



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



VI ENCUENTRO INTERUNIVERSITARIO 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 interuniversitarios 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.

Expresamos un profundo agradecimiento a la participación de las diferentes Universidades que se unen a este proyecto como son: Tecnológico de Monterrey, Universidad de Monterrey, Universidad Metropolitana de Monterrey, Universidad El Bosque, Pontificia Universidad Javerina, que se vinculan con la Universidad Autónoma de Nuevo León.

¡Felicidades a todos los participantes y mucho éxito!

Monterrey, N.L. a 18 de Mayo 2016

CIENCIAS BÁSICAS

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.

MICROORGANISMOS EN EL UNIFORME QUIRÚRGICO DE ALUMNOS Y PROFESORES DE ODONTOLOGÍA

Karina Leticia Guzmán Benavides, José Antonio Maya Alcántara

Universidad de Monterrey.

e-mail: karig_93@hotmail.com

Introducción: Los fomites, la infección cruzada y los problemas de salud relacionados han sido desestimados en la práctica médica dental. El uso de barreras de protección es de gran importancia para prevenir la transmisión de microorganismos patógenos a terceros, sin embargo, se pasa por alto que el uso de la bata, chaquetín o uniforme quirúrgico en la atención dental de rutina es un vector en la génesis de infección cruzada.

Objetivo o propósito: Determinar la existencia de bacterias patógenas para el ser humano de los uniformes quirúrgicos de los estudiantes y profesores de odontología de la Universidad de Monterrey y comparar el número y tipo de colonias bacterianas encontradas tanto en el área de laboratorio como en la clínica dental después de la atención dental.

Desarrollo del tema: De los microorganismos existentes en la naturaleza solo unos pocos producen daño a los seres vivos y algunos de estos forman parte de la flora normal del organismo humano.

La cavidad oral es un hábitat natural para diversos microorganismos que pueden volverse patógenos y generar enfermedades en otros que pongan en riesgo la vida. Es aquí donde el uso de una vestimenta formal en la atención dental adquiere interés en el tema de la infección cruzada.

Conclusión: El fin de esta investigación es identificar el número y tipo de microorganismos bacterianos cultivados en el uniforme quirúrgico de los estudiantes y profesores de odontología y poder justificar un cambio de paradigma en la prevención de una infección cruzada, en beneficio de todos los estudiantes de odontología, personal administrativo y pacientes que acuden a las clínicas de UDEM.

Referencias bibliográficas:

Bearman, G. B. (2014, Febrero). Healthcare Personnel Attire in Non-Operating-Room

Settings. Retrieved from:

http://www.researchgate.net/publication/259808287_Healthcare_Personnel_Attire_in_Non-Operating-Room_Settings

Canadian Journal of Dental Hygiene. (2012, febrero 1). *Uniform contamination in dental*

envyroment. Retrieved from <http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?sid=ef67f6a4-8d97-4ae2-bce1->

[05f60897071e%40sessionmgr115&crlhashurl=login.aspx%253fdirect%253dtrue%2526profile%253](http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?sid=ef67f6a4-8d97-4ae2-bce1-05f60897071e%40sessionmgr115&crlhashurl=login.aspx%253fdirect%253dtrue%2526profile%253)

dehost%2526scope%253dsite%2526authtype%253dcrawler%2526jrnl%253d1712171X%2526AN%253d71908400&hid

Hill, S. (2011). *Wearing white coats and sitting on beds: why should it matter?* Retrieved from <http://www.clinmed.rcpjournal.org/content/11/6/548.full>

Laheij, A.M.G.A, et al. (12 de Junio de 2012). Healthcare-associated viral and bacterial infections in dentistry. Obtenido de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3375115/>

Negroni, M. (2009). Microbiología estomatológica. Obtenido de: https://books.google.com.mx/books?id=Gxmui-vjZBgC&printsec=frontcover&dq=libro+de+microbiologia+oral+negroni&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=libro%20de%20microbiologia%20oral%20negroni&f=false

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

e-mail: idalia_endo@hotmail.com

Introducción: Uno de los desafíos más importantes en odontología es el diagnóstico correcto de las patologías dentales. Para poder llegar ha 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) a 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 microsomia: a case report. *Dental Press J Orthod.* 2016 Feb;21(1):89-100

FUNCIÓN DE LOS RESTOS EPITELIALES DE MALASSEZ Y SU PAPEL EN LA REGENERACIÓN PERIODONTAL

Hernández Salazar Ana Gabriela, Rodríguez Aida

Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey

e-mail: agabyhersal@gmail.com

Introducción: Las células epiteliales de Malassez son una fuente importante de células madre tanto funcional como fenotípicamente, (no sólo simplemente restos de la vaina radicular de Hertwig) por lo que podrían desempeñar un papel fundamental en la regeneración periodontal.

