a la medicina del trabajo*. Ediciones Díaz de Santos.

Mondelo, P. R., Torada, E. G., Vilella, E. C., Úriz, S. C., & Lacambra, E. B. (2004). *Ergonomía 2: confort y estrés térmico*. Universitat Politecnica de Catalunya. Iniciativa Digital Politecnica.

Quiroz, F. (2012). *Anatomía Humana*. México: Porrúa.

## **USO DEL CONE BEAM COMO AUXILIAR DIAGNÓSTICO EN ODONTOLOGÍA**

Arellano Barrientos Karla Karina, Rodríguez Delgado Idalia, Flores Treviño Jorge Jaime

Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Odontología.

**Introducción:** Uno de los desafíos más importantes en odontología es el diagnóstico correcto de las patologías dentales. Para poder llegar a ese diagnóstico es necesaria la combinación de diversas herramientas diagnósticas como exploración clínica, imagenología, exámenes de laboratorio, entre otros. La imagenología es la herramienta diagnóstica más empleada en odontología, siendo la más común la técnica radiográfica. Sin embargo, hay indicios que no pueden ser interpretados con imágenes en dos dimensiones, por lo que la evolución a la tecnología no invasiva a tres dimensiones o tomografía computarizada cone beam (CBCT) ha adquirido popularidad en diversas áreas de especialidad.

**Desarrollo:** El cone beam es un haz cónico que obtiene imágenes volumétricas o tridimensionales a través de un escaneo. En endodoncia, el CBCT ha sido empleado para el diagnóstico de fracturas radiculares, anatomías complejas, evaluación y plan de tratamiento de lesiones periapicales extensas, entre otras. En ortodoncia, ha sido empleado junto con la tecnología CAD CAM para ofrecer al paciente un pronóstico del tratamiento más objetivo. Mientras que en cirugía maxilofacial, el CBCT ha aportado grandes beneficios como la evaluación de estructuras anatómicas importantes que pudieran representar un riesgo durante alguna intervención, así como la determinación volumétrica de los quistes o granulomas que necesitan remoción quirúrgica. Por otra parte, en periodoncia, el uso del CBCT permite la evaluación de las zonas que recibirán un implante, haciendo más predecible el tratamiento.

**Resultados y Conclusiones:** La evolución tecnológica ha repercutido en la odontología. El cone beam representa una herramienta útil para el diagnóstico y plan de tratamiento en las diversas especialidades odontológicas; presentando ventajas sobresalientes en comparación con las técnicas de imagenología convencionales.

**Conclusión:** El odontólogo debe tener conocimiento sobre las nuevas técnicas de imagenología no invasivas que puedan ser utilizadas de manera segura y permitan la mayor recolección de datos a favor de un diagnóstico más oportuno y eficaz.

### **Referencias:**

Kiljunen T, Kaasalainen T, Suomalainen A, Kortensniemi M. Dental cone beam CT: A review. *Phys Med.* 2015 Dec;31(8):844-60.

Mamatha J, Chaitra KR, Paul RK, George M, Anitha J, Khanna B. Cone Beam Computed Tomography-Dawn of A New Imaging Modality in Orthodontics. *J Int Oral Health.* 2015;7(Suppl 1):96-9.

Lascala, C. A., Panella, J., & Marques, M. M. Analysis of the accuracy of linear measurements obtained by cone beam computed tomography (CBCT-NewTom). *Dentomaxillofacial Radiology.* 2014.



Juneja R, Kumar V. Endodontic Management of a Mandibular Incisor Exhibiting Concurrence of Fusion, Talon Cusp and Dens Invaginatus using CBCT as a Diagnostic Aid. J Clin Diagn Res. 2016 Feb;10(2):ZD01-3.

Vale F, Scherzberg J, Cavaleiro J, Sanz D, Caramelo F, Maló L, Marcelino JP. 3D virtual planning in orthognathic surgery and CAD/CAM surgical splints generation in one patient with craniofacial microsomnia: a case report. Dental Press J Orthod. 2016 Feb;21(1):89-100

## **INTRODUCCION A LOS MATERIALES DENTALES RESTAURADORES**

García Aguilar Fátima Abigail, González Hernández Marco Antonio, Treviño Elizondo Ricardo, Arreguín Ceniceros Francisco.

Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Odontología.

e-mail:fatymhaagular@gmail.com

Introducción: Con este documento pretendemos dar a conocer información acerca de los materiales dentales restaurativos de una manera meramente básica. Enfocándonos con mayor afán a personas que aún no han cursado la materia o estudiantes cursándola con necesidad de entender un poco mejor este tema.

El tema a tratar no es ciertamente extenso ya que como mencionamos solamente es una breve introducción a este tipo de materiales.

Nosotros como estudiantes de la facultad pensamos que es necesario este tipo de introducción para captar con mayor facilidad este tema.

Propósito

Introducimos un poco en los materiales restaurativos, sus usos más comunes, las propiedades de estos y la utilidad en la odontología.

Desarrollo: Propiedades de los materiales restauradores.

- Resistencia al deterioro en el medio bucal
- Se puede adaptar a las paredes de la boca
- Tiene resistencia mecánica
- Baja conductividad térmica
- Se manipula fácilmente
- Son estéticos
- Son biocompatibles

Los materiales dentales restaurativos se clasifican en 3

FORMA DE INSERCIÓN

DURABILIDAD

ESTÉTICA

Permanentes

Aquellos que pueden durar 20 a 30 años o más. Como por ejemplo la amalgama de plata o de oro.

## Temporales

Durabilidad de 3 a 10 años, se utilizan por sus cualidades estéticas, tales como el ionómero de vidrio o el composite

## Provisorios

De poca duración, mientras el trabajo de laboratorio está listo. Ejemplos de estos son el óxido de zinc-eugenol, resina acrílica cementada estas endurecen en contacto por la saliva.

Por su forma de inserción:

## Amalgama

- Fáciles de manipular
- Es del tipo de los plásticos.
- Presenta cierta plasticidad

## Composite

- Se inserta en estado solido
- Para la retención se usa un agente cementate.
- Es un material rígido

## Ionómero de vidrio.

- Fácil de manipular
- Tipo plásticos
- Solidifica después de su inserción en boca

Por su estética:

Son considerados así por sus propiedades estéticas llámense color, translucidez y textura de la estructura dental.

Conclusión: Damos a entender la importancia para nosotros estudiantes este tema en particular ya que nos facilita un poco el entendimiento general.

Referencias:

<http://es.slideshare.net/22198721/materiales-odontologicos-restaurativos>

<http://facultades.unab.cl/odontologia/files/2011/10/compendio-clases-de-biomateriales.pdf>

[http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682013000300005&script=sci\\_arttext](http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682013000300005&script=sci_arttext)

[http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682013000300001&script=sci\\_arttext](http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682013000300001&script=sci_arttext)

Ciencia de los materiales dentales. Phillips Pág. 172-174

# **CIENCIAS CLINICAS**

## **PROTOCOLO DE CAMBRA. REPORTE DE DOS CASOS CLÍNICOS.**

González García Rocío Belem, Rosas Gómez Hilda Celina, Montes Villarreal Marcela, Quintanilla Arreozola Hortencia.

Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Odontología.

Departamento: Odontología Infantil.

E-mail: gzzrociob@gmail.com

**Introducción:** El protocolo de CAMBRA (Caries Management By Risk Assessment) ha sido diseñado para la prevención de caries, en el cual se ha organizado toda la investigación de prevención, diagnóstico y tratamiento. Su promotor es la Universidad de California (UCSF) School of Dentistry en el año del 2002. En el 2010 la fundación: Alliance for a Cavity- Free Future empezó a implementarlo en Europa y en el año del 2011 la UCSF lo modificó tomando auge a nivel mundial. CAMBRA incorpora conceptos de odontología mínimamente invasiva o de mínima intervención, se propone prevenir las caries y aplicar la remineralización de las lesiones tempranas.

**Objetivo:** Aportar conocimientos que permitan implementar el protocolo CAMBRA en la práctica clínica odontológica, basada en evidencia científica y clínica actualizada y mínimamente invasiva.

**Presentación:** Este protocolo evalúa cuatro factores de riesgo de caries (FRC). En el estudio se utilizan dos: Bajo Riesgo de Caries (BRC) y con Moderado Riesgo de Caries (MRC). Dentro del BRC se enfocó en la atención de una paciente femenina de 5 años y 3 meses de edad la cual nunca había asistido a la consulta odontológica; al igual que el paciente masculino de 10 años y 1 mes de edad el cual presentaba MRC. Para la evaluación de los FRC se emplearon las pruebas de revelación de tinción de placa dentobacteriana (RTPD), potencial de hidrogeno (PH), capacidad buffer, medio de cultivo de agar y codificación de ICDAS II. Se utilizaron terapias con flúor con "Duraphat" y xilitol.

**Resultados:** En la paciente de BRC se logró mantener su Ph de 7 y su capacidad buffer estable; su técnica de cepillado mejoro y comenzó a utilizar seda dental y enjuague bucal infantil. En el paciente de MRC se logró estabilizar su Ph de 5 a 7, al igual que su capacidad buffer; su técnica de cepillado se reforzó y se implementaron la seda y enjuague bucal. En las pruebas microbiológicas ambos grupos tuvieron una muy buena respuesta y la cantidad de Steptococcus Mutans y los Lactobacilos disminuyeron en más de un 70%.

**Conclusión:** Hacer una valoración de riesgo de caries de manera individual, y decidir el tratamiento en función de ese riesgo, es la forma más lógica de tratar a nuestros pacientes. Los avances científicos encaminados al diagnóstico y a conseguir la remineralización de las lesiones incipientes y los nuevos productos diseñados para ello auguran mejores resultados en odontología con un enfoque de mínima intervención.

### **Bibliografía:**

American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on early childhood caries (ECC): Classifications, consequences, and preventive strategies. *Pediatr Dent* 2011;33(special issue):47-9.

American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on infant oral health care. Reference manual 2012;34:132-6.

American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on fluoride therapy. Reference manual 2012;34:162-5.

Garcillán MR. Factores de riesgo de la caries dental. En: Rafael Rioboo Garcia. Odontología preventiva y odontología comunitaria. Madrid: Ediciones Avances; 2002. p. 301-328.

Jenson L, Budenz AW, et al, Clinical protocols for caries management by risk assessment. J Calif Dent Assoc 35:714-23, 2007.

Ly KA, Milgrom P, Rothen M. Xylitol, sweeteners, and dental caries. Pediatr Dent 2006;28:154-63.

Pitts NB. "ICDAS" – an international system for caries detection and assessment being developed to facilitate caries epidemiology, research and appropriate clinical management. Community Dent Health 2004;21:193-8.

Ramos-Gómez FJ, Crystal YO, Ng MW, Crall JJ, Featherstone JD. Pediatric dental care: prevention and management protocols based on caries risk assessment. J Calif Dent Assoc 2010 Oct;38(10):746-61. Erratum in: J Calif Dent Assoc 2010 Nov;38:790.

Young DA, Buchanan PM, Lubman RG, Badway NN. New directions in interorganizational collaboration in dentistry: the CAMBRA Coalition model. J Dent Educ 2007;71:595-600.

