



XXIV 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.
SUBDIRECTORA ACADÉMICA Y
ORGANIZADORA**

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 mucho éxito!

SEMINARIOS DE CIENCIAS BÁSICAS

ODONTOLOGIA DEL BEBE: LA NUEVA ERA DE LA PREVENCIÓN.

Debany Ramírez Martínez D, Rosas Gómez E, Montes Villarreal M, González García R.
Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Nuevo León
e-mail: debany_hsm@hotmail.com, esme_zc_rp@hotmail.com

Introducción:

La odontología está cambiando y cada vez son más los odontólogos que se forman firmemente más para prevenir que para curar, y para lograr este objetivo debemos empezar muy temprano a concientizar sobre la promoción de salud bucal a padres e hijos (Walter et al, 2013). Actualmente todas las sociedades científicas recomiendan la primera visita al dentista antes de que el bebé cumpla el año para que reciban la información adecuada y para evaluar el riesgo del bebé de desarrollar caries y otras lesiones bucales antes de que éstas aparezca (Lemos et al, 2012). Aspectos tales como la lactancia materna, el uso de biberón y chupón, la transmisión bacteriana, la alimentación cariogénica, higiene, uso del flúor y la visita al odontopediatría son aspectos que destacan en la salud buco dental del bebé (Palma et al, 2009).

Objetivo:

Fomentar la importancia de la promoción de salud en bebés de 0 a 3 años y recalcar el gran énfasis en la atención al riesgo de caries dental.

Desarrollo del tema: La boca de los bebés puede contaminarse con bacterias inclusive antes de los 6 meses de edad. (Vitoria, 2010). La principal fuente de bacterias que ocasionan las caries en los bebés se adquieren generalmente a través de la saliva de madres, padres y/o cuidadores (López y Lledios, 2013).

Conclusiones:

Los contextos de atención materno-infantil como la Odontología del Bebé, ya sea en un servicio de salud y/o como un espacio de práctica curricular enriquecen la formación profesional integrando equipos interdisciplinarios e interprofesionales. Es indispensable que tanto los padres de familia y el profesional de la salud orientación y consejos comunes a los padres en su práctica diaria, para reducir la prevalencia de la caries de la infancia precoz y las maloclusiones, evitando las consecuencias físicas, económicas y emocionales que ocasionan estas patologías en la primera infancia.

Bibliografía.

1. Lemos LVFM, Barata TEJ, Myaki SI, Walter LRF. Dentistry for babies: caries experience vs. assiduity in clinical care. Braz J Oral Sci 2012;11(4):486-91.
2. López MC; Lledios AM. Programa de salud bucal materno infantil del C.A.P. nº 3 salud militar 2013; 25(1):25-47.
3. Palma C, García C, González Y. Prevenció de càries dental en in-fants menors de 3 anys. Pediatr Catalana. 2009; 69:200-205.

4. Walter LRF, Lemos LVFM, Myaki SI, Zuanon ACC. Manual de Odontología para Bebês. São Paulo: Artes Médicas, 2013.
5. Vitoria I. El flúor y la prevención de la caries en la infancia. Actualización I. Acta Pediatr Esp. 2010; 68: 129-134.

LA ATM: COMO PUNTO DE PARTIDA PARA UN TRATAMIENTO

Fernández Garza D, Vázquez Urbina IN.
Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Nuevo León
Departamento de Oclusión

Introducción:

La Articulación temporomandibular, es una articulación de tipo ginlgimorartrodial, es decir que permite movimientos de traslación y de rotación, gracias a los componentes de dicha articulación esta establece una posición diagnóstica para el odontólogo denominada, Relación Céntrica.

Objetivo:

Analizar la importancia de identificar la relación céntrica en el paciente, para poder brindar distintos tratamientos como rehabilitación parcial, total, ortodoncia etcétera. Así como también mencionar las consecuencias de no utilizar la relación céntrica como punto de partida para el inicio del tratamiento.

Desarrollo:

Dentro de las funciones que desempeña el sistema estomatognático como lo son, fonación, deglución, masticación, son llevadas a cabo gracias a los componentes de dicho sistema, dientes, lengua, músculos masticadores, y la articulación temporomandibular. Esta última nos otorga una posición clínica llamada relación céntrica, meramente articular, es decir es una posición de la mandíbula respectiva al cráneo donde el cóndilo se encuentra en la posición más posterior más superior y media de la Cavidad Glenoidea(Martinez,2003) . Hay muchas formas de hacer que en la clínica el paciente nos muestre fidedignamente esta posición, deglutiendo, o siendo manipulado por el odontólogo, y es ahí desde esta posición articular, la relación céntrica donde el Odontólogo tiene la obligación de hacer un montaje en el articulador para observar cómo se relacionan los dientes, y de ahí comenzar el tratamiento propuesto.

Conclusión:

La Relación céntrica es una posición que permite una oclusión libre de interferencias, es simplemente el factor más importante de la oclusión, el registro de la relación céntrica es esencial para brindar tratamientos protésicos y ortodónticos, y es una posición muy frecuente ignorada debido a la complejidad que lleva identificarla y saber los conocimientos teóricos que esta conlleva.

Referencias:

Dawson, P. Evaluation, diagnosis and treatment of occlusal problems. CV Mosby
Okeson, JP. Management of temporomandibular disorders and occlusion, (1a ed. lugar). CV Mosby

ANATOMÍA, FISIOLOGÍA Y BIOQUÍMICA DEL PROCESO ANESTÉSICO.

Ramírez Rodríguez MT, García Hernández AP, Sánchez García GA, Quintanilla Arreozola H.
Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Nuevo León
Módulo de San Nicolás
e-mail: ariana_pgarcia@live.com.mx, materesarmzrdzhotmail.com

Introducción:

El resultado final de la mayoría de los tratamientos dentales se haya sujeto al éxito de la analgesia inicial conseguida por el operador tras el correcto empleo de la solución.

Objetivo:

Mostrar de una forma integral el proceso anestésico.

Desarrollo:

Es necesario destacar las estructuras anatómicas necesarias para una técnica anestésica exitosa, entre las cuales se encuentran: En el maxilar superior: Agujero nasopalatino, palatino anterior, medio y posterior, así como la fosa pterigomaxilar formada por el borde posterior del maxilar superior y borde anterior de las apófisis pterigoides. En el maxilar inferior, agujero dentario inferior, agujero mentoniano, espacio trigonoretromolar, cóndilo del temporal y apófisis coronoides. La inervación es dada por el V par craneal mediante sus ramas maxilar superior y maxilar inferior. La anestesia local consiste en el bloqueo reversible del proceso de conducción de los nervios periféricos. Los anestésicos locales se clasifican en dos grupos: amidas, las cuales se utilizan actualmente y ésteres. El mecanismo de acción consiste en la repolarización de la membrana celular la cual inactiva el aumento de permeabilidad del sodio y aumenta la permeabilidad del potasio. El cartucho anestésico está compuesto por un principio activo, un vasoconstrictor y un antioxidante. En pacientes pediátricos es importante tomar en cuenta el crecimiento óseo y nervioso, por lo cual es importante realizar en ellos la técnica regional inferior de 3 pasos.

Conclusión:

El poder desempeñar nuestra labor mediante la obtención de una adecuada anestesia permite desde el principio ganarnos la confianza del paciente, además por nuestra parte, nos va a condicionar el llevar a cabo el tratamiento de forma pausada y sin sobresalto.

Bibliografía:

1. Quiroz Gutiérrez, Fernando (2006). *Anatomía Humana* 1-3 (40ª edición). México: Editorial Porrúa. p. 1542
2. Netter F.H. Atlas de Anatomía Humana. 2ª edición. Masson S.A. Barcelona. (1999).
3. Malamed, S.F. (2014). *Handbook of local anesthesia*. Elsevier. Health Sciences.

4. Olivar, C.M. (2008) *Anestesia Local en Odontología*. Editorial El Manual Moderno.
5. León, M. E. (2001). Anestésicos Locales en Odontología. Chernow, B. Balestrieri, F., Ferguson, C.D., Terezhalmay, G. T., Fletcher, J. R., & Lake, C. R. (1983). Local dental anesthesia with epinephrine: minimal effects on the sympathetic nervous system or on hemodynamic variables. *Archives of internal medicine*, 143 (11), 2141-2143

METAS INTERNACIONALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Treviño Cedillo RY, Rodríguez Delgado I, Gloria Garza MA,
Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Nuevo León
e-mail: rosat100@hotmail.com

Introducción:

Las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP) son una serie de acciones específicas (barreras de seguridad) que previenen los riesgos, disminuyendo la probabilidad de que ocurran eventos adversos y centinela que pueden poner en riesgo la seguridad del paciente.

Propósito:

Desarrollar una cultura de calidad y seguridad del paciente mediante la implementación de barreras de seguridad de manera correcta y en el momento oportuno, para “dificultar el error” en los procedimientos clínicos durante el proceso de atención.

Desarrollo del tema:

Son seis acciones básicas de seguridad del paciente **MISP 1**. Identificar correctamente a los pacientes para prevenir errores que involucren pacientes equivocados utilizando como barrera de seguridad dos datos identificadores antes de los momentos críticos. **MISP 2**. Mejorar la comunicación efectiva para prevenir errores por órdenes y/o indicaciones que se dan de manera verbal o telefónica implementando como barrera de seguridad el proceso de Escuchar-Escribir-Leer y Confirmar cuando se dan indicaciones de manera telefónica o Emitir-Escuchar y Repetir en situaciones de urgencia. **MISP 3**. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo para prevenir errores de medicación relacionados con estos medicamentos, implementando como barrera de seguridad una alerta visual etiqueta de color amarillo con la leyenda “alto riesgo” y la doble verificación durante la preparación y administración. **MISP 4**. Cirugía Segura garantizando cirugías en el lugar correcto, el procedimiento correcto y al paciente correcto, implementando como barrera de seguridad el proceso de “Time out” antes de anestesiarse en procedimientos quirúrgicos fuera de quirófano. **MISP 5**. Reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención estomatológica, la barrera de seguridad es la implementación de un programa integral de higiene de manos. **MISP 6**. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas implementando medidas que reduzcan la probabilidad de

que se caiga, mediante la barrera de seguridad de evaluación y revaloración del riesgo de caídas.