Objetivo: Dar a conocer la función periodontal de los Restos epiteliales de Malassez y su posible papel en la regeneración periodontal.

Desarrollo del tema: Después de la fenestración de la vaina radicular de Hertwig, se forman islas de células epiteliales conocidas como los restos de Malassez. Estas células derivadas de ectodermo son morfológicamente identificadas por tener un gran núcleo.

la evidencia acumulada sugiere como papeles principales de los restos de Malassez en adultos: El mantenimiento de la homeostasis del ligamento periodontal para prevenir la anquilosis y mantener espacio del ligamento periodontal, para evitar la reabsorción radicular y para contribuir con la reparación de cemento. Más importante aún, tienen la capacidad de diferenciarse en diversos linajes indicativos de mesodermo y ectodermo, como osteocitos, fibras similares a las de Sharpey, tejido adiposo, cartílago e incluso células similares a neuronas. Además, diversos artículos

demuestran la regeneración completa de diente y periodonto usando una combinación de la vaina radicular de Hertwig, restos epiteliales de Malassez y células madres mesenquimales dentales.

Conclusión: La evidencia consultada en los artículos demuestra que los restos epiteliales de Malassez son clave no sólo para la formación sino también para la función periodontal, y se puede regenerar periodonto con la ayuda de las células epiteliales de Malassez.

Referencias bibliográficas:

Production of osteopontin by cultured porcine epithelial cell rests of Malassez: Rincon, J. C., Yin, X., Young, W. G., & Bartold, P. M. (2005). Production of osteopontin by cultured porcine epithelial cell rests of Malassez. *Journal Of Periodontal Research*, 40(5), 417-426. doi:10.1111/j.1600-0765.2005.00823.x

Role of the epithelial cell rests of Malassez in the development, maintenance and regeneration of periodontal ligament tissues: Xiong, J., Gronthos, S., & Bartold, P. M. (2013). Role of the epithelial cell rests of Malassez in the development, maintenance and regeneration of periodontal ligament tissues. *Periodontology 2000*, 63(1), 217-233. doi:10.1111/prd.12023

The epithelial cell rests of Malassez – a role in periodontal regeneration?: Rincon, J. C., Young, W. G., & Bartold, P. M. (2006). The epithelial cell rests of Malassez – a role in periodontal regeneration?. *Journal Of Periodontal Research*, 41(4), 245-252. doi:10.1111/j.1600-0765.2006.00880.x

Disruption of periodontal integrity induces expression of apin by epithelial cell rests of Malassez: Nishio, C., Wazen, R., Kuroda, S., Moffatt, P., & Nanci, A. (2010). Disruption of periodontal integrity induces expression of apin by epithelial cell rests of Malassez Nishio et al. Expression of APIN by epithelial cell rests of Malassez. *Journal Of Periodontal Research*, 45(6), 709-713. doi:10.1111/j.1600-0765.2010.01288.x

Epithelial- Mesenchymal interactions induce enamel matrix proteins and proteases in the epithelial cells of the rests of Malassez in vitro: Takahashi, K., Shimonishi, M., Wang, R., Watanabe, H., & Kikuchi, M. (2012). Epithelial-mesenchymal interactions induce enamel matrix proteins and proteases in the epithelial cells of the rests of Malassez in vitro. *European Journal Of Oral Sciences*, 120(6), 475-483. doi:10.1111/j.1600-0722.2012.01002.x

Resulting in Dento-Alveolar Ankylosis Associated with decreased Malassez Epithelium: Fujiyama, K., Yamashiro, T., Fukunaga, T., Balam, T. A., Zheng, L., & Takano-Yamamoto, T. (2004). Denervation Resulting in Dento-Alveolar Ankylosis Associated with Decreased Malassez Epithelium. *Journal Of Dental Research*, 83(8), 625-629.