## **PLANIFICACION VIRTUAL DE CIRUGIA ORTOGNATICA**

Rangel Valdés A. Carolina, Villalpando Trejo Cesar, Cantoran Castillo Arquimedes  
Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Odontología.

e-mail:carorngl@gmail.com

Introducción: La planificación virtual en 3D es un estudio que permite al cirujano maxilofacial obtener una detallada visualización y verificación de puntos anatómicos de suma complejidad que ayudan a llegar a un diagnóstico preciso. El factor de que sea una planificación aumentada en 3D facilita la manipulación al reproducir los movimientos óseos que se quieren realizar y confeccionar férulas CAD/CAM que servirán al cirujano como guías quirúrgicas.

Objetivo: Conocer la precisión que nos brinda la planificación virtual para observar las estructuras, manipularlas y con ello ejecutar las osteotomías de acuerdo al plan de tratamiento.

Presentación del caso: Paciente femenino de 19 años de edad cuyo motivo de consulta es "quiero morder bien y mejorar el aspecto de la cara"

Presenta desviación de la línea media mandibular de 3.5mm hacia el lado izquierdo, clase III esquelética, clase III canina y molar derecha, mordida cruzada posterior izquierda y proinclinación de incisivos superiores.

El plan de tratamiento ortodóncico se coloca aparatología Roth 0.18 en arcada superior e inferior para posteriormente poder colocar arcos pesados y vástagos quirúrgicos.

Plan de tratamiento quirúrgico I

-Osteotomía Le Fort tipo I

-Osteotomía sagital de rama mandibular bilateral haciéndose corrección de línea media mandibular y retroceso mandibular de 3mm.

Plan de tratamiento quirúrgico II (menos invasivo)

-Osteotomía sagital de la rama mandibular bilateral haciéndose corrección de línea media mandibular y retroceso mandibular de 4mm.

Resultados: Los movimientos esqueléticos intraoperatorios que se realizaron dieron como resultado incisivos superiores adelantando 5mm y descendiendo 2mm sin cambio en la línea media; en sagital de la rama del lado derecho retrocede 3,7mm y el izquierdo avanza 1,16mm.

Conclusiones: La implementación de esta metodología contribuye a la precisión del diagnóstico y plan de tratamiento facilitando al cirujano el estudio del caso proporcionando todo en un programa, brindando guías quirúrgicas y eliminando errores sistemáticos.

Bibliografía:

Joan Birbe, Planificación clásica de cirugía ortognática, 17 de julio del 2014 Barcelona España.

Aboul Samir- Centenero Hosn, Planificación tridimensional y utilización de férulas Computer Aided Design/ Computer Aided Manufacturing en cirugía ortognática, 17 de julio del 2014 Barcelona España.

Wolford M. Larry, Chemello D. Peter, Hiliard Frank, Oclussal plan alteration in orthognathic surgery- part I: Effects on function and esthetics, September 1994

Reyneke P. Johan, Essentials of orthognathic surgery, 2003

Wolford M. Larry, A Modified Leverage Technique to simplify the Le Fort I downfracture, 2004.

## **PROTOCOLO DENTAL PARA LA ATENCIÓN A PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL PREOPERATORIO A TRASPLANTE**

García González A, González Páder M, Mendoza Tijerina J, Salinas Quiroga.

Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Odontología.

Departamento: Módulo Odontológico de Apodaca

e-mail: myrna\_saqu@hotmail.com

Introducción: La enfermedad renal crónica terminal es un estado progresivo cuando los riñones no son capaces de llevar a cabo su función excretora normal. La deficiencia progresa llegando a niveles que son incompatibles con la condición de la vida (Incapacidad de filtración mayor a 75%).

Manifestaciones Orales: El 90% de los pacientes con ERCT sufren signos y síntomas bucales afectando hueso y tejidos blandos, sin embargo estos no son determinantes de la enfermedad.

Manejo en la Clínica Dental del Paciente con Insuficiencia Renal Interconsulta médica y trabajo multidisciplinario.

Toma de la presión arterial al inicio de cada cita y administración de profilaxis antibiótica.

Evitar el uso de AINES, tetraciclinas o cualquier compuesto que se concentre en cantidades elevadas en los riñones.

Se deben disminuir las dosis de los medicamentos por nefrotoxicidad.

No realizar tratamiento que produzca hemorragia.

Valoración bucal completa clínica y radiográfica.

Realizar exámenes de laboratorios: sobre la capacidad hemostática y biometría hemática.

Los anestésicos locales con base amida (lidocaína, mepivacaína, prilocaína) no necesitan cambios en la dosificación, aunque el riñón es el órgano de excreción de estos compuestos, el hígado es el responsable de su metabolismo.

El uso de ansiolíticos benzodiazepínicos (diazepam) en pacientes aprehensivos muestra amplia seguridad.

Cuando el paciente es manejado por hemodiálisis, generalmente su problema renal es grave y tiene que ser sometido a este tratamiento varias horas semanalmente, por ello el paciente no es apto para tratamientos odontológicos prolongados.

El tratamiento dental del paciente debe ser lo más próximo a la realización de la hemodiálisis para poder manejarlo mejor, pero esta atención no debe ser dentro de las primeras cuatro horas de haber recibido diálisis, pues aún estará presente el efecto de la heparina lo que puede exponer a sangrado prolongado, en este tipo de observación están incluidas las punciones anestésicas. Se debe planear el tratamiento al día siguiente de haber sido efectuada la hemodiálisis.

Presentación del Caso: Paciente femenino de 47 años de edad acude a consulta presentando como alerta médica Insuficiencia Renal Crónica Terminal en proceso a trasplante, hipertensión, anemia y actualmente recibiendo terapia de hemodiálisis 3 veces a la semana.

Bibliografía:

Montero S, Basili A, Castellón L. Manejo odontológico del paciente con insuficiencia renal crónica. *Revista Odontológica de Chile* (2002); 93 (2): 14-18.

Jover A, Bagán J, Jiménez Y, Poveda R. Dental management in renal failure: patients on dialysis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. (2008 Jul I); 13 (7): E419-26.

Díaz A, Hernández J, Pérez C. Alteraciones bucodentales en niños con insuficiencia renal crónica y trasplante renales. *Acta Odontológica Venezolana* (2010); 48 (2): 1-11.

Proctor R, Kumar N, Stein A, Moles D, Porter S. Oral and dental aspects of chronic renal failure. *Journal of Dental Research* (March 2005); 84 (3): 199-208

Fernández O. Complicaciones odontológicas de la insuficiencia renal crónica. 2009,.

Espitia S, Carbonell Z, Carmona M. Hallazgos Estomatológicos relacionados con la insuficiencia renal crónica. Estudio de cohorte. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud* (2008); 3 (2): 95-103.

Alberto G, Zayas R, Fragoso R, Cuairán V, Hernández A. Manejo Estomatológico en pacientes con insuficiencia renal crónica: Presentación de caso. *Revista Odontológica Mexicana* (Sep 2009); 13 (3): 171-176.

Borawski J, Wilcz?ska-Borawska M, Stokowska W, My?liwiec M. The periodontal status of pre-dialysis chronic kidney disease and maintenance dialysis patients. *Oxford Journals Nephrol Dial*

Transplant (2007); 22 (2): 457-467.

Craig RG. Interactions between chronic renal disease and periodontal disease. Oral Disease (2008); 14: 1-7.

Carrasco L, Chou J. Perioperative management of patients with renal disease. Oral Maxillofacial Surg Clin N Am 18 (2006) 203-212.

Francisco j silvestre Andres plaza odontología en pacientes especiales Madrid 2007 editorial PUV

## **PREDICTORES DE ENFERMEDADES SISTEMICAS EN CAVIDAD ORAL**

Alcántara González DA; Mascorro López GE; Rivera Álvarez G; Salinas Quiroga MD. Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Odontología.

Departamento: Módulo Odontológico de Apodaca

e-mail: myrna\_saqu@hotmail.com

Introducción: La identificación temprana de los padecimientos bucales puede contribuir al pronto diagnóstico y tratamiento de otras enfermedades sistémicas. La historia clínica es determinante para la buena atención de los pacientes y el conocer sus antecedentes permite tener una referencia de los problemas sistémicos que pudiese tener el paciente. (*Arguello 2013*)

Objetivo: Demostrar que mediante un examen clínico minucioso y estudios de laboratorio complementarios es posible identificar alteraciones sistémicas en el paciente.

Presentación del caso: Paciente femenino de 39 años de edad que se presenta a consulta refiriendo que deseaba realizarse tratamiento de ortodoncia debido a que sus piezas dentales comenzaban a desplazarse dejando espacios entre sí, sin tener el conocimiento de padecer una enfermedad sistémica. Al momento de realizar la exploración intraoral se observó un problema periodontal crónico en donde concluimos que dicha enfermedad se encontraba en un estado avanzado no concordando con la edad de la paciente.

Resultados: Antes de realizar cualquier tratamiento odontológico es necesario realizar una adecuada historia clínica donde los antecedentes juegan un papel primordial en la detección de enfermedades sistémicas, sin embargo en la odontología se presentan manifestaciones clínicas que nos dan indicios de problemas sistémicos. En particular en el presente caso los problemas periodontales nos sugirieron que presentaba algún tipo de enfermedad sistémica relacionada con la diabetes, se detectó que presentaba 291 mg/dl de glucosa en sangre, se estableció un diagnóstico de diabetes.

Conclusión: Como profesionales de la salud debemos ver al paciente integralmente, nunca pasar por alto cualquier signo de enfermedad sistémica, ya que esto no solo podrá mejorar su salud bucal, sino podría salvarle la vida.

Referencias bibliograficas:

Robbins MR. Impacts and interrelationships between medications, nutrition, diet, and oral health. In: Nutrition and oral medicine. Touger-Decker R, Sirois DA, Mobley CC (Eds.). New Jersey: Humana Press Inc. 2005. Pp 87-104.



Islam NM, Bhattacharyya I, Cohen DM. Common oral manifestations of systemic disease. *Otolaryngol Clin N Am.* 2011;44:161-82.

Jeffrey M Casiglia. Oral manifestations of systemic diseases

Whiting D., Han Cho N.; Federación Internacional de Diabetes; ATLAS de la diabetes de la FID, 6ta edición; 2013.

Romero Manuel et al. " ENFERMEDADES BUCALES CON REPERCUSIÓN SISTÉMICA". *Odontol. sanmarquina* 2004; 8 (1) : 42-45. Lima, Perú.

## **PROPUESTA DE MANEJO EN ODONTOPEDIATRÍA PARA PACIENTE CON DISPLASIA ECTODÉRMICA**

Zea Rey Paola Stella, García Flores Raúl Antonio, Moreno Peña Brenda Lizeth

Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Odontología

Introducción: La displasia ectodérmica es una enfermedad genética muy rara, varía entre 1:10.000 y 1:100.000 niños nacidos vivos y es más frecuente en varones. la cual se encuentra caracterizada por manifestaciones odontoestomatológicas importantes; presenta aspectos interesantes desde el punto de vista del diagnóstico, así como la rehabilitación conjunta ortodóntica, protésica y estética. El objetivo: de este trabajo es proponer un manejo odontológico integral de un paciente pediátrico con displasia ectodérmica. Presentación del Caso:La mayoría de estos pacientes acuden con el odontopediatra en busca de tratamientos que puedan resolver múltiples alteraciones bucodentales, las cuales van desde malformaciones anatómicas dentales , ausencia total o parcial de piezas dentarias y un mal desarrollo de sus maxilares entre otras. Existen diferentes opciones de tratamientos para los pacientes y su éxito se basa en la atención temprana y en el diagnóstico adecuado de cada alteración. Resultados y Conclusiones: El odontopediatra es parte fundamental del equipo interdisciplinario que atiende a estos pacientes, por tal motivo debe contar con los conocimientos y herramientas necesarias para resolver de manera eficaz las alteraciones bucodentales y ofrecer una buena calidad de vida desde el punto de vista odontológico. Actualmente existe la necesidad de la creación de una guía clínica certificada para la atención de estos pacientes.