Conclusión:

La clave para la seguridad del paciente en el sector salud es la implementación de las MISP, acciones básicas de seguridad para la disminución de eventos adversos en la atención clínica.

Referencias Bibliográficas:

1. Tikhomirov E. WHO Programme for the control of hospital infections. *Chemioterapia*, 1987, 3:148–151.
2. Vincent JL. Nosocomial infections in adult intensive-care units. *Lancet*, 2003, 361:2068–2077.
3. Lazzari S, Allegranzi B, Concia E. Making hospitals safer: the need for a global strategy for infection control in healthcare settings. *World Hospitals and Health Services*, 2004, 32, 34, 36–42.
4. Pittet D Infection control and quality health care in the new millenium, *American Journal of Infection Control*, 2005, 33(5):258–267
5. Starfield B. Is US health really the best in the world? *Journal of the American Medical Association*, 2000, 284:483–485.
6. The Socio-economic burden of hospital acquired infection. *Public Health Laboratory Service*, 1999.

TÉCNICAS DE DIAFANIZACIÓN DENTAL PARA UNA MEJOR COMPRENSION DEL SISTEMA DE CONDUCTOS RADICULARES

Vázquez Huerta YG, Araujo Prado IL, Ibarra Chapa RL, Theriot Girón C.
Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Nuevo León
Departamento de Endodoncia Pre - grado

Introducción

Las técnicas de diafanización dental, han sido frecuentemente empleadas para evaluar diferentes aspectos anatómicos y endodóncicos, son muy variables y se utilizan principalmente con objetivos docentes. Los dientes

desmineralizados y aclarados constituyen una técnica sencilla que no requiere de equipos especializados, y permite una visión continua y tridimensional de los conductos radiculares que facilita el aprendizaje de las diferentes técnicas endodóncicas. La diafanización dental se ha utilizado en estudios de morfología interna, para evaluar técnicas de instrumentación y obturación del sistema de conductos radiculares e incluso en la enseñanza de técnicas endodóncicas durante actividades preclínicas en diferentes estudios.

Objetivos o Propósito

Presentar una descripción detallada y comparación de diferentes técnicas propuestas para la diafanización dental así como determinar un protocolo de diafanización rápido y sencillo que

permita observar la disposición anatómica de los conductos radiculares y realizar procedimientos de instrumentación endodóncica.

Desarrollo del Tema

El perfecto conocimiento de la morfología dental especialmente las características de la anatomía interna del diente, la cámara pulpar y conductos radiculares, es imprescindible para poder realizar una endodoncia correcta y exitosa. Dentro de las dificultades que se manifiestan al realizar un tratamiento endodóntico se encuentran las variaciones anatómicas de los dientes, ya que no existen patrones que se adapten a cada uno de estos, sino que ellos presentan cambios en el número de conductos y de raíces, pudiendo alterar o cambiar el curso del procedimiento. Es por ello, que se han realizado técnicas y métodos para identificar la presencia de conductos laterales y accesorios, y la diafanización dental es una buena manera de estudiar la anatomía topográfica de los sistemas radiculares, mejor que en la anatomía general, porque clínicamente el operador no puede ver en los dientes más que el principio de la cámara pulpar.

Conclusión

Se ha comprobado que la anatomía de los conductos radiculares puede presentar muchas variantes y conocerla es de suma importancia para la práctica dental, ya que de esto depende el fracaso o el éxito de tratamientos endodónticos, por lo que realizar estudios acerca de las variaciones anatómicas de conductos se ha hecho indispensable.

Referencias

- 1.- Hasselgren G, Tronstad L, Sweden M. The use of transparent teeth in the teaching of preclinical endodontics. J Endod 1975; 1:278-80. 19.
- 2.- Pinsky L, Tilk MA. Further observation on the use of transparent teeth in the teaching of preclinical endodontics. J Endod 1979; 5:192.
- 3.- Robertson D, Leeb I, McKee M, Brewer E. A clearing technique for the study of root canal systems. J Endod 1980; 6:421-4.
- 4.- Pineda F, Kuttler Y. Mesiodistal and buccolingual roentgenographic investigation of 7,275 root canals. Oral Surg 1972; 33:101-10.
- 5.- Pécora JD, Silva RS, Sousa Neto MD. Apresentação de uma técnica simplificada de diafanização de dentes e sua inclusão em blocos transparentes. Odonto 1993; 2:384-5.

USOS Y APLICACIONES DE CEMENTOS DE HIDRÓXIDO DE CALCIO EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA

Elizondo Alvarado ML, López Martínez F, Ibarra Chapa RL.
Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Nuevo León
Departamento de Endodoncia Pre-grado

Introducción

El hidróxido de calcio es un polvo blanco que se obtiene por la calcinación del carbonato cálcico. Es considerado como el medicamento de elección tanto en la protección pulpar directa como indirecta, y pulpotomía vital. Como tiene tendencia a formar carbonato con el anhídrido carbónico (CO₂) del aire, se recomienda almacenarlo en un frasco color topacio bien cerrado.

Objetivo

Ampliar la base de los conocimientos que actualmente los estudiantes y profesionistas del ámbito odontológico tienen al respecto de los materiales de obturación tales como lo son el hidróxido de calcio.

Desarrollo del Tema

Propiedades:

- * Eliminación de los microorganismos que puedan persistir en los conductos tras su preparación. Reducción de la inflamación de los tejidos periapicales.
- * Controla el absceso periapical: mediante una disminución del exudado persistente en la zona apical.
- * Equilibrada toxicidad al ser mezclado con solución fisiológica o anestesia.
- * Disminución de la Sensibilidad (por su efecto sobre la fibra nerviosa).

Ventajas: Además de todas las propiedades nombradas, es un material de mucha difusión, fácil manipulación y sencilla aplicación. Es de bajo costo y amplio mercado a nivel mundial.

También existe el Hidróxido de Calcio en polvo; que mezclado con agua destilada es usado comúnmente para los procedimientos a nivel de los conductos radiculares.

Aplicaciones Clínicas: Recubrimientos Indirectos: en caries profundas y transparencias pulpares induce a la - reparación por formación de dentina secundaria. -Recubrimiento Directo: en pulpas permanentes jóvenes con exposición de 0.5 a 1.55 mm. - Pulpotomías: Induce a la formación de una barrera cálcica por amputación pulpar.

El hidróxido de calcio es considerado como el medicamento de elección tanto en la protección pulpar directa como indirecta, y pulpotomía vital.

Conclusión

Se ha demostrado la importancia de la aplicación de agentes químicos como el hidróxido de calcio, en el tratamiento de dientes con conductos infectados, para eliminar la infiltración bacteriana y reducir así su patogenicidad al nivel más bajo posible, y de esta manera obtener un pronóstico más favorable.

Bibliografías

1. Odontología Online. (2013). Hidróxido de calcio y su aplicación en la terapéutica endodóntica. 04 de Enero de 2013, de Portal Odontólogos
2. Dra. Soledad Rodríguez Benítez. (2009). Importancia del hidróxido de calcio como medicamento intraconducto en Endodoncia. 2009, de Gaceta Dental

3. Dr. Alejandro Amaíz. (2014). Hidróxido de calcio y su aplicación en la terapéutica endodóntica. Hidróxido de calcio y su aplicación en la terapéutica endodóntica, de Odontología Online
4. Carlos Bóveda Z.. (2002). "Efecto Citotóxico de los Cementos Selladores Utilizados en Endodoncia Sobre el Tejido Periapical". 2002, de El Odontólogo Invitado
5. Carmen Lucia Restrepo L., Juan Carlos Restrepo G., Beatriz Eugenia Yepes G., Alejandro Jaramillo R.. (2005). EFICACIA DE UN CEMENTO CON BASE EN HIDROXIDO DE CALCIO COMO MATERIAL DE OBTURACION ENDODONTICA FINAL. Revista CES Odontología, Vol 7, No 1, 1-4.

INFLUENCIA DEL PH EN LAS RELACIONES MICROBIANAS DE LA CAVIDAD BUCAL

Covarrubias Sánchez M, Gloria Garza MA.
Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Nuevo León
Departamento. Microbiología oral
e-mail:mccsm95@hotmail.com

Introducción.

En cavidad bucal, el pH define diferentes sucesos tanto bioquímicos como microbiológicos. Objetivo. Conocer el comportamiento dinámico de la bioquímica y microbiología bucal para el control del pH y la prevención de enfermedades bucales.

Desarrollo del tema.

Entre los factores que ejercen influencia en todos estos eventos intrabucales encontramos: capacidad buffer salival, carbohidratos exógenos, bacterias acidógenas de la biopelícula dental, las cuales coexisten en microambientes altamente organizados, pudiendo metabolizar rápidamente ciertos azúcares a glucanos y productos finales ácidos, agentes químicos y azúcares alcoholes edulcorantes.

Conclusión.

El pH en cavidad bucal pueden generar diferentes manifestaciones tanto en tejidos duros y blandos, factores como la dieta, higiene, hábitos y enfermedades sistémicas también contribuyen a estos cambios.

Referencias bibliográficas.