In vitro differentiation of epithelial cells cultured from human periodontal ligament:

Shimonishi, M., Hatakeyama, J., Sasano, Y., Takahashi, N., Uchida, T., Kikuchi, M., & Komatsu, M. (2007). In vitro differentiation of epithelial cells cultured from human periodontal ligament. *Journal Of Periodontal Research*, 42(5), 456-465. doi:10.1111/j.1600-0765.2007.00969.

SINDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

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

Universidad Autónoma de Nuevo León

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.

ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO PARA LA FLUOROSIS DENTAL

Guajardo Hernandez Lucy Cassandra, Solis Soto Juan Manuel

Universidad Autónoma de Nuevo León

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.

SELECCIÓN DEL ANESTESICO LOCAL EN PACIENTES SISTEMICAMENTE COMPROMETIDOS.

Moreno Rodríguez Manuela, Ortiz Betancur Joaquín, Macouzet Olivar Carlos

Pontificia Universidad Javeriana, Universidad Autónoma de Nuevo León

e-mail: moreno1211@gmail.com, joaquinortizb@gmail.com

Introducción: En la actualidad encontramos con mayor frecuencia pacientes con enfermedades sistemicas que asisten a la consulta odontologica, razón por la cual, al momento de realizar un tratamiento que requiera la utilización de anestésicos locales de tipo amida, se debe tener precaución en la selección y la dosis de estos ya que pueden interactuar con los medicamentos que toman los pacientes.

Objetivo: Identificar las posibles interacciones, que puedan presentarse al combinar los diferentes tipos de anestésicos locales de tipo amida mas utilizados en la práctica odontológica, con los medicamentos que toman los pacientes sistemicamente comprometidos.

Desarrollo del tema: Al momento de escoger un anestésico local de tipo amida para realizar un tratamiento odontológico, debemos considerar sus propiedades y la dosis que se va administrar. También es importante tener en cuenta el tipo de procedimiento que se va a llevar a cabo y la condicion sistémica del paciente que se esta atendiendo, debido a que cada anestésico tiene diferentes interacciones farmacológicas, que pueden repercutir negativamente en la salud del paciente en el momento de la consulta

Se conoce como interacción farmacológica a la modificación del efecto de un fármaco por la acción de otro cuando se administran conjuntamente.

Existen diferentes interacciones farmacológicas entre los anestésicos de tipo amida y algunos fármacos prescritos en pacientes sistémicamente comprometidos, que pueden causar efectos secundarios como: aumento la presión arterial (**Bloqueantes b adrenérgicos - lidocaina**), bradicardia, depresión respiratoria (**Metropolol** - mepivacaina), arritmias ventriculares (**Dolasetrón** - lidocaina), aumento del ritmo cardiaco (**Cordaron** - epinefrina), entre otros.

Conclusión: El tipo de interaccion farmacologica en los pacientes sistemicamente comprometidos, dependera de la dosis y la combinacion entre el anestésico local tipo amida seleccionado y el medicamento que el paciente se encuentre tomando en el momento de la consulta.

Referencias:

Nuñez J, Alfaro E, Cenoz E, Osorno C, Mendez D. Variation in vital signs associated with the administration of a local anesthetic with vasoconstrictor. Revista ADM . Mayo-Junio 2011/Vol .LXVIII. NO.3. pp. 127-131

San Martin C, Hampel H, Villanueva J. Dental Management of High Blood Pressure Patients. Revista Dental de Chile . 2001; 92 (2): 34 - 40

ARRIOLA RIESTRA, I. et al. Av *Odontoestomatol* [online]. Consideraciones farmacodinámicas y farmacocinéticas en los tratamientos habituales del paciente gerodontoÁlgico.2009, vol.25, n.1, pp.29-34. ISSN 0213-1285.

K. D. Tripathi. Farmacología En Odontología: Fundamentos. Editorial panamericana
José Luis Castellanos Suárez, Laura María Díaz Guzmán, Enrique Armando Lee Gómez. Medicina en odontología: Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas. Tercera edición. Editorial Manuel Moderno.