Bibliografía:

Pipa Vallejo A, López-Arranz Monje E, González García M. Tratamiento odontológico en la displasia ectodérmica. Actualización. *Av.Odontoestomatol.*2006;22(3):171-176.

Marín Botero ML, Espinal Botero G, Arroyo Fuentes TM, Posso Zapata MV, David Pérez M, Castañeda Peláez DA, Sierra Pérez JI. Displasia ectodérmica hipohidrótica: Reporte de casos. *Av Odontoestomatol.* 2013;29(1):11-23.

Silva KP, Alpízar BG, Betancourt EEC, Ávila GdA. Opciones de tratamiento protésico en niños con oligodoncias por displasia ectodérmica hidrótica. *Medisur:Revista de Ciencias Médicas de Cienfuegos.*2014;12(3):501-509.

Alves N, Oliveira RJ, Deana NF. Displasia Ectodérmica Hipohidrótica: un Síndrome de Interés para la Odontología. *Int J odontostomat.* 2012;6(1):45-50.

## **EFFECTO DE LA IRRIGACIÓN DURANTE LA PREPARACIÓN BIOMECÁNICA DEL CONDUCTO RADICULAR**

Elizondo Treviño Oscar Eduardo, Ibarra Chapa Ricardo Ladislao, López Martínez Fanny.

Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Odontología

Departamento de Endodoncia Pregrado

e-mail: oscar\_eduardo1996@hotmail.com

**Introducción:** La irrigación del sistema de conductos juega un rol bien importante en la limpieza y desinfección y es una parte integral del procedimiento de preparación del conducto. El objetivo principal es remover microorganismos, productos asociados de degeneración tisular y restos orgánicos e inorgánicos, lo que impide su acumulación en el tercio apical, garantizando la eliminación de dentina contaminada y la permeabilidad del conducto desde el orificio coronario hasta el agujero apical. Muchas soluciones han sido consideradas como irrigantes endodónticos, cada una con sus ventajas y desventajas, sin embargo el hipoclorito de sodio es la alternativa más recomendada para la irrigación del sistema de conductos. Es necesario tener en cuenta que no sólo se debe eliminar el tejido orgánico sino también los productos producidos por la instrumentación, por lo que se deben utilizar irrigantes así como coadyuvantes que eliminen la sustancia orgánica e inorgánica.

**Objetivo o propósito:** Demostrar la importancia de la irrigación durante la limpieza y modelado del conducto en la terapia endodóntica.

Presentar un procedimiento clínico dónde se utilizará como irrigante el hipoclorito de sodio con la finalidad de crear un ambiente aséptico dentro del conducto.

**Presentación del caso clínico:** Paciente de 43 años acude a clínica por cambio de coloración en 2.1. Asintomático, corona metálica  $\frac{3}{4}$  desajustada; a las pruebas de sensibilidad con frío se obtuvo respuesta negativa por lo cual se diagnosticó necrosis pulpar, esto aunado al análisis radiográfico. Se realizó tratamiento de endodoncia y previa toma de cavometría a 19.5 mm se procedió a la instrumentación utilizando técnica de fuerzas balanceadas, irrigación con hipoclorito de sodio al 2.5% y obturación entre citas con hidróxido de calcio y contraste, para finalmente ajustar un cono de gutapercha # 60 y proceder a obturar con técnica de condensación lateral y cemento sellador Ah-Plus,

**Conclusiones y resultados:**La irrigación del conducto radicular durante su limpieza y modelado es fundamental. Esto nos deberá garantizar una correcta desinfección del conducto radicular junto con el procedimiento mecánico y por lo tanto nos aseguramos en obtener un tratamiento exitoso debiéndose complementar con una correcta rehabilitación.

**Bibliografía:**

Torabinejad, M. & Walton, RE. (2010). Endodoncia: principios y práctica. Barcelona, España: Elsevier Saunders.

Siqueira JF, Rocas IN, Favieri A, Lima K. Chemomechanical reduction of the bacterial population in the root canal after instrumentation and irrigation with 1%, 2,5% and 5,25% sodium hypochlorite. J. Endodon. 2000; 6:331-34.

Calderón, BM., Loeza, MA., Ruiz, H., Morán, G., Gómez, MA. & Rodríguez, G. (2013). Análisis fisicoquímico de la interacción hipoclorito de sodio y clorhexidina. *Rev. Odontología actual*, 10(127), pp. 22-23.

Gambarini G et al. Quemical stability of heated sodium hypochlorite endodontic irrigant. *J Endodon* 1998; 24: 432-4

Ciucchi B, Khettabi M, Holz J. The effectiveness of different endodontic irrigation procedures on the removal of smear layer: a scanning electron microscopic study. *Int Endod J* 1989; 22:21-8.

## **PACIENTE CON ARTRITIS SORIÁSICA QUE REQUIERE UN ALARGAMIENTO DE CORONA Y RESTAURACIÓN PERMANENTE**

Leyva Onofre F H, Navarrete Rodríguez V L, Sámano García M, Salinas Quiroga M D.

Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Odontología

Departamento: Módulo Odontológico de Apodaca

e-mail: myrna\_saqu@hotmail.com

Introducción: La artritis psoriásica es un trastorno que causa dolor e inflamación en las articulaciones y ocurre en personas con psoriasis. (Fitzgerald O, 2012)

La etiología es desconocida; se cree que influyen factores genéticos, ambientales y del sistema inmunitario. (Husni, 2010)

Objetivo: Conocer la enfermedad y la relación que guardan los fármacos indicados para su tratamiento quirúrgico odontológico, evaluando si pudiera existir reacción adversa por efectos secundarios.

Presentación del Caso Odontológico: Paciente femenino de 52 años de edad, que padece de Artritis psoriásica, y por lo cual lleva un tratamiento farmacológico con Metotrexato solución inyectable 26 UI cada 7 días.

A la inspección clínica se observa que la pieza 4.5 requiere de la colocación de una corona total de metal porcelana por lo cual es necesario realizar alargamiento de corona en dicha pieza y la administración de un tratamiento farmacológico de Amoxicilina y Ketorolaco o Ibuprofeno.

Resultados: El paciente se atendió en interconsulta con su especialista el cual indicó que había que suspender el uso de Metotrexato por el tiempo necesario para recibir el tratamiento odontológico porque se contraponen con los medicamentos necesarios para éste: Penicilina y AINES (Ketorolaco, Ibuprofeno). Reanudando el tratamiento original posteriormente.

El posoperatorio es de pronóstico favorable ya que el paciente reaccionó bien al tratamiento odontológico.

Conclusión: Es importante tener en cuenta la interacción de los fármacos que se emplearán para el tratamiento odontológico con el fin de prevenir riesgos o complicaciones.

### **Bibliografía**

Fitzgerald O. Psoriatic arthritis. In: Firestein GS, Budd RC, Gabriel SE, et al, eds. *Kelley's Textbook of Rheumatology*. 9th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2012:chap 77.

Gladman DD, Chandran V. Management of psoriatic arthritis. In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH, eds. Rheumatology. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Mosby; 2015:chap 122.

Husni ME. Psoriatic arthritis. In: Carey WD, ed. Cleveland Clinic: Current Clinical Medicine. 2nd ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2010:pp.1187-1189.

J.M. Moll,V. Wright, Psoriatic arthritis, Semin Arthritis Rheum, 3 (1973), pp. 55-78, Medline

J.R. Regueiro,C. Lopez-Larrea,S. Gonzalez Rodríguez,E. Martínez Naves, Inmunología. Biología y patología del sistema inmunitario, 4.a ed., Editorial Médica Panamericana, (2010)

## **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE EXODONCIA Y SU POSTERIOR REHABILITACIÓN CON PRÓTESIS DENTAL INMEDIATA**

Contreras Espinoza MS; Ontiveros Lazcano NB; Torres Guevara A; Salinas Quiroga M D.

Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Odontología

Departamento: Módulo Odontológico Apodaca

e-mail:myrna\_saqu@hotmail.com

Introducción:La prótesis inmediata es aquella que se confecciona antes de las extracciones de los dientes que van a ser sustituidos y se instala inmediatamente después de realizadas las mismas. Esta prótesis no es definitiva, porque los tejidos después del procedimiento quirúrgico sufren modificaciones debidas al proceso cicatrizante.

Objetivo general: Demostrar que es posible realizar el tratamiento de rehabilitación con prótesis inmediata luego de una amplia resección quirúrgica.

Presentación del caso: Paciente masculino de 60 años de edad sin datos clínicos patológicos, acude a consulta con múltiples restos radiculares los cuales necesitaban ser extraídos, se le tomaron impresiones para futura rehabilitación con prótesis dental inmediata. Dentro del plan de tratamiento del paciente se realizaron los siguientes pasos: 1.- se toman impresiones con todos los dientes, 2.- dejar libre los dientes de placa dentobacteriana, 3.-impresión funcional, 4.- modelos funcionales, 5.- registros intermaxilares, 6.- cirugía de los dientes a extraer, 7.- colocación de prótesis inmediata.

Conclusión: La pérdida de piezas dentales es un problema relativamente común que deteriora la calidad de vida de las personas que lo padecen. Con frecuencia, ocasiona pérdida de autoestima, problemas de masticación, alteraciones en la voz e inseguridad en las relaciones sociales.

Resultado:Las prótesis inmediatas son una alternativa de tratamiento protésico que sustituye inmediatamente los dientes extraídos y que proveen al paciente de la restitución de la función fisiológica masticatoria y estética, evitando el deterioro psíquico del mismo. (Criado,2012)

### **Bibliografía**

Criado Mora, Z. M., Sarracent, H., Almagro Urrutia, Z., García Martínez, I., Aragón Marino, T., & Ortiz, F. (2012). Prótesis inmediata post alveolectomía correctora y tuberoplastia bilateral a propósito de un caso clínico. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 11(4), 556-562.

Murray, H., Clarke, M., Locker, D., & Kay, E. J. (1997). Reasons for tooth extractions in dental practices in Ontario, Canada according to tooth type. *International dental journal*, 47(1), 3-8.