1. Nunez P, García L. Bioquímica de la caries. Rev Haban Cienc Med 2010;9(2),
2. Cobos C, Valenzuela E, Araiza M. Influencia de un enjuague a base de flururo y xilitol en la remineralización in vitro del esmalte en dientes temporales. Rev Odon Mex 2013;17(1) ,
3. Xiao J, Koo H. Structural organization and dynamics of exopolysaccharide matrix and microcolonies formation by Streptococcus mutans in biofilms. J Appl Microbiol 2010; 108:2103-2113.
4. Fernandez F. Reflujo gastroesofagico, una enfermedad que puede complicar la enfermedad periodontal. Rev Nac de Odon 2011;7(13):68-73,

5. Uba Y, Garcia S, Rodriguez Y, Gomez M, Saborit V. El tabaquismo como factor de riesgo en enfermedades bucales. Fundación Juan Jose Carrasco 2010:32.

MANEJO DEL DOLOR. UN ENFOQUE HISTOLÓGICO

Arredondo Muñoz JP, Reyna Maldonado MM, Villarreal Benavides VH.
Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Nuevo León.
Departamento de Farmacología
e-mail: Jessabh2210@hotmail.com

Introducción:

La pulpa dentaria forma parte del complejo dentino-pulpar, se aloja en la cámara pulpar y tiene la peculiaridad de ser el único tejido blando del diente, es un tejido conectivo laxo ricamente vascularizado e inervado. En su periferia (unión pulpa predentina) se ubican los **odontoblastos**, que son células especializadas que se encargan de sintetizar los distintos tipos de dentina. El tejido pulpar se caracteriza por tener una doble inervación, sensitiva y autónoma. Las respuestas de dolor, inducidas por los estímulos externos, pueden ser extremadamente intensas. La inervación densa de la pulpa y la dentina proporciona una base morfológica a la sensibilidad de estos tejidos. Siendo la parte sensitiva del diente, durante procesos inflamatorios suele verse afectada produciendo dolor intenso.

Propósito.

Dar a conocer la etiología del dolor visto desde un enfoque histológico. así como el manejo del mismo

Desarrollo.

El dolor dental es el síntoma más común asociado con una amplia gama de problemas dentales y tiene un impacto significativo en la calidad de vida relacionada con la salud bucal. De acuerdo con la teoría hidrodinámica, el movimiento del líquido dentro de los túbulos dentinarios induce dolor a través de las fibras del dolor situadas alrededor del proceso odontoblástico y en la unión Dentino-pulpar. El suministro nervioso del complejo dentino-odontoblastos-pulpa está constituido principalmente por nociceptores mecanosensibles, fibras A (tanto δ como β) y fibras C que expresan selectivamente los receptores TRPV-1. Las fibras A transmiten dolor directamente al tálamo, generando un dolor rápido y agudo que se puede localizar fácilmente. Varios analgésicos con diferentes mecanismos de acción y actuación en diferentes sitios del sistema nervioso se prescriben rutinariamente en la práctica clínica actual

Los fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) son los fármacos más utilizados para controlar el dolor. Inhiben la enzima Ciclo-oxigenasa y previenen así la catálisis del ácido araquidónico a las prostaglandinas, uno de los agentes químicos más importantes que intervienen en el dolor y la inflamación

Conclusión

El manejo de dolor dental es uno de los motivos de consulta más frecuente en la práctica profesional y es indispensable el conocimiento de su etiología desde el punto de vista histológico como clínico para su adecuado manejo, mejorando así la calidad de vida de los pacientes.

Referencias.

1. Kumarswamy, A. (2016). Multimodal management of dental pain with focus on alternative medicine: A novel herbal dental gel. *Contemporary Clinical Dentistry*, 7(2), 131.
2. Zacharias, M., Hunter, K. M., & Baker, A. B. (1996). Effectiveness of preoperative analgesics on postoperative dental pain: a study. *Anesthesia progress*, 43(3), 92.
3. Raouf, M., Sadr, A., Nazari, F., & Amanpour, S. (2015). Effect of naproxen on postoperative pain in teeth with irreversible pulpitis. *Journal of Basic Research in Medical Sciences*, 2(2), 43-37.
4. Bergenholtz, G., Horsted-Bindslev, P., & Reit, C. (2011). *Endodoncia*. Editorial El Manual Moderno.
5. Goodman, G. &. (2014). *Manual de Farmacología y Terapéutica*. México: Mc. Graw Hill.

PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON SIDA EN EL AREA DE LA SALUD

Treviño Cedillo RY, Garza Bernal B, Reyna Maldonado MM, Garza Garza AM.
Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Nuevo León
e-mail: rosat100@hotmail.com, berthagarzab@hotmail.com

Introducción:

Se define como norma una “regla que se debe seguir o a que se debe ajustar las conductas, tareas, actividades, etc.” Las normas son esenciales ya que mantienen orden y control, por tal motivo es de suma importancia que se conozca y comprenda cada uno de los puntos establecidos. Como profesionales del área de la salud se tiene una gran responsabilidad en cuanto a velar por la salud tanto del paciente como de uno mismo y todo el equipo de trabajo. En el área médica, se debe de estar al tanto de los protocolos establecido por las normas oficiales, sin embargo actualmente en personal que brinda servicios de salud desconoce puntos importantes de estas normas.

En esta revisión se resaltaré la importancia de conocer y comprender cada uno de los puntos presentes en la NOM- 010 para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

Propósito:

Analizar la norma oficial mexicana 010 para su aplicación en el área de la salud.

Desarrollo del tema:

Las personas que se encuentran expuestas a condiciones de riesgo son las personas con hemofilia y transfundidas, hijos nacidos de madre con VIH/SIDA, personal que trabaja en el

Sistema Nacional de Salud y personas que sufran punción o heridas con instrumentos punzo-cortantes contaminados por sangre. Por lo anteriormente mencionado es importante identificar a un paciente con VIH y conocer las manifestaciones clínicas y orales del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirido ya que son las que permitirán identificar a un paciente infectado cuando no existen pruebas de laboratorio disponibles o los resultados son indeterminados.

Conclusión:

Es importante que el personal que brinda servicios de salud conozca lo establecido por la NOM-010-SSA2-2010 para poder identificar a los pacientes que presenten VIH, estar capacitados para su atención y promover la prevención y control de la infección por VIH.

Referencias Bibliográficas:

NORMA Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

NORMA Oficial Mexicana NOM013SSA22015, Para la prevención y control de enfermedades bucales

al., E. V. (s.f.). Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud sobre el VIH/SIDA de Cochabamba. *Revista Médica Cochabamba*, 53-63.

Almeida, A. G. (2000). Future caries susceptibility in children with Early Childhood Caries following treatment under general anesthesia. *American Academy of Pediatric Dentistry*, 302-306.

AUGE, M. d. (2011). Lupus eritematoso sistémico. *Sociedad Chilena de Reumatología*, 4.

Avital Koslovsky, H. T. (1998). *Forced Eruption combined with gingival fiberotomy*. J Clin Periodontol 1998.

D'Ercole Ammannati, V. L. (2013). *Erupcion Forzada de dientes siguiendo la tecnica seccional de doble arco con fines protesicos*. Venezuela.

Garza, A. M. (2016). *Control de infecciones y bioseguridad en odontología* (2da ed.). Manual Moderno.

Koch, G. (2009). *Pediatric Dentistry. A clininal approach*. UK: Wiley-Blackwell.

m3lissa. (2013). lupus eritematoso sistémico . *American College of Rheumatology*, 1-7.

Marzia Savoini, A. W. (2006). *Extrusion Forzada y procedimiento de aumento de corona clinica*. España: Esp Ortodoncia.

Miloro, M. (2004). *Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery*. Hamilton, Ontario: BC Decker Inc.

Rheumatology, A. C. (2013). Lupus eritematoso sistémico. *American College of Rheumatology*, 1-7.

Ringold, S. (2011). Lupus Eritematoso Sistémico . *American Medical Association*, 6.

Ríos, E. H. (2013). Discriminación de los derechos humanos de las personas con VIH/SIDA por parte de los servicios de salud en México. *Sección artículos de investigación*, 903-930.

Salud, S. d. (2011). Diagnostico y plan de tratamiento en paciente con Lupus Eritematoso. En S. d. Salud, *Guía de practica clinica GPC*. Mexico D.F.: centro nacional de excelencia tecnologica en la salud .

MANEJO TEMPRANO DE LOS HÁBITOS ORALES PARA EVITAR LA MALOCLUSIÓN.

Leal Hernández AS, Pinales Rodríguez AE, Flores Moreno NP..
Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Nuevo León
Departamento de Bioquímica,

Introducción

La OMS considera la maloclusión como un problema de salud pública que ocupa el tercer lugar en prevalencia de alteraciones bucales.

Los factores de riesgo que pueden causar la misma pueden ser tanto genéticos como ambientales; los ambientales se consideran los hábitos bucales nocivos de mayor importancia, considerando factores como la frecuencia, duración e intensidad. Actualmente 3 de cada 10 niños muestra apiñamiento de los incisivos y posiciones incorrectas de los dientes y relaciones inadecuadas con los maxilares debido a causas externas.

Objetivo

Concientizar a la población de como acciones tan simples y comunes pueden a largo plazo causar maloclusiones dentarias, esto identificando a los niños afectados.

Desarrollo

Son numerosas las causas que pueden originar las posiciones incorrectas de los dientes, pero uno de los factores de riesgo más comunes es el hábito de la succión digital el cual, de ser prolongado provoca efectos anormales en la oclusión, el desarrollo óseo y musculoesquelético, así como dificultad para pronunciar ciertas palabras. Este hábito propiamente tiende a modificar el overbite y el overjet.

En casos de succión digital, el Dr. David Ordoñez Rueda, propone un tratamiento que consiste en ayudar al niño disminuyendo su ansiedad permitiéndole succionar el dedo, pero con una placa psico funcional en boca, para neutralizar las presiones sobre los dientes.