EMPATÍA, VALOR ESENCIAL DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

Herrera Carrasco Karen, Gloria Garza Marcela Alejandra

Universidad Autónoma de Nuevo León

Departamento. Microbiología oral

e-mail: karenherrera588@gmail.com

Introducción. El término empatía deriva de la palabra griega *empathēia* 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 profesionalista.

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 profesionalista 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: Empatía para el paciente con cáncer incierto" Artículo elaborado en Mayo Clinic, First St SW, Rochester. MN 55905. American Society of Clinical Oncology 2011.

CIENCIAS CLINICAS

EFFECTIVIDAD DEL USO DE LA BOLSA ADIPOSITA DE BICHAT PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS ÓSEOS EN PALADAR: REPORTE DE UN CASO

Palencia Garza Andrés, Porte Camelo Juan Pablo, Martínez Treviño Jorge Alberto, Guerra Leal Daniel Alejandro.

Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey

e-mail: andrespalencia168@hotmail.com, porte-92@hotmail.com

Introducción: La bolsa adiposa de Bichat está constituida por un cuerpo y cuatro extensiones de tejido adiposo, la cual esta localizada dentro del espacio bucal y se extiende siguiendo el borde anterosuperior del músculo masetero. Su uso como colgajo pediculado fue reportado por Egyedi en 1977 para la reparación exitosa de una comunicación oroantral. En la actualidad, se ha demostrado tener excelentes resultados en el tratamiento de reconstrucción de defectos óseos tumorales. Lo anterior, se debe a su gran aporte vascular, composición histológica y a la presencia de células madre en tejido adiposo que fomentan una metaplasia del tejido, convirtiéndose en tejido fibroso y superficialmente con epitelio en tan solo 5 semanas. Esto podría fundamentar el gran éxito en su uso quirúrgico. La técnica de abordaje y reposicionamiento del colgajo pediculado en paladar, fue modificada con la extirpación de la tuberosidad del maxilar para corregir defecto ocasionado por un adenoma pleomorfo en el paladar de 10mm x 10mm x 15mm de extensión. Se enfatizan las características y cualidades de la bolsa adiposa de Bichat para su uso en reconstrucción de defectos óseos tumorales.

Objetivo: Enfatizar la efectividad del uso del colgajo pediculado de la bolsa de Bichat para reconstrucción de defectos óseos.

Presentación del caso: Paciente femenino de 43 años de edad, quien presentaba aumento de volumen en zona posterior del paladar, con diagnostico histopatológico de adenoma pleomorfo. Se realiza resección de la lesión tumoral y se sutura colgajo pediculado a los bordes de la herida para cubrir defecto óseo. Se realiza modificación de la técnica removiendo tuberosidad del maxilar para permitir menor tensión del colgajo y mejor vascularidad.

Resultados y conclusión: Basado en la literatura y a los resultados del caso presentado, podemos concluir que el tejido adiposo de la bolsa de Bichat tiene una gran capacidad de generar una metaplasia, formando tejido epitelial en tan solo cinco semanas, dando un buen pronóstico para el paciente.

Referencias:

Colella, G., Tartaro, G., & Giudice, A. (2004). The buccal fat pad in oral reconstruction. *British Journal of Plastic Surgery*, 57(4), 326-329.

Baumann, A., & Ewers, R. (2000). Application of the buccal fat pad in oral reconstruction. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 58(4), 389-392.

Ye, W., Song, Y., Ying, B., Hu, J., Zhang, C., & Zhang, Z. (2014). Use of the Buccal Fat Pad in the Immediate Reconstruction of Palatal Defects Related to Cancer Surgery With Postoperative Radiation Therapy. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 72(12), 2613-2620.

Amin MA, Bailey BMW, Swinson B, With-erow H. Use of the buccal fat pad in the reconstruction and prosthetic rehabilitation of oncological maxillary defects. Br J Oral Maxillofac Surg 2005;43:148–54.

Tideman H, Bosanquet A, Scott J. Use of the buccal fat pad as a pedicled graft. J Oral Maxillofac Surg 1986;44:435–40.

Samman N, Cheung LK, Tideman H. The buccal fat pad in oral reconstruction. Int J Oral Maxillofac Surg 1993;22:2–6.

Bither, S. (2010). Buccal Fat Pad in Intraoral Defect Reconstruction. Journal Maxillofacial Oral Surgery, 451-455.