Torreblanca, F.D., & Del solar, M. Q. (2014). Prótesis total inmediata como alternativa de tratamiento. *Revista Estomatológica Herediana*, 23(1), 29

Wanderley de Abreu, C., Mollo Junior, F. D.A., & Muñoz Chavez, A. (2007). Sobredentadura inmediata y con carga tardía: revisión de la literatura. *Revista Cubana de Estomatología*, 44(1), 0-0

Díaz, S.A., Gamarra, R., Barrera, S., & De la fuente Chávez, A (2001). Prótesis dental inmediata. *La Carta Odontológica* [revista en internet]

## **USO DEL MTA COMO ALTERNATIVA DE BARRERA APICAL EN EL TRATAMIENTO DE APICIFORMACIÓN**

Chauquet Moisés Jezzini Cantu, Ibarra Chapa Ricardo Ladislao, López Martínez Fanny

Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Odontología

Departamento de Endodoncia Pregrado

e-mail: jezzini.chauquet@gmail.com

**Introducción:** La apexificación consiste en la inducción de una barrera calcificada en un ápice abierto. El hidróxido de calcio ha sido el material más utilizado para inducir la formación de una barrera apical. Recientemente el MTA ha demostrado una buena biocompatibilidad, capacidad selladora y gracias a su elevado pH, puede tener algún efecto antibacteriano. Forma una barrera artificial contra la que es posible condensar un material de obturación.

**Objetivo o propósito:** Promover la desinfección del conducto radicular utilizando técnicas y materiales adecuados durante la terapia endodóntica.

Realizar una barrera apical con agregado de trióxido mineral (MTA) previa desinfección del conducto con la finalidad de sellar el ápice radicular y evitar el paso de contaminantes a los tejidos periapicales y/o viceversa.

**Presentación del caso clínico:** Paciente de 31 años masculino con antecedente de traumatismo en 2.1, evolución de 2 años, integridad coronaria y cambio de coloración, asintomático y negativo a las pruebas de sensibilidad con frío. Radiográficamente se observa radiolucidez apical así como ápice inmaduro; se realiza endodoncia con cavometría 13 mm, se procede a la instrumentación con técnica de fuerzas balanceadas, irrigación con hipoclorito de sodio al 2.5% y se coloca hidróxido de calcio con contraste entre citas; el paciente regresa asintomático y sin evidencia de mal olor o exudado, se procede a colocar MTA en apical, se deposita en conducto y se coloca punta de papel #80 con humedad para favorecer el fraguado y se programa una nueva sesión. Transcurridos 48 horas se verifica el fraguado completo y se obtura ajustando un cono de gutapercha # 80, con técnica de condensación lateral y vertical y cemento sellador AH – Plus.

**Resultados y conclusión:** Al cabo de 1 año del tratamiento el paciente regresa asintomático y radiográficamente se observa una reparación importante en el área periapical.

El uso de un material más eficaz que induzca la formación de una barrera calcificada puede reducir el tiempo del tratamiento considerablemente. De esta forma el manejo del paciente se redujo en un menor tiempo y se obtuvo un resultado exitoso en donde podemos verificarlo con los hallazgos radiográficos así como la exploración clínica.

Referencias bibliográficas:

Torabinejad, M.; Chivian, N.; (1999). Clinical applications of mineral trioxide aggregate. J. Endod.25 (3):197-05

Torabinejad, M.; Hong, C. U.; McDonald, F.; Pitt Ford, T. R.; (1995). Physical and chemical properties of a new root end filling material. J. Endod., 21:349-53.

Giuliani V, Baccetti T, Pace R, Pagavino G. The use of MTA in teeth with necrotic pulps and open apices. Dental Traumatology. 2002;18: 217.

Hachmeister, D., Schindler, W., Walker, W., Thomas, D. The sealing ability and retention characteristics of mineral trioxide aggregate in a model of apexification. Journal of Endodontics. 2002; 28: 386-390.

Walton y Torabinejad.; (2010). Endodoncia principios y práctica. 4da. Edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana. México.

### **ATENCIÓN PRÓTESICA CON PRESENCIA DE DIENTE SUPERNUMERARIO**

Bazaldua Ledesma C; Sánchez de León G; Rodríguez Sepúlveda A.; Salinas Quiroga M D.

Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Odontología

Departamento: Módulo Odontológico de Apodaca

e-mail: myrna\_saqu@hotmail.com

Introducción: Los dientes supernumerarios (DS) son una anomalía del desarrollo que no se observa con frecuencia del 0.3 al 3.8% de la población. Aparecen en cualquier área de los arcos dentales y pueden afectar a cualquier órgano dentario, tienen una morfología variada: dismórficos o cónicos, eumórficos o suplementarios y molariforme que suelen presentar una forma molar irregular.

Son asintomáticos y su hallazgo suele ser casual en pruebas radiográficas de rutina en la clínica dental o bien como consecuencia del retraso en la erupción del diente definitivo habitual. (Murillo, 2013)

Objetivo: Conocer el plan de tratamiento adecuado para pacientes que presentan dientes supernumerarios sin evolución, afección o sucesos en donde se requiera de su remoción quirúrgica y así mismo aprender sobre este tipo de casos.

Presentación del caso:Paciente masculino de 48 años de edad acude a consulta para valoración bucal general, presenta coronas  $\frac{3}{4}$  en zona antero superior desde hace aproximadamente 23 años el cual refiere querer realizar un cambio por motivos estéticos a la fecha no presta sintomatología.

Radiográficamente se observa un área radiopaca a un nivel de ápice de la pieza 2.1 que corresponde a un Mesiodens incluido, el cual no presenta datos aparentes de evolución.

Resultados: Debido a que en el proceso evolutivo del paciente no ha presentado sintomatología se presume que el pronóstico es favorable.

Conclusión: Se concluye que el tratamiento elegido fue el indicado para llevar a cabo la correcta rehabilitación bucal del paciente ya que el Mesiodens ha permanecido incluido en boca por más de 20 años sin datos aparentes de evolución y por tal motivo podemos mantenerlo en observación.

Bibliografía:

Ballesteros, G. B. (2015). Dientes multiples supernumerarios no relacionados a un síndrome: reporte de un caso. *Revista estomatologica*, 13-19.

Erika Colombo Sgaraglino, O. Q. (2013). Problemas asociados con la presencia de dientes supernumerarios - Reporte. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*, 1-12.

Fuentes, E. E. (21 de 04 de 2015). *Notas para el estudio de Endodoncia UNAM*. Obtenido de Notas para el estudio de Endodoncia UNAM: <http://www.iztacala.unam.mx/~rrivas/reconstruccion4.html>

Murillo, M. P. (2013). Dientes supernumerarios. Reporte de un caso clínico. *Revista odontológica mexicana*, 91-96.

Polanco, J. C. (25 de 10 de 2014). *Asiscmaxilo.com*. Obtenido de Asiscmaxilo.com: <http://www.asiscmaxilo.com/tratamientos-quirurgicos/cirugia-oral/dientes-supernumerarios/>

Shillingburg, H. T. (2006). *Fundamentos Esenciales en Prótesis Fija*. Barcelona: Quintessence S.L.

Sosa, P. (01 de 04 de 2012). *Embriología Buco-Dental*. Obtenido de Embriología Buco-Dental: <http://embriopam.blogspot.mx/2012/04/dientes-supernumerarios.html>

Téllez, L. L. (2008). Rehabilitación con coronas completas de metal porcelana. *odontología sanmarquina*, 78-82.

## **PERIODONTITIS CRÓNICA E HIPERPLASIA GINGIVAL ASOCIADA A ANTIEPILÉPTICOS**

Quiroga Caballero A K; Serna Garza C; Torres Guevara A; Salinas Quiroga M D.

Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Odontología

Departamento: Módulo Odontológico de Apodaca

e\_mail: myrna\_saqu@hotmail.com

Introducción; La crisis epiléptica es una descarga neuronal anormal y excesiva de un grupo de neuronas cerebrales. Pueden ser:

- Crisis parciales o focales: Las descargas afectan a una parte del cerebro.
- Crisis generalizadas: Las descargas comprometen a todo el cerebro.

El uso de anticonvulsivos principalmente la fenitoína puede causar hiperplasia gingival (Escudero Castaño N, 2008).

Meráz (1998), encontró alteraciones como: glositis benigna, paladar profundo, desmineralización e hipoplasia del esmalte, caries, maloclusión, reabsorciones óseas y radiculares y labios resecos.

Signos y síntomas:

- Edema
- Eritema
- Aumento o recesión de la encía
- Placa o cálculo supra y subgingival
- Movilidad
- Exfoliación dental

Objetivo General: Rehabilitación de un paciente con antecedentes de epilepsia.

Objetivos Específicos: Realización de extracciones múltiples y cirugía preprotésica.

Colocación de prótesis inmediatas totales en maxilar superior e inferior.

Presentación del caso: Paciente masculino con antecedentes de epilepsia, de 44 años de edad que acude a consulta y refiere presentar movilidad dental generalizada desde hace aproximadamente un año. Actualmente el paciente refiere sentir dolor al masticar.

Se realizó el examen clínico y radiográfico, se efectuaron las extracciones dentales en maxilar superior e inferior simultáneamente con alveoloplastia en ambos maxilares debido al deficiente soporte óseo. Posteriormente se colocaron prótesis totales inmediatas para mejorar la funcionalidad masticatoria y estética. Después de una semana se retiró la sutura y se valoró el proceso de cicatrización.

Resultados: Después de colocar las prótesis inmediatas y adaptarlas con un acondicionador de tejidos, fue notorio el cambio estético y fisiológico, lo cual derivó en un resultado exitoso y favorable para el paciente quien relata estar satisfecho.

Conclusión: Los fármacos antiepilépticos como lo es la fenitoína producen hiperplasia gingival al consumirlos de manera crónica, afectando la salud periodontal del paciente.

Bibliografía:

Asencio Mejía M.G. Condiciones del tratamiento terapéutico en pacientes con epilepsia en la atención odontológica. 32-48

Hernández, M. R. (2012). Efecto de la utilización de prótesis dentales en la percepción de salud bucal. 69-75

N., E.-C. (2008). Revisión de la periodontitis crónica: Evolución y su aplicación clínica. 7-12

Salinas, D. (s.f.). Atención Odontológica de pacientes con Epilepsia. 1-3.

Vasquez, M. d. (2011). Periodontitis crónica. 2-7.

### **CIRCUNSTANCIAS IMPREVISTAS DURANTE EL ACCESO ENDODONTICO**

Lozano González Miguel Alan López Martínez, Fanny, Ibarra Chapa Ricardo Ladislao

Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Odontología

e-mail- fannylopezendodoncia@yahoo.com



Introducción: Pueden producirse accidentes al intentar localizar la cámara pulpar o los orificios de los conductos a través de una cavidad de acceso insuficiente. Los aspectos más importantes de una perforación lateral son la localización y el tamaño de la misma. En ocasiones hay que realizar un colgajo para aplicar, eliminar o alisar el exceso de material de reparación. Se ha comprobado que la reparación interna de estas perforaciones con agregado trióxido mineral (MTA) proporciona un sellado excelente.

Objetivo: Conocer métodos alternativos para mejorar la situación clínica, circunstancias imprevistas o indeseables que pudieran modificar el pronóstico del tratamiento.