Conclusión

Estos problemas pueden evitarse si el pediatra, cirujano dentista, odontopediatra y ortodoncista trabajan en conjunto para detectar la presencia de hábitos nocivos en sus pacientes, esto con el fin de interceptarlos y así evitar las repercusiones físicas.

En este trabajo presentamos alternativas en el manejo temprano de hábitos orales como medidas preventivas de futuras maloclusiones en los niños.

Referencias

1. López Mendoza Oropenza, Et, al. (octubre-diciembre 2014). Prevalencia de las maloclusiones asociada con hábitos bucales nocivos en una muestra de mexicanos. Revista Mexicana de Ortodoncia, Vol. 2, pp.220-227.
2. Rodriguez Ataide, Dr. Eduardo. (1998-2016). Manejo de los Hábitos Orales. 2017, de encolombia Sitio web: <https://encolombia.com/medicina-odontologia/odontologia/manejo-temprano-de-los-habitos-orales/>
3. Bordoni, Escobar, Castillo. El niño y el Adolescente en salud. En Odontología Pediátrica (p.32): Panamericana.
4. Reyes Romagosa, Daniel, Et. al. (2014). Hábitos bucales deformantes en niños de 5-11 años. de Medisan, Vol. 18.

5. Álvarez González, Dra. María Carmen, Et. al. (2014). Hábitos bucales deformantes y maloclusiones dentarias en niños de 5-11 años. Revista Médica Electrónica, vol. 36.

PROTOCOLO DE ATENCIÓN A LA PACIENTE EMBARAZADA EN EL ÁREA DE SALUD.

Piñeyro Luna R, Villarreal Benavides VH, Reyna Maldonado MM.
Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Nuevo León
Departamento de Farmacología
e-mail: rpineyro93@hotmail.com

Introducción:

La paciente embarazada es un estado natural en donde la mujer sufre muchos cambios fisiológicos y emocionales, normalmente la mujer embarazada está consciente de su seguridad y del desarrollo de su hijo, por lo que el odontólogo está obligado a brindar una atención adecuada y desarrollar una buena atención médico-paciente que le brinde seguridad.

Propósito:

Analizar el adecuado manejo de la paciente embarazada mediante el conocimiento de fármacos, anestésicos y la norma NOM-007-SSA-1993 ya que son esenciales para evitar complicaciones cuando se realice algún tratamiento.

Desarrollo del tema:

Cuando una paciente embarazada requiere tratamiento dental se debe conocer el manejo adecuado de acuerdo a los trimestres del embarazo, la posición del sillón dental, los medicamentos que se pueden prescribir para dar un tratamiento óptimo y asegurar también que el feto está siendo protegido al no utilizar fármacos teratógenos. La atención de estos factores permitirá al dentista proveer el tratamiento requerido con un mínimo de riesgo hacia el binomio madre-feto.

La importancia del manejo de la atención no sólo odontológica, sino también médica a la paciente embarazada, ha conllevado a la realización de una norma específica para la atención de la paciente durante el embarazo.

El 6 de enero de 1995 se publicó en el Diario Oficial de la Federación de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA-1993, Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, que en parte menciona lo siguiente:

“La ciencia médica, a nivel nacional e internacional, ha desarrollado importantes avances en materia de investigación científica que permiten establecer mejores prácticas médicas, servicios para la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como la atención de la persona recién nacida, especialmente, en cuanto a los cuidados prenatales, atención oportuna y de calidad durante el parto y la atención que requiere la persona recién nacida en los primeros 28 días de vida, a fin de que se logren establecer alternativas para un mejor desarrollo en salud durante la línea de la madre y de sus hijas e hijos.”

Conclusión:

El embarazo es un estado fisiológico especial que requiere del odontólogo una buena capacitación para brindar una atención integral en el consultorio incluyendo la terapéutica adecuada para evitar complicaciones en el binomio madre-feto.

Esto es por medio de que la salud materno-infantil constituye un objetivo básico de los pueblos porque en ella descansa la reproducción biológica y social del ser humano.

Referencias:

1. Casariego, Z. (2013). Farmacología Razonada para Odontólogos, Buenos Aires: AKADIA.
2. Castellanos, J. (2015). Medicina en Odontología. México: MANUAL MODERNO.
3. Goodman, G.&. (2014). Manual de Farmacología y Terapéutica. México: Mc, Graw Hill.
4. Robbins. (2008). Patología Humana. España: ELSEVIER SAUNDERS.
5. PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA2-2010, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido.

IDENTIFICACIÓN GENÉTICA DE ESPECÍMENES EMBALSAMADOS

García López EH, Arellano Barrientos JP; Theriot Girón MC.
Institución Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Nevo León.
Departamento de Anatomía Humana
e-mail: Lalogarcia97@hotmail.com

Introducción:

La aplicación de técnicas de biología molecular, especialmente de análisis de ADN, para la identificación humana es un avance reciente en la medicina legal, asimismo, dos personas pueden ser más o menos parecidas, pero nunca idénticos. Un esfuerzo sustancial de forma continua se ha hecho en un intento de identificar los cadáveres y restos humanos después de las guerras, los problemas socio-políticos y desastres masivos. Por lo general los resultados de la medicina forense no son concluyentes.

Objetivo:

El objetivo de esta ciencia es la identificación genética en especímenes, con finalidades de Investigación de la paternidad, de Criminalística y de Identificación de cadáveres.

Desarrollo del tema:

Los procedimientos forenses (autopsias, huellas digitales, examen dental, ADN) se pueden utilizar después de que se torne imposible la identificación visual de los cuerpos o de las fotografías. La identificación de restos cadavéricos se hace cotejando la información que se tenga sobre la persona fallecida con la información disponible de otras desaparecidas o presumiblemente muertas, este sentido la identificación viable por la STR en especímenes embalsamados. El ADN microsatélite, llamado también repeticiones cortas en tandem (STR) están constituidos por unidades que van desde 2 a 6 pares de bases, son abundantes en el genoma y cerca de la mitad de los estudiados hasta ahora, son altamente polimórficos. El Análisis de cromosoma Y, presenta

una diferencia importante respecto al resto de cromosomas, se transmite de padres a hijos varones sin que exista la posibilidad de recombinación. Y la obtención del perfil de ADN es por el SDS que esto limita la lisis celular.

Conclusión:

La genética forense ha sido de gran utilidad ya no solo en el ámbito médico, para la identificación de las personas, pero específicamente sobre cadáveres embalsamados que han estado así por mucho tiempo y llegan familiares en busca de su deudo, se puede obtener respuesta mediante la prueba del DNA “degradado”, que da por resultado una compatibilidad del 99.99%.

Bibliografía.

1. ADN, I.M.L.P. Laboratorio forense. Universidad de Alicante.
2. Alonso, A., Martín, P., Albarrán, C., García, P., Aguirre, A., & Fernández, C. (2012). LA IDENTIFICACIÓN GENÉTICA DE VÍCTIMAS DE LA GUERRA CIVIL ESPAÑOLA: LA EXPERIENCIA DEL INSTITUTO NACIONAL DE TOXICOLOGÍA Y CIENCIAS FORENSES. Boletín Gallego de Medicina Legal e Forense nº.
3. Christian Ortega-Loubon*, José Barrera*, José Concepción. Lloret, F. R. (2013)
4. Corte-Real, F., % Vieira, D.N. (2015). Principios de genética forense. Imprensa da Univesidade de Coimbra/Coimbra University Press.
5. Gill, P., Fereday, L., Morling, N., y Schneider, PM (2006). La evolución de las bases de datos de ADN-recomendaciones para nuevos loci STR Europea Forensic Science International, 156 (2), 242-244

DETERMINACIONES BIOQUÍMICAS EN SALIVA: UNA ALTERNATIVA EN LA PREVENCIÓN DE CARIES DENTAL.

Espinoza Hernández MJ, Flores Moreno NP.

Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Nuevo León, Departamento de Bioquímica

Introducción.

La determinación de algunas propiedades de la saliva por medio de pruebas químicas, han demostrado que son indicadores alternativos de la susceptibilidad a la caries que presenta un individuo. Actualmente se utilizan como pruebas de laboratorio de enseñanza en el curso de Bioquímica, con lo que los estudiantes pueden identificar estas características de su propia saliva. Proponemos pruebas bioquímicas de la saliva y de la placa dentobacteriana como una alternativa para tomar medidas preventivas en la formación de caries dental.

Objetivo:

Implementar pruebas bioquímicas en saliva como un método alternativo en la prevención de la caries dental en niños y jóvenes.

Desarrollo:

El tiempo de remoción de la glucosa bucal, la Determinación de la capacidad buffer de la saliva y la Fermentación de carbohidratos de la placa dental y formación de ácidos, son 3 pruebas de enseñanza, que hemos comparado con el estado de salud bucal de cada estudiante de Bioquímica.

Con los exámenes intraorales se determinan las piezas con caries y las obturaciones en cada cavidad oral, y por lo general hemos encontrado una relación directamente proporcional de estudiantes con caries y con una capacidad buffer baja, así como un tiempo no aceptable en la remoción de la glucosa bucal y alta formación de ácidos con un descenso de pH.

El grupo estudiado oscila entre los 16 y 20 años de edad. Creemos que si estas pruebas se aplican en etapas más tempranas de la vida, se pueden implementar medidas preventivas como profilaxis, cambios alimenticios, etc., que disminuyan la futura formación de caries dental.

Conclusión.

Las pruebas bioquímicas en niños y jóvenes para determinar la capacidad buffer de la saliva y la caída de pH por la formación de ácidos y la remoción lenta de azúcar en boca, son una alternativa viable para la prevención de caries dental.

Referencias.