DUARTE RUIZ, Blanca et al. Reparative giant cell granuloma in a pediatric patient. Med. oral patol. oral cir.bucal (Internet) [online]. 2007, vol.12, n.4 [cited 2016-02-24], pp. 331-335

Chaudhary B, Gong Z, Lin Z, Abbas K, Ling B, Liu H. (2014). Reconstruction of intraoral maxillary defect with buccal fat pad. - J Craniofac Surg. 25 (6); 2174-7.

LA IMPORTANCIA FUNCIONAL Y ANATOMICA DEL TRATAMIENTO CON PROTESIS TOTAL INMEDIATA.

Manuela Moreno Rodríguez, Joaquín Ortiz Betancur, Gabriela Papaterra, Norma Cruz Fierro.

Pontificia Universidad Javeriana, Universidad Autónoma de Nuevo León

e-mail: moreno1211@gmail.com, joaquinortizb@gmail.com

Introducción: La prótesis total inmediata también llamada prótesis transicional o prótesis provisional se elabora antes de extraer los dientes, en un modelo modificado que se asemeje lo mejor posible la condición bucal post-extracción del paciente. Se coloca en la misma cita de las exodoncias y se utiliza durante el periodo de cicatrización para compensar las variaciones que ocurren en los tejidos blandos y tejidos duros de los maxilares, posteriormente será reemplazada por la prótesis total definitiva.

Propósito: Presentar un caso clínico que describe la importancia de la prótesis total inmediata y las características que contribuyen en el restablecimiento de una oclusión funcional, así como los beneficios en el proceso de cicatrización del reborde alveolar.

Presentación del caso: Paciente género masculino de 57 años de edad, ASA1, que asistió a consulta en la Facultad de Odontología de la Pontificia Universidad Javeriana, para recibir tratamiento de restauración. Debido al mal pronóstico de sus dientes y después de haberse realizado las exodoncias indicadas, fue restaurado con una prótesis total inmediata superior.

Resultados: Al analizar los beneficios después de colocar una prótesis total inmediata en un paciente parcialmente edéntulo superior, se observó una disminución del sangrado y del dolor en los sitios post extracción, además de brindar soporte a labios y mejillas, contribuyó a restablecer la armonía facial y oclusal, facilitando la fonación y masticación durante el proceso de cicatrización del área.

Conclusión: La prótesis total inmediata presenta grandes beneficios anatómicos, psicológicos y funcionales para el paciente que pasa del estado dentado al estado edéntulo, mientras transcurre el tiempo necesario para realizar la prótesis definitiva y a su vez facilita la adaptación del paciente al futuro elemento protésico.

Referencias:

Seals RR, Kuebker WA, Stewart KI. Immediate complete dentures. *Dent Clin North Am.* 1996; 40: 151-167.

Gilboa I, Cardash HS. An alternative approach to immediate overdenture. *J Prosthodontics.* 2009; 18: 71-75.

Zarb GA, Bolender LC, Carlsson GE. *Boucher's prosthodontic treatment for edentulous patients.* 4th ed. USA: Ed. Mosby; 1990.

Díaz Torreblanca F 1,a, Quintana Del Solar M 1,a. Prótesis Total inmediata como alternativa de tratamiento. Reporte de Caso. *Rev Estomatol Herediana.* 2013 Ene-Mar 23;(1):29-33.

OSTEONECROSIS DE LOS MAXILARES POR BIFOSFONATOS

Elizondo González Juan Carlos De Jesús, Garza de la Garza Luis Javier, Villalpando Trejo Cesar. Universidad Autónoma de Nuevo León.

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 estadíos 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, metástasis 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.

CIRUGÍA PLÁSTICA PERIODONTAL

Valdez Moreno Brenda Elizabeth, Rodríguez Ponce Brenda, Villarreal Guerra Minerva

Universidad de Monterrey

e-mail: brendavaldz@hotmail.com

Introducción: Cuando valoramos la sonrisa del paciente, no solo debemos considerar el aspecto de los dientes, sino también el de la encía, ya que representa una parte importante en la estética dental, contribuyendo así en parte esencial en la presentación de la persona.

El recontorneo es un procedimiento quirúrgico que consiste en eliminar encía y hueso, para crear una corona clínica más larga y trasladar en sentido apical el margen gingival.