Presentación de casos clínicos: Paciente femenino de 57 años que acude a consulta para realizar un tratamiento endodóntico por motivos protésicos en 1.2. La pieza dental presentaba integridad coronaria así como vitalidad pulpar, se procede a la anestesia y aislamiento absoluto; durante el acceso se realiza accidentalmente una perforación lateral en sentido vestibular, una vez ubicada se sella con MTA; se irrigó con hipoclorito de sodio al 2.5%, se instrumentó con técnica de fuerzas balanceadas y obturación con técnica de condensación lateral y vertical y cemento sellador AH - Plus. Se refleja un colgajo exploratorio para comprobar el sellado del material reparador. Posterior a una evaluación clínica y radiográfica de 6 meses se refiere para su rehabilitación.

Resultados: Clínicamente se logró el sellado con MTA permitiendo continuar con el tratamiento de una manera aislada.

Conclusiones: Se debe buscar trabajar siempre sin margen de error, para esto debemos reunir una serie de conocimientos tanto anatómicos como de procedimiento clínico, y en caso de que ocurran situaciones accidentales resolverlos de inmediato junto con el especialista para que mejore el pronóstico dental.

Bibliografías:

Rodríguez Rocha., A. C., Genoveva Hernández Padrón, G., García Garduñoc, M. V., García Arandad, R. "Análisis fisicoquímico del MTA Angelus® y Biodentine® mediante difracción de rayos X, espectrometría de energía dispersiva, fluorescencia de rayos X, microscopio electrónico de barrido y espectroscopía de rayos infrarrojos". Revista Odontológica Mexicana. Volume 19, Num 3, 2015, Pag 174–180

Ochoa, L., Moreno, S. Piarpuzán, D., Rodríguez, P., Herrera, A. Moreno, S. "Evaluación Del Éxito Y/O Fracaso De Los Tratamientos De Endodoncia En Dientes No Vitales Realizados En La Escuela De Odontología De La Universidad Del Valle. Serie De Casos" Revista Estomatología, Vol. 22 no. 02 (2014)

Caronna V., Himel V., Qingzhao Yu, Jian-Feng Zhang, Kent Sabey, Comparison of the Surface Hardness among 3 Materials Used in an Experimental Apexification Model under Moist and Dry Environments, J Endod., Volume 40, Issue 7, Pages 986–989, July 2014.

Cedillo J., Espinosa R., Curiel R., Huerta A., A new bioactive dentine substitute. Purified Tricalcium Silicate, ROBDY, vol. II, no. 2, Mayo-Agosto 2013.

Garrido Mori Graziela, Ligia Moraes Teixeira, Danilo Louzada de Oliveira, Larissa Menegucci Jacomini, Sindinéia Rodrigues da Silva, Biocompatibility Evaluation of Biodentine in Subcutaneous Tissue of Rats, JOE - Publication stage: In Press Corrected Proof, Published Online: April 24, 2014.

## **DENS INVAGINATUS: TRATAMIENTO ENDODONTICO CON TECNOLOGIA DE PUNTA**

Monsivais Chagoya Ileana Nohemí, López Martínez Fanny, Ibarra Chapa Ricardo Ladislao  
Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Odontología  
e-mail: fannylopezendodonia@yahoo.com

Introducción: El dens invaginatus constituye una alteración en la morfología de la pieza dentaria. Rara vez se diagnostica clínicamente, pues solo se altera la translucidez del diente afectado sin ofrecer sintomatología específica. Radiográficamente se aprecia una estructura dentaria dentro de otra.

Propósito: Describir el manejo endodóntico de un dens invaginatus ya que estas piezas constituyen un verdadero desafío por la morfología del conducto radicular, que suele involucrarse alrededor de la invaginación.

Presentación del caso: Paciente femenino de 12 años acude a consulta presentando dolor en pieza 2.1 con fístula vestibular en la pieza 2.2. Radiográficamente se observa un dens invaginatus en la pieza 2.1 con radiolucencia apical. Se indicó tratamiento de conductos en la pieza 2.1, antes de realizar el tratamiento se elaboró una reducción de riesgos utilizando imágenes a relieve. Se realizó un acceso por palatino y otro por vestibular, ya que son dos conductos independientes que se unen en un punto determinado. La instrumentación se realizó con ultrasonido en conjunto con hipoclorito de sodio, se dejó CaOH durante 15 días y se selló con resina fluida. Se obturó con MTA debido a la anatomía irregular de ambos conductos, se aplicó un poste de fibra de resina y una resina fluida.

Resultados: Con el uso de la tecnología y un buen diagnóstico de la pieza dental se logran buenos resultados a pesar de las alteraciones morfológicas que se pueden presentar, devolviendo la función masticatoria y la estética.

Conclusiones: Es de suma importancia obtener el mejor diagnóstico, así como planear el tratamiento adecuado, en este caso se deduce que dentro de la endodoncia es indispensable utilizar materiales adecuados a la situación clínica así como tecnología de punta para resolver casos complicados llevándonos así al éxito.

### Referencias:

Yoshihiro Kataoka, Kensuke Yamauchi, Masaji Saito, Shinnosuke Nogami, Yoshihiro Yamaguchi, Hiroki Saito, Hiroyuki Kumamoto, Tetsu Takaha. "Radicular Cyst associated with anomalous tooth, suspicious of dens invaginatus: Report of two cases." Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Medicine and Pathology, 2016.

A.J. Pereira, R.A. Fidel, S.R. Fidel, Maxillary lateral incisor with two root Canals: fusión, germination or dens invaginatus?, Braz Dent J, 11 (2000), pp. 141-146.

H. Steffen C. Splieth, Conventional treatment of dens invaginatus in maxillary lateral incisor with sinus tract: one year follow-up, J Endod, 31 (2005), pp. 130-133

Ranganathan. J., Rangarajan Sundaresan. M., K., and Ramasamy, S., "Case Report Management of Oehler's Type III Dens Invaginatus Using Cone Beam Computed Tomography" Hindawi (2016) .  
Ayilliath, A., Nandan,S., Raj. AC., "Multiple Dens Invaginatus - A case report and review of literature".  
Indian Journal Case Report, (2016) Vol. 2 Num. 1

## **RETRATAMIENTO ENDODÓNTICO**

Sáenz Guillen Stephany Sofía, López Martínez Fanny, Ibarra Chapa Ricardo Ladislao

Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Odontología

e-mail: fannylopezendodonia@yahoo.com

Introducción: El tratamiento endodóntico puede fracasar por diferentes razones. Frecuentemente la imposibilidad de erradicar los microorganismos presentes al comenzar el tratamiento o su reintroducción en los conductos radiculares tras la conclusión del mismo. También comprometen el éxito, accidentes endodónticos como perforaciones, obstrucción del conducto, formación de escalones, transportación del conducto y separación de instrumentos.

Objetivo: Repetir el tratamiento endodóntico para eliminar la causa que provocó el fracaso de una manera conservadora.

Presentación del caso: Paciente masculino de 50 años acude a consulta, asintomático con antecedentes de tratamiento endodóntico con evolución de 3 años en 1.1 y 2.1, presentando pérdida coronaria, cambio de coloración y exposición de gutapercha con evidente contaminación. Se procede a su retratamiento; previa anestesia local y aislamiento absoluto se elimina la gutapercha utilizando medios térmicos, mecánicos y químicos. El tratamiento se realizó en varias sesiones debido al manejo entre citas con hidróxido de calcio, irrigación con hipoclorito de sodio al 2.5% y técnica de instrumentación de fuerzas balanceadas. Durante el retiro de la gutapercha se separaron dos instrumentos manuales Hedström, se retiraron con Ultrasonido, se obturó con técnica de condensación lateral y vertical de gutapercha y cemento sellador AH-Plus, para posteriormente referirse a su restauración.

Resultados: Se logró realizar el retratamiento de una manera conservadora y segura para que el paciente conservara el diente.

Conclusiones: Es importante al término de la terapia endodóntica establecer comunicación con nuestros pacientes y hacerles ver la necesidad de su rehabilitación para evitar el fracaso, así como los riesgos que se pudieran presentarse durante la repetición de la endodoncia que van desde la no resolución exitosa, cirugía apical y/o extracción dental.

### **Bibliografía:**

Diaz Casanova S.M., Félix Pereyra D.E., Flores Treviño J.J., Quiroga Sandoval S., Rodriguez Delgado I., "Retratamiento Endodóntico no quirúrgico. Reporte de un caso clínico.", Remexesto, Vol 2, Num. 3, 2015.

Kang M, In Jung H, Song M, Kim SY, Kim HC, Kim E. "Outcome of nonsurgical retreatment and endodontic microsurgery: a meta-analysis". *Clinic Oral Investig*. 2015 Apr; 19(3):569-82.

Peterson SN, Meissner T, SU AI, Snesrud E, Ong AC, Schork NJ, Bretz WA. Functional expression of dental plaque microbiota. *Front Cell Infect Microbiol*. 2014;4: 108

Asgary S, Ehsani S. MTA resorption and periradicular healing in an open-apex incisor: A case report. *Saudi Dent J*. 2012 Jan; 24(1):55-9. doi: 10.1016/j.sdentj.2011.08.001. Epub 2011 Aug 27

Idris M, Sakkir N, KJ N, Kini A. Endodontic Retreatment of a Mandibular Second Molar with four Separate Roots: A Case Report. *J Clin Diagn Res*. 2014 Mar; 8(3):280-2. doi: 10.7860/JCDR/2014/8441.4187. Epub

### **OSTEONECROSIS DE LOS MAXILARES POR BIFOSFONATOS**

Elizondo Gonzalez Juan Carlos De Jesus, Garza De La Garza Luis Javier, Villalpando Trejo Cesar. Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Odontología.

Departamento de Cirugía y Patología

e-mail: juanc\_elizondogzz@hotmail.com

Introducción: La osteonecrosis por bifosfonatos es una enfermedad de reciente aparición que muestra la literatura su primer caso en el 2002 por el Dr. Marx. Es una lesión patológica que afecta los maxilares como secuela del tratamiento con bifosfonatos en ausencia de antecedentes de radioterapia previas. 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, el cual su composición química esta constituida por dos grupos de fosfatos unidos a un carbono central. Su mecanismo de acción es preservar y fortalecer el hueso existente, incrementando mineralización.

Esta enfermedad se presenta en pacientes con osteoporosis, metastásis en hueso e hipercalcemia maligna por lo general.

La fisiopatología de los bifosfonatos en hueso reside en inhibir la activación y proliferación de los osteoclastos así disminuyendo el remodelado de hueso.

Su predilección en maxilares se asocia su relación con los dientes y su posible propagación de microorganismos. El trauma en el hueso alveolar ejercido por las fuerzas masticatorias y su vascularidad comprometida de los maxilares.

Objetivo: El objetivo de este trabajo es explicar a los estudiantil y especialistas en odontología las características clínicas, etiología y tratamiento ; sobre esta enfermedad que se asocia al tratamiento con bifosfonatos, explicando sus causas y prevención.

Presentación del caso: Paciente de 62 años de edad, manejado en periodo de 6 años con fosamax, con antecedentes de cirugía de inclusión dental 1 año atrás . Clínicamente manifestaba salida de material purulento, fue tratado con antibioticoterapia y curetajes peridontales al ser interpretado como una bolsa periodontal secundaria a la remoción del tercer molar.

Conclusión: el odontólogo tiene un papel importante prevenir estas complicaciones, retirando focos infecciosos en cavidad oral antes de iniciar el tratamiento con bifosfonatos .