- Flores, N. Alcázar, A. Benítez, P. (2016). Manual de Prácticas de Bioquímica. México, D. F., México : Manual Moderno.
- Lazzari, E. (1978). *Bioquímica Dental*. México, D. F. : Interamericana.
- Williams, r., & Elliott, j. (1990). *Bioquímica dental básica y aplicada*. México, D. F. : Manual Moderno.
- Murray, R. (1994). *Bioquímica de Harper*. México, D. F., México : Manual Moderno.
- Díaz Zagoya, J. C., & Juárez Oropeza, M. A. (2007). *Bioquímica. Un enfoque básico aplicado a las ciencias de la vida*. México, D. F.: Mc Graw Hill.

METABOLISMO DURANTE EL ESTRÉS.

Gallardo Flores SC, Flores Moreno NP.
Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Nuevo León, Departamento de Bioquímica

Introducción.

Durante los momentos de estrés el metabolismo es dirigido por hormonas antiinsulina: adrenalina, glucagón y cortisol. El resultado de esta respuesta puede confundir los resultados de pruebas de

laboratorio clínico, y en el caso de la consulta odontológica, puede afectar la cooperación del paciente y por lo tanto el éxito en los tratamientos.

Objetivo:

Considerar los cambios metabólicos que ocurren durante el estrés como un diagnóstico diferencial en los pacientes odontológicos.

Desarrollo.

El tipo de respuesta metabólica al estrés no sólo ocurre durante las reacciones de “lucha y huida”, sino también es desencadenada por traumatismos, quemaduras, cirugía e infecciones. La respuesta metabólica al estrés incluye la inhibición de las vías anabólicas (síntesis de glucógeno, lipogénesis), aumento del catabolismo (glucogenólisis, lipólisis y proteólisis) e incremento de la captación periférica de glucosa independiente de la insulina.

Clínicamente, existe una vasoconstricción temprana, que limita las posibles pérdidas de sangre, hay fiebre, taquicardia taquípnea (aumento de la frecuencia respiratoria) y leucocitosis.

La respuesta metabólica al estrés afecta a los resultados de las pruebas de laboratorio más usuales; un hallazgo clave es la hiperglucemia: durante el estrés no se debe confundir con una diabetes mellitus.

Es importante que en caso de realizar la prueba de glucosa en sangre en el consultorio dental, el odontólogo descarte la presencia de hiperglucemia como algo temporal debido a metabolismo causado por el estrés.

Conclusión.

La respuesta metabólica al estrés causa cambios que deben ser identificados en el consultorio dental como algo temporal, por lo que es importante aplicar técnicas y medidas necesarias para el control, de estrés en los pacientes, y no hacer diagnósticos erróneos que puedan afectar los tratamientos dentales.

Referencias.

1. Baynes, J. ; Dominiczak, M. (2011). *Bioquímica Médica*. Elsevier. Barcelona, España. 3ª edición.
2. Ferrier, Denise R. (2014). *Bioquímica*. 6a ed. Edit. Wolters Kluwer.
3. McKee, T. y McKee J. R. (2003). *Bioquímica. La base molecular de la vida*. 3ª edición. Ed. McGraw-Hill.
4. Roskoski, R. (1998) *Bioquímica*. 1ª ed. Ed. McGraw-Hill Interamericana. Nelson, D.L. y Cox, M.M. (2005). *Lehninger Principios de Bioquímica*. 4ª edición. Ed. Omega.

ESTRUCTURAS ANATÓMICAS DE RIESGO EN EL ABORDAJE SUBMANDIBULAR

Contreras Alvarado EA, Theriot Girón MC.
Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Nuevo León
Departamento de Anatomía Humana.

Introducción:

En el campo de la cirugía maxilofacial el abordaje submandibular es uno de los más utilizados para acceder al hueso maxilar inferior, como a la rama ascendente y a la porción posterior del cuerpo mandibular. El Dr. Fulton Risdon fue el que lo utilizó inicialmente por eso este abordaje también es conocido como *Risdon*.

Este abordaje presenta diversas variaciones, realizándose por debajo del borde inferior de la mandíbula a la altura de la región (triángulo) submandibular, es utilizado para osteotomías mandibulares, fracturas de la rama, fracturas del cuerpo o ángulo/cuerpo y en algunas ocasiones fracturas condilares y en cirugía de la ATM.

El abordaje submandibular guarda relación con diversas estructuras musculares, vasculares y nerviosas que es importante respetar para evitar tanto secuelas posoperatorias negativas, como la parálisis facial, así como para llevar un procedimiento quirúrgico limpio. Describiremos los elementos anatómicos de importancia en este abordaje, su trayecto y sus relaciones siendo la rama mandibular marginal el riesgo anatómico más importante.

Objetivo:

Analizar las estructuras anatómicas de riesgo en el abordaje submandibular.

Desarrollo del tema:

Se utilizaron tres cadáveres humanos del laboratorio de anatomía humana de la Facultad de Odontología de la UANL. En dos de ellos se realizaron disecciones a manera de enseñanza, utilizando el abordaje en forma de libro, para exponer las estructuras anatómicas importantes en el abordaje submandibular. Al tercero se le realizó el abordaje submandibular tomando fotos plano por plano identificando las estructuras correspondientes.

Conclusión:

La disección y apreciación en cadáver contribuye a mejorar y profundizar los conocimientos anatómicos adquiridos en los libros de texto ya que brinda una perspectiva tridimensional de las estructuras con las que se trabaja cotidianamente en la práctica profesional odontológica. La experiencia reconoce que sin el conocimiento claro de la anatomía humana es imposible realizar buenas prácticas clínicas y/o quirúrgicas.

Bibliografía:

1. Adnot J., Feuss A., Duparc F., & Trost O. (2017, April 20). Retraction force necessary to expose the mandibular neck in Risdon and high cervical anteroparotid transmasseteric approaches: an anatomic comparative study. Retrieved June & July, 2017, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28429040>
2. E. E. (2008). Abordajes Quirúrgicos del Macizo Facial (Segunda Edición ed., Sección V). D.F., México: Amolca.

3. Flores, B. G. (2011). El significado de la práctica de disección para los estudiantes de Medicina. *International journal of morphology*, 24(4), 575-580.
4. Fonseca, R. (2012). *Oral and Maxillofacial Trauma* (4° ed., Vol. I). Chapel Hill, NC: El Sevier.
5. Galindo, S. D. (2005). *Manual de Técnicas de Disección* (2° ed.). D.F., México: Harla.
6. Norton, N. S. (2009). *Netter. Anatomía de Cabeza y Cuello para Odontólogos* (2° ed.). D.F., México: Elsevier
7. Quiroz, F. (1975). *Tratado de Anatomía Humana* (14° ed., Vol. II). D.F., México: Editorial Porrua.
8. Rouviere H. (2001). *Compendio de Anatomía y Disección* (3° ed.). D.F., México: Masson, S.A.
9. Testut L., & Jacob O. (1917). *Compendio de anatomía topográfica: con aplicaciones médico-quirúrgicas* (4° ed., Vol. I). Barcelona, España: Salvat.
10. Testut L., & Latarjet A. (1943). *Tratado de Anatomía Humana* (8° ed., Vol. II). Barcelona, España: Salvat Editores.

SEMINARIOS DE CIENCIAS CLÍNICAS

RETRATAMIENTO ENDODÓNTICO Y CIERRE APICAL MEDIANTE APEXIFICACIÓN CON MINERAL TRIÓXIDO AGREGADO

Quiñones Pedraza JA.
Facultad de Oodontología, Universidad Autónoma de Nuevo León
Departamento de Endodoncia
email: luis_9@hotmail.com

Introducción.

La apexificación es un método utilizado para inducir una barrera de calcificación o el continuo desarrollo apical de un diente con ápices abiertos y con necrosis pulpar. Las desventajas del tradicional uso a largo tiempo con Hidróxido de calcio en este tratamiento incluyen la impredecible formación de un sellado apical, la dificultad de citas de seguimiento y un tratamiento retardado (1-3). El Mineral Trióxido Agregado es un material utilizado como barrera apical y ha demostrado resultados clínicos exitosos en los tratamientos de Apexificación, sus ventajas incluyen una mayor predictibilidad de sellado apical y menos citas de seguimiento (4,5).

Objetivo.

Describir el retratamiento endodóntico de un primer molar mandibular permanente inmaduro y reportar su cierre apical mediante Apexificación con Mineral Trióxido Agregado.

Presentación del caso.

Paciente femenino de 9 años de edad fue referido para la evaluación del primer molar permanente inferior izquierdo. La historia clínica dental reveló que un tratamiento de endodoncia había sido realizado en dicho órgano dentario anteriormente. El diente presentó dolor a la percusión, no respondió a las pruebas de vitalidad pulpar y el examen radiográfico reveló una zona radiolúcida periapical. El diagnóstico clínico fue un diente tratado previamente con periodontitis apical sintomática. Se realizó un retratamiento de endodoncia y apexificación con Mineral Trióxido Agregado.

Resultados y Conclusiones.

Después del retratamiento endodóntico la lesión sanó y un cierre apical fue logrado mediante una Apexificación con Mineral Trióxido Agregado.

Referencias Bibliográficas

1. Sheely EC, Roberts GJ. Use of calcium hydroxide for apical barrier formation and healing in non-vital immature permanent teeth: a review. Br Dent J 1997;183:241–246.

2. Chala S, Abouqal R, Rida S. Apexification of immature teeth with calcium hydroxide or mineral trioxide aggregate: systematic review and meta-analysis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2011;112:36–42.
3. Ring KC, Murray PE, Namerrow KN, Kuttler S, Garcia-Godoy F. The comparison of the effect of endodontic irrigation on cell adherence to root canal dentin. *J Endod* 2008;34:1474-1479.
4. Petrino JA, Boda KK, Shambarger S, Bowles WR, McClanahan SB. Challenges in regenerative endodontics: a case series. *J Endod* 2010;36:536–541.
5. Holden DT, Schwartz SA, Kirkpatrick TC, Schindler WG. Clinical Outcomes of Artificial Root-end Barriers with Mineral Trioxide Aggregate in Teeth with Immature Apices. *J Endod* 2008;34:812-817

RESOLUCIÓN PULPAR Y ESTÉTICA EN UN PACIENTE ADOLESCENTE

Contreras Tijerina MC, Villanueva González R, Treviño Contreras A.
Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Nuevo León.
Modulo San Nicolás

Introducción:

Anteriormente al presentarse a consulta una fractura coronal completa el tratamiento de primera elección era la extracción pero hoy en día se sabe que una consecuencia grave de esta práctica es la reducción progresiva de la cresta alveolar residual. Durante la adolescencia, el hueso alveolar está creciendo todavía, verticalmente para adaptarse a crecimiento de la mandíbula y transversalmente para acomodar la expansión del arco dental. Por lo que elegir este tratamiento en un adolescente podría conducir a la reducción del crecimiento, no como en los adultos que daría lugar solamente a la resorción ósea. Por lo que en este caso clínico se optó por la conservación dental para evitar estas consecuencias y así no ocasionar daños graves en el proceso alveolar que en un futuro requerirían cirugías de reparación para eliminar defectos óseos y estéticos de la encía.

Objetivo:

Preservar temporalmente un órgano dental hasta terminado el crecimiento óseo para colocación de implante.

Presentación del Caso:

Paciente presenta fractura coronal extensa de 1.1 debido a tratamiento de “endodoncia” realizado previamente, no presenta sintomatología. Su motivo de consulta es colocar un diente por motivos estéticos para poderse desarrollar socialmente de manera normal. Después de realizar la historia clínica se decidió por realizar endodoncia con poste prefabricado cementándolo con resina compuesta para poder realizar un muñón de resina y así colocar una corona de acrílico cosido para poderse realizar tratamiento de ortodoncia.

Resultados:

La paciente se siente más segura de sí misma al ya no presentar la ausencia de la corona. El provisional de acrílico cosido permitirá al ortodoncista realizar ligeros movimientos para poder colocar todos los dientes en posición y en un futuro también sea más sencilla la colocación del implante.

Conclusiones:

Para decidir un tratamiento se deben de evaluar aspectos no solo funcionales y biomecánicos sino que la estética del paciente es importante para su autoestima. Considerar el posible tratamiento que necesitara a futuro que debido a su edad no puede realizarse en este momento es la clave para una atención integral.

Bibliografía

- Haji-Hassani N, Bakhshi M, Shahabi S. Frequency of Iatrogenic Errors through Root Canal Treatment Procedure in 1335 Charts of Dental Patients. *Journal of International Oral Health : JIOH*. 2015;7(Suppl 1):14-17.
- Jiménez, Marcela P. (2001). Nueva Generación de Muñones Estéticos de Resina Reforzada con Fibras de Vidrio: Presentación de un Caso Clínico. *Acta Odontológica Venezolana*, 39(3), 69-74. Recuperado en 22 de abril de 2017, de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652001000300009&lng=es&tlng=es.
- Mankar, S., Kumar, N. S. M., Karunakaran, J. V., & Kumar, S. S. (2012). Fracture resistance of teeth restored with cast post and core: An *in vitro* study. *Journal of Pharmacy & Bioallied Sciences*, 4(Suppl 2), S197–S202. <http://doi.org/10.4103/0975-7406.100200>
- Sun, Z., Herring, S. W., Tee, B. C., & Gales, J. (2013). Alveolar ridge reduction after tooth extraction in adolescents: an animal study. *Archives of Oral Biology*, 58(7), 813–825. <http://doi.org/10.1016/j.archoralbio.2012.12.013>
- Rodd HD, Barker C, Baker SR, Marshman Z, Robinson PG. Social judgements made by children in relation to visible incisor trauma. *Dent Traumatol*. 2010;26:2–8
- Malhotra A, Ahlawat J, Bansal C, Rao H M. Nonsurgical retreatment and reinforcement of an immature permanent tooth with periapical lesion of endodontic origin. *J Res Dent [serial online]* 2015 [cited 2017 Apr 22];3:92-5. Available from: <http://www.jresdent.org/text.asp?2015/3/3/92/168737>

TRATAMIENTO DE FLUOROSIS DENTAL, PRESENTACIÓN DE UN CASO.

De la Garza Marroquín E; Jiménez González V S; Torres Guevara A; Salinas Quiroga M D.
Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Nuevo León.
Departamento: Módulo Odontológico Apodaca
e-mail: myrna_saqu@hotmail.com

Introducción

La fluorosis es una hipomineralización del esmalte producida como respuesta a la ingesta prolongada de fluoruro durante la formación de este con una relación directa entre dosis-respuesta. Se considera crítica la ingesta entre el nacimiento y los seis años de edad. Se caracteriza por manchas de color blanco-café, según el grado de afección, en dientes temporales y permanentes de quién ha ingerido cantidades superiores a 0.1 mg de flúor por Kg de peso (Gutierrez RJ, 2005). La macroabrasión es un procedimiento controlado para la remoción superficial del esmalte frente a defectos estructurales en casos de fluorosis severa, acompañado en algunas ocasiones de un aclaramiento dental para mejorar la estética.

Objetivo

Tratar la fluorosis dental, eliminando de manera parcial por medio de macroabrasión la pigmentación presentada y potencializando el tratamiento con un aclaramiento dental.

Presentación del Caso

Paciente masculino de 24 años, proveniente de Guadalajara, Jalisco, acude a consulta por motivos estéticos. Por medio de la etiología se diagnosticó que padece fluorosis dental severa según el Índice de Dean.

Se realizó macroabrasión de las piezas dentales 1.4 a la 2.4, con fresa de diamante de grano extrafino, posteriormente se pulieron con discos Sof-Lex (3M).

Después se realizó un aclaramiento dental de una sesión con peróxido de hidrógeno al 40% (Ultradent, Opalescence Boost).

Posteriormente se reconstruyeron las piezas dentales 1.1 a la 2.2 con resina.

Resultados y Conclusiones

Se obtuvo un resultado favorable en la combinación de macroabrasión y blanqueamiento, además de ser un tratamiento controlado al eliminar solo estructura dentaria afectada.

Referencias Bibliográficas

- Gutiérrez RJ.(2005).Fluorosis dental: metabolismo, distribución y absorción del fluoruro. 225-9.
- Appleton J.(2000).Changes in the structure of dentine from theeeteeth of deer chronically exposed to high levels of environmental fluoride. 266-72.
- Noriega Cerón AM.(2014).Tratamiento estético con microabrasión sobre hipoplasias del esmalte. 271-274.
- Onoriobe U.(2014).Effects of Enamel Fluorosis and Dental Caries on Quality of Life.
- Gonzalez YP.(2015)Factores de riesgo de periodontopatías en pacientes adultos.

MANEJO DE UNA LESIÓN PERIAPICAL.

Silva Cavazos F, Treviño Contreras AL, Torres Guevara A.
Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Nuevo León.
Módulo Odontológico de San Nicolás
e-mail: faby_silva@hotmail.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, pero de no ser posible la limpieza y conformación adecuada para la eliminación de la lesión, es necesario la realización de una apicectomía.

Objetivo:

Presentar un caso clínico de retratamiento de endodoncia y cirugía apical como parte del plan para intentar reparar y regenerar una lesión periapical.

Presentación del Caso: Paciente masculino de 60 años de edad que acude a consulta debido a que se le desalojó una corona metal-porcelana con poste prefabricado en la pieza 2.4. Mediante el examen radiográfico se observó la presencia de un tratamiento de conductos corto con una subsecuente lesión periapical, la cual el paciente comentó que se le realizó hace 2 años y que presentó aumento de volumen en dicha zona hace aproximadamente 1 año, pero tomando antibiótico este desapareció. Se realizó retratamiento endodóntico en la pieza 2.4, en la cual no se logró llegar a una longitud adecuada debido a sintió una obstrucción del conducto, por tal motivo se procedió a la realización de una apicectomía para eliminar la porción apical que no se pudo conformar, se obturó con MTA y se suturo, después se colocó poste prefabricado.

Resultados y Conclusión:

El fracaso de un tratamiento de endodoncia se atribuye a una limpieza, instrumentación u obturación deficiente, de ahí la importancia de asegurar el máximo nivel de desinfección posible, pero muchas veces esto no es posible, por lo tanto cuando es necesario realizar un retratamiento del conducto radicular. En el presente caso, la realización del retratamiento no fue exitoso, por lo tanto la opción más adecuada para la eliminación de la lesión apical persistente fue la apicectomía. Una vez realizada se puede observar ya una correcta cicatrización ósea.

Referencias Bibliográficas

1. García Rubio A., Bujaldón Daza A., Rodríguez Archilla; Lesiones periapicales. Diagnóstico y tratamiento; Av. Odontoestomatol, vol. 13, No. 1, Madrid, Ene-Feb 2015.
2. Cohen, Stephen & Hargreaves, Kenneth M. Pathways of the Pulp. 10th. Ed. Elsevier Mosby. St Louis .2011
3. Jara Chalco, Zubiata Meza; Retratamiento endodóntico no quirúrgico; Rev. Esstomatol Herediana; 2011; 21(4): 231-236.
4. Watanabe VR, Salcedo MD, Ochoa TJ, Horna PH, Herrera CM, Paz FJ. Rehabilitación oral con prótesis fija. Odontol. Sanmarquina 2008; 11(2): 96-99.
5. Rhodes John S., Advanced Endodontics, Clinical Retreatment and Surgery, 2006, Taylor and Francis, New York, pp. 147, 184, 185

INCLUSIÓN DENTARIA INVERTIDA EN MAXILAR SUPERIOR

González Cantú C, Cantorán Castillo A, Sánchez García GA.
Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Nuevo León.
Módulo San Nicolás
e-mail: carolinagc.8@gmail.com

Introducción

La inclusión dentaria se define como órgano dentario no erupcionado por falta de fuerza eruptiva o por una barrera física. Cualquier diente de la cavidad bucal puede estar afectado, se presentan con mayor frecuencia en la población adolescente y adultos jóvenes, sin distinciones.