Referencias:

Ardilla Medina. (2010). Alternativas de tratamiento para la osteonecrosis de los maxilares asociada a bifosfonatos. Avances en odontoestomatología, vol 26, pp.

Timoleon Anguita C. (2006). Osteonecrosis asociada al uso de bifosfonatos. Revista medica Chile, 134, 1161-1165.

Escobar Lopez. (2007). Osteonecrosis de los maxilares asociada a bifosfonatos: revisión sistemática. Avances en odontoestomatología, 23, 91-101.

Jaimes M. (2008). Bifosfonatos asociado a osteonecrosis de los maxilares: Revisión de la literatura. Avances en odontoestomatología, 24, 219-226.

Rocio Gloria Fernandez López. (enero-marzo 2013). Osteonecrosis mandibular asociada a bifosfonatos. Presentación de caso clínico. Revista odontologica mexicana, 17, 47-50.

Miguel Jaimes. (2008). Bifosfonatos y osteonecrosis de los maxilares. Consideraciones sobre su tratamiento. International journal morphology, 26, 681-688.

F. Saiz Caceres. (2008). Osteonecrosis maxilar asociada a bifosfonatos. A proposito de un caso. Medicina paliativa, 15, 65-68.

Laurence Brunton. (2012). Las bases farmacológicas de la terapéutica. California: MCGRAW HIL.

## **RESUMEN PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO DE DIENTES NATALES**

Fabela Godina Alicia, Sánchez García Gustavo Adolfo, Quintanilla Arreosola Hortensia

Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Odontología.

Departamento Módulo de San Nicolás

Introducción: La Erupción Dentaria se define como el movimiento de un diente de su sitio de desarrollo, dentro del proceso alveolar hasta su posición funcional en la cavidad bucal.

Los dientes presentes al nacimiento son llamados dientes natales, mientras que aquellos que erupcionan treinta días después del nacimiento son llamados dientes neonatales.

La Frecuencia de los dientes natales y neonatales es de 1 en 2.000 nacimientos en dos Hospitales de Chicago.

La presencia de dientes natales y neonatales definitivamente es una alteración cronológica e histológica cuya etiología todavía es desconocida.

Objetivo: Determinar las posibles soluciones de dientes natales, y evaluar las características clínicas de un niño que se encuentra en cuidados intensivos neonatales.

Presentación del caso: Se realizó interconsulta en el hospital la conchita, En la unidad de cuidados intensivos neonatales. El niño de 5 días de nacido con un peso de 1.600 que presenta dientes natales con una movilidad clase III y con una irritación en su boca.

Diagnostico: Dientes natales con movilidad clase III. Que no presentan madurez.

Plan de tratamiento: Se optó por la extracción ya que eran dientes natales inmaduros y principalmente por su gran movilidad ya que el niño corría riesgo de aspiración. También impedía la alimentación del niño y causaba molestias a la madre.

Resultados: El niño pudo ser intubado y logro tener una correcta alimentara de la madre vía oral sin problema. La zona irritada en su boca desapareció.

Conclusión: Los dientes natales son generalmente una problema benigno. Sin embargo, pueden interferir con la lactancia materna. La extracción del diente se indica si es supernumerario, no está bien implantado o es excesivamente móvil, lo que se asocia con un riesgo de aspiración.

#### Referencias bibliográficas

Schour , I. & Massler, M. Development of the human dentition. J. Am. Dent. Assoc., 28:1153-60, 1941.

Massler, M. & Savara, B. S. Natal and neonatal teeth. A review of 24 cases reported in the literature. J. Pediatr., 36:349-59, 1950.

Spouge, J. D. & Feasby, W. H. Erupted teeth in the newborn. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol., 22:198- 208, 1966.

Zhu, J. & King, D. Natal and neonatal teeth. ASDC J. Dent. Child., 62:123-8, 1995.

Gladen , B. C.; Taylor, J. S.; Wu, Y. C.; Ragan, N. B.; Rogan, W. J. & Hsu, C. C. Dermatological findings in children exposed transplacentally to heatdegraded polychlorinated biphenyls in Taiwan. Br. J. Dermatol., 122:799-808, 1990.

## **EXTRUSIÓN QUIRÚRGICA**

Garza Méndez Samantha, Torres Ángel, Torres Alan.

Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Odontología, Módulo San Nicolás

Departamento de Periodoncia y Restauradora

Introducción: Los procedimientos quirúrgicos para alargamiento clínico dental y la extrusión quirúrgica están indicados a causa de la pérdida de tejido dental restaurable, que puede presentarse por diferentes motivos como caries profunda a nivel cervical, por trauma dental que produzca fracturas coronales, además de perforaciones endodontales en el primer tercio radicular.

Objetivo: Por medio de la extrusión quirúrgica lograr el aumento de corona clínica, para evitar la pérdida de la pieza dental.

Presentación de caso: Paciente femenino de 63 años de edad, acude a consulta refiriendo presentar fractura en premolar inferior izquierdo hace aproximadamente presento molestia a la masticación, actualmente esta asintomática.

Intraoralmente se observa obturación de amalgama fracturada en pieza 3.5, radiográficamente se observa área radiolúcida en pared distal por debajo de la unión amelocementaria, cerca de cámara pulpar.

Diagnóstico: Fractura distal subgingival de amalgama cerca de cuerno pulpar en pieza 3.5 además de ensanchamiento de ligamento periodontal.

Tratamiento: Se indica tratamiento de conductos, se realiza extrusión quirúrgica y se feruliza. Posteriormente se referirá para su rehabilitación.

Extrusión quirúrgica: Se comenzó realizando la sindemostomia. Posteriormente se realizaron cortes proximales ya se realizó la técnica de extracción atraumática, la cual pide que se hagan cortes proximales para poder luxar la pieza mesiodistalmente y no tanto vestibulolingualmente.

Se luxó con botadores rectos para enseguida volver a introducir los periotomos, los cuales quitaron inserciones periodontales de lado a lado. Se luxó hasta obtener una movilidad clase III. La luxación del diente se hizo a expensas de la tabla vestibulolingual, haciendo movimientos firmes y sostenidos que duraron entre 40 y 30 segundos.

Cuando se encontró la pieza completamente luxada, con el elevador recto se comenzó a elevar como si fuera a ser extraída.

Se verificó la distancia con una sonda periodontal entre el margen del ángulo cavo superficial con la cresta mínimo de 4 mm idealmente 5 mm.

Se colocó una férula con alambre de ortodoncia de acero 0.16.

Resultados: Se logró aumentar la corona clínica dando oportunidad de ser restaurada.

Conclusión: La extrusión forzada es una alternativa para evitar el sacrificio del sistema radicular natural, ayudando además a preservar la arquitectura periodontal relacionada

Referencias:

Bender IB, Rossman LE. Intentional replantation of endodontically treated teeth. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1993; 76: 623-630.

Andreasen JO. Periodontal healing after replantation and autotransplantation of incisors in monkeys. Int J Oral Surg. 1981; 10: 54-61.

Melcher AH. Repair of wounds in the periodontium of the rat. Influence of periodontal ligament on osteogenesis. Arch Oral Biol. 1970; 15: 1183-1204.

Bryson EC, Levin L, Branches F, Abbott PV, Trope M. Effect of immediate intracanal placement of Ledermix Paste(R) on healing of replanted dog teeth after extended dry times. Dent Traumatol. 2002; 18: 316-321.

Bryson EC, Levin L, Branches F, Abbott PV, Trope M. Effect of immediate intracanal placement of Ledermix Paste(R) on healing of replanted dog teeth after extended dry times. Dent Traumatol. 2002; 18: 316-321

## **FRENECTOMIA LINGUAL**

Jonguitud Castillo Rocio Karina, Cantoran Castillo Arquimedes, Sánchez García Gustavo Adolfo  
Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Odontología, Módulo San Nicolás.

Resumen: Se presenta el caso de un Paciente masculino de 3 años de edad que acude a consulta debido a alteraciones de lenguaje, como consecuencia de la presencia frenillo lingual corto, se le realizó una frenectomía.

Introducción: El frenillo lingual se caracteriza por ser una banda fibrosa, que se inicia en la cara ventral de la lengua. Se inserta en la línea media de la mucosa del suelo de la boca.

Presentación del caso: Paciente masculino de 3 años de edad acude a consulta debido a que la madre del paciente comenta que desde sus primeras palabras tuvo dificultad para pronunciarlas, llevándolo con un especialista de terapia de lenguaje determinando que la lengua no le permitía pronunciar adecuadamente.

Diagnostico: Frenillo lingual corto

Técnica: Romboidal

1.- *Anestesia*: Sedación Midazolam 15 mg/3ml y anestesia local infiltrativa a ambos lados del frenillo.

2.- *Preparación de la zona operatoria*: punto de sutura de tracción en la punta lingual.

3.- *Incisión y disección*.

4.- *Sutura*

Tratamiento: Tratamiento quirúrgico la técnica recomendada en este caso es la frenectomía del frenillo lingual.

Conclusión: La lengua es un poderoso órgano muscular, con gran inervación sensorial, sensitiva y motora que debe gozar de gran movilidad para poder realizar diversas funciones dentro de la cavidad oral.

La limitación en la movilidad lingual con frecuencia se debe a la presencia de un frenillo lingual corto o engrosado.

Presentamos un caso clínico de un paciente tratado mediante una frenectomía lingual que responde con éxito tras el tratamiento realizado.

Bibliografía:

Cirugía Oral y Maxilofacial; H.H. Horch; Ed. Masson 1996.

Cirugía Bucal; Cosme Gay Escoda; Ed. Ergon 1999.

Quineche Andrade C. C.Anquiloglosia en el Infante.Lima-Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia; Junio 2010.

Cruañas Sospedra C. Cirugía de afecciones bucales con fines protésicos. Fecha de acceso 17 de septiembre de 2012.

Raspall. G. Cirugía oral e implanto logia. 2da edición. Editorial Panamericana México. 2006; 401,402,403.

## **MANEJO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE AUTISTA**

García Fuentes Nancy Arleth, González Ibarra Valeria, Quintanilla Arreozola Hortencia, Sánchez García Gustavo Adolfo.

Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Odontología, Módulo San Nicolás



Introducción: El autismo es un trastorno del desarrollo en el que la interacción social, el lenguaje, el comportamiento y las funciones cognitivas están severamente afectadas. Con el objetivo de mejorar su calidad de vida en su salud oral, los odontólogos tenemos una labor muy importante de acercamiento a estos niños.

Al proporcionar atención odontológica con sedación o anestesia general, el tratamiento del niño, se puede completar en una sola sesión. Esto permite que el niño experimente las mínimas molestias y regrese para un control posterior como un buen paciente. Los pacientes con autismo o alteraciones cognitivas y del desarrollo son candidatos para este tipo de técnicas ya que hacen imposible su cooperación con los procedimientos odontológicos.

Objetivo: Obtener un mejor manejo de conducta en los pacientes autistas, para no alterar su entorno y poder brindar una adecuada atención y salud bucal.

Presentación del Caso: Paciente masculino de 7 años de edad, se le sometió a una rehabilitación oral bajo anestesia general. El paciente ingresó en ayunas y se le premédico con 11 mg de Dormicum para reducir la ansiedad. Se le administraron gases anestésicos (sevoflurano) por medio de una mascarilla facial, se le indujó por vía intravenosa atropina (0,02 mg/kg) y se realizó la incubación nasotraqueal con una cánula #5. Se prosiguió a realizar la rehabilitación de la cavidad bucal la cual consistió en un profiláctico, 4 resinas fluidas, 6 coronas de acero, 1 pulpotomía y aplicación de barniz de fluoruro.

Resultados: Por medio de la rehabilitación bucal bajo anestesia general se logró restaurar en su totalidad al paciente en una sola sesión, evitando la ansiedad que puede tener en citas con manejo de conducta en el sillón dental.

Conclusión: Los pacientes autistas deben ser solventados por parte de las personas que están a su alrededor. Sus padres o tutores deben ayudar al odontólogo para que juntos puedan hacer que esté en las mejores condiciones posibles para recibir un tratamiento dental sin comprometer su estado físico y psicológico. Con una planificación dental adecuada es posible mantener la salud oral de los pacientes con autismo durante toda su vida.

#### Referencias Bibliográficas:

Aramburo Estefanía, Echeverri Andrea, Marulanda Juliana, Ramirez Katherina, Rico Carolina (2013). Odontología para pacientes autistas.

De la Riva Juan Amodia, Andrés Fraile Ma. Auxiliadora, Trastorno de Autismo y Discapacidad Intelectual.

Gómez Legorburu B., Badillo Perona V., Martínez Pérez E.M., Planells del Pozo P. (2009) Intervención odontológica actual en niños con autismo. La desensibilización sistemática.

Horrutiner Gutiérrez Liuva (2008). Manejo del paciente autista en el consultorio odontológico.

Luzi Arlinda (2013) Manejo en la clínica dental del niño autista.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) (1994)

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) (2013)

Muñoz de la Llave Patricia, (2011), Leo Kanner, el padre del autismo y de las madres nevera.

## **FRACTURA MANDIBULA**

Jiménez López Nadia Montserrat, Cantoran Castillo Arquimedes, Sanchez Garcia Gustavo A.

Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Odontología, Módulo San Nicolás

Introducción: Definimos a la fractura de mandíbula como la alteración estructural del hueso mandibular tras un traumatismo facial de diversa etiología.

Las fracturas nasales son las más frecuentes en traumatología facial siguiendo las fracturas mandibulares, siendo motivo de numerosas consultas en los servicios de urgencias.

Su etiología viene determinada por impactos en el tercio inferior de la cara; las circunstancias y el patrón varía según la población estudiada y puede ser por:

- Agresión
- Accidentes de tráfico.
- Lesiones deportivas.
- Accidentes laborales.
- Caídas casuales.

En los principios básicos en el tratamiento de fracturas mandibulares se incluyen: la reducción de los fragmentos de la fractura, la restauración de la oclusión dental, la fijación de los segmentos y el control de infecciones y/o complicaciones postoperatorias.

Objetivo: Presentar los tipos de fractura mandibular y las opciones de tratamiento dependiendo del grado de fractura mandibular.

Presentación del caso: Paciente masculino, que acude a consulta por presentar fractura mandibular tras un accidente, niega antecedentes personales patológicos de interés para el padecimiento actual, a la exploración física se observa maloclusión, sialorrea, equimosis en fondo del vestíbulo de la región del canino del lado izquierdo, con parestesia del nervio mentoniano y edema en la región izquierda mandibular.

Diagnóstico: Fractura parasinfisaria del lado izquierdo, kazanjian y converse tipo I, simple, ligeramente desplazada.

Plan de tratamiento: Reducción cerrada de la fractura mediante cerclaje en región parasinfisaria izquierda con tornillos de fijación intermaxilar y bloqueo intermaxilar con elásticos, con citas de control cada semana durante 4 semanas.

Resultados: Al finalizar el tratamiento después de 4 semanas se logró la reducción de la pérdida de continuidad ósea en la región del cuerpo mandibular del lado izquierdo mediante el cerclaje y el bloqueo intermaxilar con elásticos.

Conclusión: Es importante conocer la clasificación de las fracturas mandibulares así como realizar una historia clínica adecuada y estudios de imagenología precisa para llevar a cabo un plan de tratamiento correcto y que esté al alcance de las posibilidades económicas del paciente.

Referencias bibliográficas:

Roig, T. P., Molina, M. P., & González, Á. G. R. Fracturas mandibulares.

Tomich, G., Baigorria, P., Orlando, N., Méjico, M., Costamagna, C., & Villavicencio, R. (2011). Frecuencia y tipo de fracturas en traumatismos maxilofaciales: Evaluación con Tomografía Multislice con reconstrucciones multiplanares y tridimensionales. *Revista argentina de radiología*, 75(4), 305-317.

Guía de práctica Clínica prevención, Diagnóstico y tratamiento de fracturas mandibulares en los tres niveles de atención, México; Instituto mexicano del seguro social. 2010.

E.Serena Gómez, L. P. (2009). Factores relevantes en complicaciones de fracturas.

César David Castillo, M. G. (2004). Prevalencia de fracturas en los maxilares de los pacientes que acudieron al servicio de cirugía maxilofacial del hospital clínico universitario. *Acta odontológica Venezolana*.

### **MANEJO DE UNA LESIÓN PERIAPICAL EXTENSA DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA.**

Cárdenas Garza Gustavo Rafael, Treviño Contreras Andrea Lizeth, Villanueva González Raúl. Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Odontología, Módulo Odontológico de San Nicolás.

e-mail: andy.lize87@gmail.com

Introducción: Las lesiones periapicales se dan a causa de la necrosis pulpar y son una de las patologías encontradas con más frecuencia en el hueso alveolar. El tratamiento consiste en la eliminación del agente infeccioso mediante el tratamiento del conducto radicular, para poder lograr la cicatrización de la lesión.

Objetivo: Presentar un caso clínico de retratamientos de endodoncia como parte del plan para intentar reparar y regenerar una lesión periapical extensa.

Presentación del caso: Paciente masculino de 46 años, que se presenta a consulta, mencionando que "le duelen los colmillos". En la exploración intraoral, se observa atrición excesiva en caninos superiores, coronas metal-porcelana en 1.1, 1.2, 2.1 y 2.2, así como tracto fistuloso relacionado a 2.1 y 2.2. Radiográficamente se observa un área radiolúcida a nivel apical de 2.1, 2.2 y 2.3, así como tratamientos de conductos. Al interrogatorio el paciente comentó que los tratamientos se los realizó hace 1 año, debido a un aumento de volumen. Se realizó fistulografía con un cono de gutapercha #25 para observar qué pieza estaba generando dicha lesión. Esto reveló que el cono pasaba en la unión de la gutapercha con el poste del 2.2. Se decidió realizar cirugía exploratoria, en donde se observó pérdida ósea y tejido de granulación en la raíz del 2.2, descartando una perforación o fisura. Se realizaron retratamientos en 2.1 y 2.2, tratamiento endodóntico en 2.3 y 1.3 debido a atrición excesiva y dolor con la prueba al frío. Una vez terminados los tratamientos se procedió a su restauración con postes colados en 2.1 y 2.2; y postes de fibra de vidrio en 1.3 y 2.3, así como la cementación de coronas metal-porcelana en todas las piezas tratadas.

Resultados y conclusión: Se realizaron citas control, observando formación de trabeculado óseo.

Es de suma importancia realizar las pruebas de diagnóstico pertinentes para determinar el plan de tratamiento adecuado, ya que es indispensable la atención general del paciente, enfocándonos en lo que es primordial y ofreciendo un excelente servicio.

#### Referencias Bibliográficas

Pablo E. Molano Valencia, Bibiana I. Yepes Ramírez, Diana M. Riascos Revelo; Cirugía periodontal exploratoria; Revista Nacional de Odontología; Vol. 10, Núm. 19, 2014.

Seltzer S, Sinai I, August D. Periodontal effects of root perforations before and during endodontic procedures. J Dent Res 1970;49:332-9.

García Rubio A., Bujaldón Daza A., Rodríguez Archilla; Lesiones periapicales. Diagnóstico y tratamiento; Av. Odontostomatol, vol. 13, No. 1, Madrid, Ene-Feb 2015.

Cohen, Stephen & Hargreaves, Kenneth M. Pathways of the Pulp. 10th. Ed. Elsevier Mosby. St Louis .2011

Jara Chalco, Zubiata Meza; Retratamiento endodóntico no quirúrgico; Rev. Esstomatol Herediana; 2011; 21(4): 231-236.

### **SEDACIÓN CONSCIENTE CON MIDAZOLAM**

Ayerim González Montalvo, Gustavo Adolfo Sánchez García, Hortencia Quintanilla Arreozola.

Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Odontología, Módulo de San Nicolás

**Introducción:** Los términos “miedo”, “ansiedad” y “dolor” se han asociado siempre con la odontología. Debido a estas circunstancias, con el objeto de ofrecer al paciente pediátrico la máxima calidad, el odontólogo puede recurrir a un tratamiento que lo tranquilice y consiga, así, su cooperación.

Ante este problema, la sedación consciente con midazolam nos brinda una buena opción.

**Objetivo:** El principal objetivo de este caso clínico es demostrar las ventajas de la sedación consciente por medio del uso del midazolam por vía intranasal.

**Presentación del Caso:** Paciente masculino de 3 años 6 meses de edad que hace año y medio se le realizó una rehabilitación bucal bajo anestesia general; hace 3 meses sufrió una caída de su propia altura golpeándose en los dientes 5.2, 5.1, 6.1, 6.2 y al mes se volvió a caer y se golpeó otra vez en esa área; lo llevaron a consulta pues comenzó con inflamación y movilidad en los incisivos centrales, se le toma radiografía oclusal observándose área radiolúcida alrededor de la raíz de la pieza 5.1 y 6.1 por lo que se indican extracciones; el paciente mostró ansiedad al estar en la consulta dental, razón por la que los padres solicitan información sobre opciones de técnicas farmacológicas, recomiendo la sedación consciente.

**Resultados:** Las extracciones se realizaron tranquilamente, el paciente se mostró cooperador, no hubo forcejeos y la evolución posanestésica fue agradable.

**Conclusión:** La sedación consciente nos ayuda a minimizar las conductas negativas en el niño y permite que el paciente retorne rápidamente a un estado fisiológico normal.

## Bibliografías:

- Varqas-Machuca, M. V., & Urbina, S. R. (2014). Sedación consciente en odontología pediátrica. *Revista Estomatológica Herediana*, 12(1-2), 49.
- Llaja, K. D. R. A., & Lizárraga, M. E. N. (2009). Sedación consciente en tratamiento odontológico: Efectividad de dos medicaciones en niños. *Odontología Sanmarquina*, 12(2), 52-56.
- Martínez Soberanis, M. I., & Martínez Rodríguez, J. I. (1995). Sedación en odontopediatría. Comparación del midazolam vía intranasal, con el diazepam vía oral. *Rev. ADM*, 52(5), 261-5.
- Serna, A. V. (2001). Analgesia y sedación en el niño sometido a procedimientos diagnósticos y terapéuticos. *Analgesia*, (1).