La etiología de un diente incluido puede ser por factores generales, como alguna enfermedad hereditaria o locales, como posiciones anormales del germen dentario.

Según la clasificación de Bertenciescynski el canino superior es el diente que con más frecuencia se presenta incluido (34%), segundo premolar inferior (5%), canino inferior (4%), incisivo central superior (4%), segundo premolar superior (3%), primer premolar inferior (2%), incisivo lateral superior (1,5%) y el resto (1%).

Objetivo o Propósito

Describir la etiología de las inclusiones dentales, así como la clasificación y el tratamiento adecuado para el caso.

Presentación del caso

Paciente masculino de 10 años de edad acude a consulta debido que su mamá refiere que “tiene un diente muy grande”, intraoralmente se observa el diente 6.1 aun no exfoliado y la pieza 1.1 con mesialización. No se refieren antecedentes de traumatismos, en la anamnesis no se refiere alguna enfermedad sistémica o algún antecedente heredofamiliar importante. Después de la exploración intraoral, se tomó una radiografía panorámica y un Cone Beam, los cuales reflejaron que el diente 2.1 incluido en una posición II dirección vertical invertida.

Realizando la extracción de la pieza 6.1 y odontectomía quirúrgica del órgano dental 2.1; Los procedimientos quirúrgicos y posquirúrgicos se llevaron a cabo sin ninguna complicación, se hicieron citas de control a los 7, 15 y 20 días después de la cirugía sin alteraciones.

Resultados y conclusión

La abstención terapéutica no es aconsejable, ya que todo diente incluido es susceptible de producir una patología. La extracción quirúrgica se realizará en último caso, cuando no se pueda llevar a cabo un tratamiento ortodóncico, exista patología asociada a la inclusión o una enfermedad sistémica grave.

Referencias bibliográficas

1. Bolaños V. Dientes supernumerarios: reporte de casos y revisión de literatura. Odontos. 2008; (10): 73-8.

2. Bedoya-Rodríguez A, Collo-Quevedo L, Gordillo-Meléndez L, Yusti-Salazar A, Tamayo-Cardona JA, PérezJaramillo A, Jaramillo-García M. Anomalías dentales en pacientes de ortodoncia de la ciudad de Cali, Colombia. CES Odontol. 2014; 27(1): 45-54
3. Trujillo Fandiño. Retenciones dentarias en la región anterior. Práctica Odontológica 1990: 29-35
4. Deddens C y col. Prevalencia de caninos superiores retenidos en pacientes mexicanos mayores de 14 años de la Facultad de Odontología de la Universidad Tecnológica de México. Revista ADM 2001; vol LVIII N° 4: 138-142.
5. Marks Jr. SC, Schroeder HE, Andreasen JO. Theories and mechanisms of tooth eruption. In: Andreasen JO, Petersen JK, Laskin DM, editors. Textbook and color atlas of tooth impactions. Diagnosis, treatment, and prevention. Copenhagen: Munksgaard; 1997.

REALIZACIÓN DE RETRATAMIENTO ENDODÓNTICO CON ABORDAJE VÍA CONDUCTO RADICULAR

Hernández Sandoval B, Garza Salazar M, Ibarra Chapa RL, Martínez García MG.
Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Nuevo León
Departamento de Endodoncia Pre-Grado
e-mail: bernardo_2894@hotmail.com

Introducción

El diente con obturación radicular puede tratarse nuevamente utilizando un abordaje ortógrado o retrógrado. En el primer escenario se vuelve a hacer el acceso a través de la corona, se elimina el material de obturación, y antes de volver a obturarlo es necesario volver a evaluarlo; en el segundo, se incluye la remoción de la lesión de tejido blando periapical, la resección de la punta de la raíz y la colocación de una retroobturación.

Objetivo o Propósito

Llevar a cabo un retratamiento no quirúrgico para la remoción de microorganismos intraconductos potenciales, cuya presencia es debida a un sellado defectuoso de la obturación y de esta manera poder eliminar la sintomatología y dar paso a una rehabilitación para una conclusión exitosa.

Presentación del Caso

Paciente femenina de 16 años que acude a consulta debido a cambio de coloración coronario. Radiográficamente se observa tratamiento endodóntico con obturación defectuosa así como un poste metálico mal adaptado. Se procede a realizar el acceso coronario y retirar con ultrasonido el material presente en el conducto radicular. Se rectifica la cavometría, se instrumenta con fuerzas balanceadas, así como la irrigación con hipoclorito de sodio al 2.5% y se coloca hidróxido de calcio con contraste como medio de desinfección. En una cita posterior y ante la ausencia de sintomatología se procede a colocar MTA en ápice como tapón para una posterior obturación con gutapercha y sellador AH-Plus. Se refirió a su posterior rehabilitación.

Resultados y Conclusión

Gracias a un correcto manejo de los instrumentos se pudo eliminar el material defectuoso y poder mejorar la calidad en limpieza y sellado con la finalidad de devolver la función para una correcta rehabilitación oral.

Finalmente siempre debemos entender que algunos procedimientos odontológicos requieren de que el operador reúna ciertas habilidades y destrezas, sin las cuales no se puede llegar a un tratamiento exitoso; en caso de no llenar estos requisitos, además de carecer del equipo y materiales necesarios, debemos de referir el paciente con un especialista quien tendrá las herramientas y conocimientos necesarios para brindar atención de calidad.

Referencias Bibliográficas

- 1.- Chugal N, Clive J, Spångberg L. Endodontic infection: Some biologic and treatment factors associated with outcome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2003; 96: 81-90
- 2.- Ray HA, Trope M. Periapical status of endodontically treated teeth in relation to the technical quality of the root filling and the coronal restoration. *Int Endod J* 1995; 28(1):12-8
- 3.- Friedman S. Prognosis of inicial endodontic therapy. *Endodontics Topics.* 2002, 2: 59-88
- 4.- Gorni F, Gaglieni M. The Outcome of Endodontic Retreatment: A 2-yr Follow-up. *J of Endodon.* 2004; 30(1): 1-4
- 5.- Accorinte M, Holland R, Reis A, Bortoluzzi M, Murata S, Dezan E, et al. Evaluation of Mineral Trioxide Aggregate and Calcium Hydroxide Cement as Pulp-capping Agents in Human Teeth. *Journal of Endodontics* 2008; 34: 1-6

AUTOIMPLANTE DENTAL

Bladé Díaz AD, Torres Guevara A, Treviño Contreras AL.
Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Nuevo León,
Módulo San Nicolás
e-mail: daany_blade@hotmail.com

Introducción

El autoimplante dentario es el traslado de un diente de su alvéolo a otro sitio, ya sea a un alvéolo post-extracción o a un alvéolo quirúrgico en la misma persona.

Las piezas dentales más frecuentes a autoimplantar son terceros molares y premolares.

Debemos considerar tres puntos que condicionan el éxito, el primero es la selección del paciente y del caso, después la realización de la técnica quirúrgica depurada y por último, el control de la evolución.

En cuanto a la selección del paciente y del caso, el paciente debe ser cooperador y estar dispuesto a un seguimiento en el tiempo; el sitio receptor debe estar sano, con hueso y espesor de tablas adecuado para recibir el autoimplante; el diente a trasplantar debe estar en posición adecuada para la extracción atraumática y de tamaño y anatomía congruentes; y por último considerar el desarrollo radicular de dicha pieza.

El éxito o sobrevida del autoimplante se mide valorando la cicatrización pulpar, la cicatrización periodontal y el desarrollo radicular y las complicaciones que se pueden presentar posterior al tratamiento son reabsorción radicular, así como pérdida de inserción.

Objetivo

El principal objetivo es restaurar la función de una pieza dental que se pierde ya sea por defecto congénito, enfermedad periodontal, caries o traumatismo, reemplazándola por otra que reúna condiciones similares al diente perdido.

Presentación del Caso

Paciente femenino de 65 años de edad, acude a consulta por dolor intenso en la región superior izquierda, al tomar radiografía se observa una caries radicular extensa en segundo molar superior izquierdo y se decide proceder a la extracción de dicho órgano dental. La paciente nos comenta que tiene planeada una restauración implantosoportada de la segunda molar inferior izquierda, por lo cual se decide autoimplantar la tercera molar superior izquierda y tener una función antagonista.

Resultados y Conclusión

Después de 7 meses del autoimplante, se observa una integración en el hueso de la pieza con ausencia de movilidad, infección y asintomática, fue un autoimplante exitoso.

La técnica de autoimplante es exitosa siempre y cuando estén y se cumplan las condiciones y protocolos de atención adecuados.

Referencias Bibliográficas

- 1) Aparicio, P; Basili, A; Castellón, L. (2008). "Autotransplante dentario: revisión de literatura y casos clínicos" Vol. 12, Núm. 4; pp. 224-30
- 2) Bae, J; Choi, Y; Cho, B; Kim, Y; Kim, S. (2010). "Autotransplantation of Teeth with Complete Root Formation" Vol. 36, Núm. 8
- 3) Montalvo, M; Fernández, Elena. (2003). "Autotransplante dentario" Vol. 37, Núm. 1
- 4) Marmolejo, A; Molano, P. (2011). "Autotransplante. Reporte de un caso clínico" Vol. LXVIII, Núm. 6; pp. 307-09
- 5) Picco, M; González, M; Ramírez, J; López, M; Hernández, P. (2013). "Autotransplante dental canino. Reporte de un caso y revisión de la literatura" Vol. 9, Núm. 3; pp. 94-101
- 6) Tatiana D; Mujica B; Juan C; Vielma M. (2008). "Implante inmediato a extracción dental" Vol. 3, Núm. 1

SÍNDROME DE WILLIAMS: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

García Hernández AP, Ramírez Rodríguez MT, Sánchez García GA, Dra. Quintanilla Arreozola H.
Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Nuevo León.
Módulo de San Nicolás

Introducción:

El síndrome de Williams-Beuren es un desorden caracterizado por facies dismórficas, retraso mental, alteraciones neurológicas, deficiencia del crecimiento, anomalías musculoesqueléticas, estenosis aórtica supra valvular, una personalidad amigable y en ocasiones, hipercalcemia durante la infancia. La incidencia de este síndrome es de 1 por cada 20,000 nacidos vivos. Su etiología es de origen genético, debido a una deleción submicroscópica del cromosoma 7q11-13 que incluye el gen de la elastina en un 90 a 95% de los casos.

Objetivo:

Dar a conocer las características sistémicas de un paciente con Síndrome de Williams-Beuren así como la necesidad del tratamiento odontológico pre-quirúrgico en pacientes con estenosis aórtica supra valvular severa progresiva asociada a este síndrome.

Presentación del caso:

Se reporta el caso clínico de un paciente masculino de 12 años de edad diagnosticado con dicho síndrome, referido por su cardiólogo para la eliminación de focos infecciosos en cavidad oral. El paciente manifiesta estenosis aórtica severa progresiva, la cual se diagnosticó hace 6 años y exacerbó 6 meses atrás, presentando síncope y cianosis, por lo que se le indicó una cirugía de urgencia para resolver la afección cardiaca antes mencionada. Intraoralmente presenta inflamación gingival generalizada, tártaro supra gingival y resto radicular en la pieza 6.5. Se realizó profiláctico y extracción del resto radicular bajo sedación consciente.

Resultados y conclusión:

Los pacientes con cardiopatía congénita son propensos a desarrollar endocarditis infecciosa posterior a una cirugía, por lo cual fue necesaria la eliminación de focos infecciosos en cavidad oral disminuyendo de esta manera el riesgo de complicaciones post-quirúrgicas que comprometan la vida del paciente.

Referencias Bibliográficas:

1. DEL CAMPO, M. (2009). Síndrome de Williams. Revista Española de Pediatría , 65(1), pp.59-65
2. Herreros, M. B., Acurra, M., & Franco, R. (2007). El Síndrome de Williams-Reporte de tres casos. Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud, 5(1), 45-49.
3. Laurito, S., Branham, T., Herrero, G., Marsa, S., Garro, F., & Roqué, M. (2013). Detección de un caso de síndrome de Williams-Beuren por MLPA. Medicina (Buenos Aires), 73(1), 47-50.
4. Martens, M. A., Wilson, S. J., & Reutens, D. C. (2008). Research Review: Williams syndrome: a critical review of the cognitive, behavioral, and neuroanatomical phenotype. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49(6), 576-608.
5. Giraudet-Le Quintrec, J. S., & Legoupil, N. (2010). Síndrome de hiper movilidad articular

benigna. EMC-Aparato Locomotor, 43(2), 1-9.

6. Morris CA. Williams Syndrome. 1999 Apr 9 [Updated 2017 Mar 23]. In: Pagon RA, Adam MP, Ardinger HH, et al., editors. GeneReviews® [Internet]. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; 1993-2017.

USO DE MTA COMO BARRERA APICAL ARTIFICIAL EN EL TRATAMIENTO DE APEXIFICACIÓN.

Favero Fidalgo P, Ibarra Chapa RL
Facultad de Odontología. Universidad Autónoma de Nuevo León.
Departamento de Endodoncia Pre- grado.

Introducción

El manejo de piezas dentales con ápice inmaduro y pulpa necrótica se considera uno de los retos más complejos para el odontólogo. La técnica que tradicionalmente más se empleaba son los recambios de pasta de hidróxido de calcio entre 6 a 24 meses. En noviembre de 2012 la Asociación Americana de Endodoncia estableció que la barrera apical con MTA constituye la mejor opción de tratamiento para la apexificación.

Objetivo o propósito

Mostrar el manejo endodóntico de un caso de apexificación mediante la creación de barrera apical con MTA, más su seguimiento clínico y radiográfico.

Presentación del Caso

Paciente femenina de 9 años acude a consulta dental por traumatismo con columpio; presenta pérdida de estructura coronaria en el diente 1.1 al cual se realiza recubrimiento pulpar directo y ferulización. A los dos meses regresa a consulta con cambio de coloración, a las pruebas de sensibilidad con frío no hay respuesta. Radiográficamente se observa evidencia de muerte pulpar y lesión periapical. Se procede a realizar apexificación. Se estableció cavometría de 24mm, instrumentación con técnica de fuerzas balanceadas, irrigación con hipoclorito de sodio al 2.5% y se colocó pasta de hidróxido de calcio con sulfato de bario como contraste; en una cita posterior se procede a colocar el tapón apical de MTA dejando medio húmedo para promover el fraguado; se procede a la obturación definitiva con gutapercha y sellador AH-Plus, se refiere para su rehabilitación y una posterior evaluación del tratamiento.

Resultados y Conclusión

Se obtuvo una obturación homogénea y limitante como consecuencia de la colocación apical del MTA con lo cual evitó la proyección de material al periápice.

Finalmente la creación de barrera apical con MTA se considerarse la técnica de elección para estos casos, se minimiza el número de sesiones en consultorio, lo cual evita el poco apego a las citas de seguimiento, una posible re-contaminación bacteriana por filtración de saliva, así como debilitamiento de la estructura radicular por el uso prolongado del medicamento intraconducto.

Referencias Bibliográficas:

- 1.- Shabahang S, Torabinejad M, Boyne P, Adebil H, McMillan P. A comparative study of root-end induction using osteogenic protein-1, calcium hydroxide, and mineral trioxide aggregate in dogs. J Endod. 1999; 25: 1-5
- 2.- Parirokh M, Torabinejad M. Mineral trioxide aggregate: a comprehensive literature review – Part I: chemical, physical, and antibacterial properties. J Endod. 2010; 36: 16-27.
- 3.- Torabinejad M, Parirokh M. Mineral trioxide aggregate: a comprehensive literature review–Part II: leakage and biocompatibility investigations. J Endod. 2010; 36: 190-202
- 4.- Parirokh M, Torabinejad M. Mineral trioxide aggregate: a comprehensive literature review – Part III: clinical applications, drawbacks, and mechanism of action. J Endod. 2010; 36: 40013.
- 5.- Chala S, Abouqal R, Rida S. Apexification of immature teeth with calcium hydroxide or mineral trioxide aggregate: systematic review and meta-analysis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2011; 112: e36-e42

OSTEOTOMIA SAGITAL MANDIBULAR EN CIRUGÍA ORTOGNÁTICA: PRESENTACION DE CASO CLÍNICO

Elizondo Gonzalez JCJ, Garza De La Garza LJ, Villalpando Trejo C.
Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Nuevo León
Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial
e-mail: Juanc_elizondogzz@hotmail.com

Introducción

Las malformaciones de los maxilares están asociadas a desproporciones dentofaciales que afectan la simetría de la cara y la oclusión dentaria. La cirugía ortognática involucra una serie de procedimientos quirúrgicos encaminados al reposicionamiento de los componentes esqueléticos y dentales de la cara que ofrecen al paciente una mejor función y estética. Las técnicas quirúrgicas utilizadas en la corrección de deformidades dentofaciales son la osteotomía maxilar tipo Lefort I, mentoplastia y osteotomía sagital en rama mandibular, esta última representa la técnica más frecuentemente utilizada en cirugía ortognática. Desde su aparición han surgido varias modificaciones propuestas por Hugo Obwegeser, Gregorio Dal Pont, Bruce Epker, William H. Bell ; entre otros. La osteotomía comienza en la cara interna de la rama ascendente justo por encima de la espina de Spix, el corte medial se lleva hasta el borde anterior de la rama y se dirige oblicuamente por debajo 4mm del 2° molar para evitar hacer contacto con el canal dentario, la osteotomía se dirige hacia abajo, finalizando en el borde basal. Posteriormente se desplazan los segmentos proximales mandibulares, se llevan los dientes a oclusión sin descuidar la posición del cóndilo mandibular en la cápsula articular y se fijan con placas y tornillos bicorticales. La ventaja de esta técnica quirúrgica es la posibilidad de utilizar fijación interna rígida para unir los fragmentos osteotomizados. La desventaja es una distracción condilar al reposicionar los segmentos óseos.

Objetivo

El objetivo de este trabajo es explicar a los estudiantes y especialistas en odontología la osteotomía sagital en rama mandibular utilizada en cirugía ortognática

Conclusión

La osteotomía sagital bilateral en rama mandibular es la técnica quirúrgica más utilizada en cirugía ortognática para corrección en discrepancias dentofaciales.

Referencias

- Raymond J. Fonseca, Robert V. Walker, H. Dexter Berber. (2013). Oral and maxilofacial trauma. St. Louis Missouri: Elsevier.
- Lars Andersson, Karl- Erik Kahnberg. (2010). Oral and maxilofacial surgery. Singapur: Wiley- Blackwell.
- L.A. Quevedo Rojas. (2004). Sagital split ramus osteotomy of the mandible in orthognathic surgery. Revista española de cirugía oral y maxilofacial, 26, 14-21.
- Wolford L. The Mandibular Inferior Border Split. *J Oral Surgery* 1990;48:92-4.