## EXTRUSIÓN DENTARIA

Reyna Ester Garza González, Torres Alan, Torres Muñoz .  
Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Odontología, Módulo de San Nicolás

Introducción: La extrusión dentaria es uno de los movimientos ortodóncicos más fáciles que existen al alcance del estomatólogo básico, indicado en casos de fracturas horizontales, cuspídeas u oblicuas, destrucción cariosa, reabsorción inflamatoria interna o externa que ha perforado el tercio cervical y perforaciones iatrogénicas. En la odontología actual las ventajas de la extrusión ortodóncica es: Preserva el hueso de soporte y el posicionamiento de un margen gingival normal y armonioso con los dientes adyacentes, Mantiene una relación corona raíz mas ideal, aunque ésta disminuye la longitud radicular, mantiene la longitud coronal pretratamiento y no sacrifica el soporte óseo<sup>1</sup> . La extrusión combinada con fibrotomía es un tratamiento que apunta a controlar el movimiento dentario vertical sin desplazamiento coronal de la encía y el tejido conectivo supracrestal y sin aposición ósea crestal. Lo cual la extrusión ortodóncica es una herramienta muy útil para salvar dientes con mal pronóstico y para mejorar las condiciones periodontales en caso de que el diente afectado vaya a ser sustituido por un implante.

Objetivo General: Rehabilitación de una pieza por medio de extrusión.

Objetivos específicos: Realización de Poste de fibra de vidrio y Reconstrucción de muñón. Para posteriormente la colocación de botón adherente para realizar movimientos de extrusión. Ya terminado completar el tratamiento con una rehabilitación completa de corona de metal-porcelana

Presentación del Caso: La paciente femenina de 62 años de edad que menciona que desde hace aproximadamente 2 meses percibió el aflojamiento de la corona del central izquierdo, paulatinamente se fue desalojando hasta des cementarse por completo Al examen clínico se observó la movilidad y desprendimiento de la corona metal –porcelana y el poste. Se observa enrojecimiento de la encía que rodea a la pieza remanente. El resto de las piezas dentarias se encuentran en buen estado. Su plan de tratamiento consiste en:

En primer lugar se realizar Poste de fibra de vidrio. El tratamiento de conductos del órgano dentario 2.1 se encuentra sellado sin lesión.

Reconstrucción de muñón. Como provisional y para la colocación de botón adherente para realizar movimientos de extrusión.

Aparato de ortodoncia Hawley con gancho hacia la zona de vestibular en pieza dentaria 2.1. Se colocaran ligas de ortodoncia 1/8 en diferentes grosores para lograr extrusión de la pieza dentaria.

Restauracion de la pieza con corona metal-porcelana.

Resultados y Conclusión: Se realizo marca en vestibular como guía de avance de extrusión desde el cenit. Medida 6mm; se cambio a ligas de grosor medio, posteriormente se realizo fibrotomia, con la citas de control, vimos los avances de la pieza donde obtuvimos 7 mm de la extrusión en la tercera semana de control, se continua con ligas pesadas.

Para la quinta cita de control se comenzo la restauracion completa de la preparacion de la pieza para su futura corona metal-porcelana.

Referencias Bibliográficas:

<http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/viewFile/446/248>

[http://www.facemembers.com/images/galerias/articulos\\_pdf/extrusion-ortodoncica.pdf](http://www.facemembers.com/images/galerias/articulos_pdf/extrusion-ortodoncica.pdf)

D'Ercole Ammannati, V. L., Odontólogo, U. C. V., Rodríguez Fajardo, F. J., & Contratado, O. U. P. (2003). Erupción forzada de dientes siguiendo la técnica seccional de doble arco con fines protésicos. *Acta odontol. venez*, 41(2), 80-84.

D Ercole, A., Vania, L., & Rodríguez Fajardo, F. J. (2003). Erupción forzada de dientes siguiendo la técnica seccional de doble arco con fines protésicos. Caso clínico. *Acta Odontológica Venezolana*, 41(2), 140-143.

Valles, M. L. (2014). La ortodoncia como tratamiento previo para mejorar los resultados en el tratamiento restaurador y estético (Doctoral dissertation).

### **FRANKEL III CASO CLINICO**

Daniela Melisa Villarreal Vargas, Dr. Gustavo Adolfo Sánchez García, Hortencia Quintanilla

Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Odontología, Módulo de San Nicolás

Introducción: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) las maloclusiones ocupan el tercer lugar de prevalencia en las patologías de Salud Bucodental. Puede ser de tipo dental, esquelética o funcional. En esta investigación hablaremos del Frankel III es un aparato diseñado por el Ortodontista Rolf Frankel en la época de los años 60. El objetivo primordial es el ortopédico y se consigue con su potencial rehabilitador, facilitando así el crecimiento transversal de los maxilares por expansión fisiológica, induciendo cambios terapéuticos en la capsula orofacial.

Objetivo: El objetivo dar una alternativa practica y funcional que intenta corregir la mal posición dentaria modificando la displasia esquelética anulando cualquier apoyo dentario para así mejorar la función oral y el perfil facial.

Presentación del caso: Paciente femenino 7 años de edad que presenta una clase III esquelética debido a una hiperplasia de la mandíbula. Presenta una mordida cruzada anterior debido a la hiperplasia de la mandíbula. Presenta una clase III molar bilateral y una clase III canina bilateral.

Resultados: Los resultados obtenidos con el tratamiento fueron satisfactorios, se produjeron cambios cefalométricos, esqueléticos y dentoalveolares, con diferencias clínicamente notorias que influyen al mejoramiento de la oclusión y estética facial. La cooperación del paciente es un aspecto fundamental en el tratamiento de ortopedia de esto depender la calidad de los resultados.

Conclusión: El objetivo del tratamiento temprano de la maloclusión es el poder lograr un crecimiento y desarrollo normal de niño, y así de esta manera evitar que el paciente no tenga que pasar por tratamientos mucho más complicados, costosos, extensos. Las maloclusiones detectadas y tratadas a tiempo, con un tratamiento adecuado y temprano, lograran beneficios incontables para los pacientes que la padezcan.

Bibliografía:

An atlas of Dentofacial Orthopedics for the Growing Child, Marc Saadia, Jeffrey H. Ahlin, Anshan 1999.

Ortopedia Funcional de los Maxilares y Ortodoncia Interoceptiva, Oscar Quiroz, Amolca 2010.

Ortopedia infantil, Pablo Rosselli, José Dupalt, 2da edición.

Orofacial Orthopedics with the function Regulator, Rolf Frankel, Karger Pub 1989.

## **REHABILITACIÓN ORAL, UN MANEJO ESTÉTICO EN PRÓTESIS FIJA DEL SECTOR ANTERIOR**

Garza Ruiz Carolina, Mora Acosta Simon Alejandro, Elizondo Jessica.

Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Odontología, Módulo de San Nicolás

e-mail: carolinagarzaruz@gmail.com

Introducción: En la actualidad la búsqueda de los pacientes en la apariencia de su sonrisa es cada día de mayor interés así nos compromete a nosotros superar sus expectativas tanto funcionales como estéticas en la restauración de su desequilibrio dental

Objetivo: Devolver al paciente la función, fonación, estética que perdió en el sector anterosuperior, así como favorecer la vida cotidiana y social en base a la confianza y seguridad después de su rehabilitación.

Presentación del Caso: Paciente refiere avulsión de diente 1.1 desde hace 4 años en la zona anterosuperior derecho debido a traumatismo. Un año después pierde pieza adyacente 1.2 por pérdida de hueso del mismo. Actualmente acude a consulta sin sintomatología presente para recibir rehabilitación protésica en espacios edéntulos. El paciente presenta ausencia de piezas 1.2, 1.1 y depresión ósea localizada en la misma zona. Se le recomendaron opciones al paciente como ortodoncia, injerto óseo, colocación de implante, rehabilitación con prótesis fija de 4 o 5 unidades libre de metal, prótesis fija de 4 o 5 unidades metal-porcelana ò prótesis parcial removible. El paciente a base a su situación económica y tiempo optó por realizarse una prótesis fija de 5 unidades (de pieza 1.3 a 2.2) ya que la pieza 2.1 presentaba movilidad clase I, relación corona raíz 1:1 por lo cual se ferulizó con la pieza 2.2 para su mayor fijación y longevidad. Se mejoró perfil incisal ya que

presentaba proinclinación en pieza 1.1 y mordida cruzada en pieza 1.2 la cual se comenzó con el metal para alineación de la misma. En cuanto a la estética se manejó la porcelana rosa en la depresión ósea para equilibrar las proporciones dentales y una armonía en sonrisa.

Resultados: Con el cementado de la prótesis fija metal-porcelana de 5 unidades en el sector anterior con porcelana rosa, se logró elevación labial contrayendo los músculos propios de la sonrisa. Se restauró armonía en color y en las proporciones dentales utilizando el manejo mecánico de la porcelana A1, A2 en tercio cervical, tinte azul en el tercio incisal simulando translucidez. Para la porcelana rosa se seleccionó G4 como base e IG4 para imitar pigmentación fisiológica la cual fue deficiente en el manejo de la indicación ya que se recibió otro color y diseño diferente al del encerado. Destacando la disposición de tiempo del paciente, no le hizo ninguna diferencia, por lo cual se cementó fijamente. En su cita control se reafirmó la cooperación del paciente en su higiene oral, la prótesis intacta con un sellado satisfactorio, se confirmó la fonación, y refirió funcionalidad excelente en cuanto a la masticación.

Conclusión: Como Cirujanos Dentistas deseamos ofrecerle a los pacientes las alternativas óptimas de tratamientos modernos destacando estética, fonación, función, mejores materiales, teniendo en cuenta que el paciente es el que toma la decisión, la cual se basa en su posibilidad económica y disponibilidad del tiempo. Nuestro objetivo es emplear los mejores conceptos prácticos y modernos con las herramientas a disposición.

#### Referencias Bibliográficas:

Herbet T. Shillingburg [et a.l]. (1981). Fundamentos Esenciales en Prótesis Fija. USA: 3era Ed. Quintessence S. L.

Christian Coachman, DDS, CDT1/Maurice Salama, DMD2 David Garber, DMD3/Marcelo Calamita, DDS4 Henry Salama, DMD5/Guilherme Cabral, DDS, CDT1 . (2009). Prosthetic Gingival Reconstruction in a Fixed Partial Restoration. Part 1: Introduction to Artificial Gingiva as an Alternative Therapy. The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry, Volume 29, 471-477., De © 2009 BY QUINTESSENCE PUBLISHING CO, INC. Base de datos.

Richard E. Lombardi, D.D.S.. (April, 1973). The principles of visual perception and their clinical application to denture esthetics. Seattle, Wash.: J. Prosthet Dent.

Christian Coachman, Andrea Ricci, Marclo Calamita, Livio Galias Yoshinaga. (2009). Diseño digital de sonrisa: del plan de tratamiento a la realidad clínica.. En El arte de personalizar o diseñar la sonrisa(1-18). Brasil: Visagismo.

Christian Coachman, DDS, CDT1/Maurice Salama, DMD2/ David Garber, DMD3/Marcelo Calamita, DDS4/ Henry Salama, DMD2/Guilherme Cabral, DDS, CDT1. (2009). Prosthetic Gingival Reconstruction in the Fixed Partial Restoration. Part 2: Diagnosis and Treatment Planning. The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry, Volume 29, Number 6, 3-11.