Objetivo: Demostrar que el recontorneo estético es una técnica predecible como tratamiento de coronas clínicas cortas y que muestran un exceso de encía.

Presentación del caso:

CASO 1

Paciente femenino de 35 años de edad, que refiere lo siguiente: "Veo que me cubre la encía en el diente y no me gusta sonreír". Diagnóstico: erupción pasiva alterada. Se realizó un recontorneo

gingival y óseo en las piezas 1.3 a 2.3. Se realizaron incisiones submarginales y osteotomía, dejando 3 mm de distancia de la unión amelocementaria (UAC) a la cresta ósea.

CASO 2

Paciente masculino de 20 años de edad con motivo de consulta: "Desde hace mucho que me da pena mi sonrisa, tengo los dientes chiquitos y me quiero quitar encía". Diagnóstico: erupción pasiva alterada. Se realizó recontorneo gingival y óseo, en las piezas 1.4 a 2.4. Se realizaron incisiones submarginales, osteotomía dejando 3mm de distancia de la UAC a la cresta ósea.

CASO 3

Paciente femenino de 20 años asintomática, nos refiere con sus palabras: "No me gusta como se me ve la sonrisa" Diagnóstico: erupción pasiva alterada. Se realiza un recontorneo gingival y óseo en las piezas 1.3 a 2.3. Se realizaron incisiones submarginales, osteotomía dejando 3mm de distancia de la UAC a la cresta ósea.

Resultados y Conclusión:

Se obtuvieron resultados favorables debido a que se lograron conseguir unos márgenes gingivales regulares, así como un aumento del tamaño de las coronas clínica y una estabilidad de los tejidos duros y blandos.

Bibliografías:

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

Wilckens, M., Beltrán, V., Leiva, C. and Donaire, F. (2015). Manejo quirúrgico periodontal de la erupción pasiva alterada: reporte de casos. *Artículo Clínico de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral*, 8(2), pp.167-172.

SEGUIMIENTO A 2 AÑOS DE TRATAMIENTO ENDODÓNTICO DE UN CASO CON PERIODONTITIS APICAL AGUDA

Cristina Frías García, Luis Eder Fernández Reyes, Ana Sofía Lozano Gutiérrez

Universidad Metropolitana de Monterrey

e-mail: cristii.arbevy.frias@hotmail.com

Introducción: La especialidad de Endodoncia trata de la morfología, fisiología y patología de la pulpa y los tejidos perirradiculares. La relación de enfermedad pulpar y periodontal ocurren a través de las íntimas conexiones anatómicas y vasculares entre pulpa y periodonto.

Una de las principales patologías relacionadas con los tratamientos de Endodoncia es la Periodontitis Apical Aguda, la cual se manifiesta como un proceso inflamatorio agudo localizado alrededor del ápice.

La paciente del caso revisado acudió el 1 de Octubre del 2014 a la Clínica de Atención Dental de la Licenciatura Cirujano Dentista de la Universidad Metropolitana de Monterrey por dolor de moderado a intenso

de larga duración en cuadrante superior izquierdo. Ella manifestó que el dolor se intensificaba a la masticación.

Se realizó historia clínica donde no se observaron datos patológicos ni heredofamiliares de importancia. En la palpación intraoral de tejidos blandos en zona de premolares, se obtuvo una respuesta de dolor cerca de la unión mucogingival del órgano dentario 2.4, pieza que presentaba una caries Clase II de Black. Se realizaron pruebas de percusión con resultado positivo, pruebas térmicas al frío (Endo-Ice ®) con resultado negativo y no se observaron bolsas periodontales al sondeo. Radiográficamente se observó caries ocluso-distal y ligamento periodontal apical ensanchado.

Después de las pruebas se concluye como diagnóstico Periodontitis Apical Aguda. Se realiza tratamiento de endodoncia en dos citas, con técnica de instrumentación Crown-Down. Se obtuvo realizando técnica de condensación lateral con gutapercha. Finalmente se le realizó el tratamiento de rehabilitación con poste metálico y corona de metal porcelana.

A partir del tratamiento realizado a la paciente se le ha revisado cada 4 meses y no ha mostrado ninguna sintomatología.

Resultados: Después del tratamiento de endodoncia y rehabilitación se obtuvo un resultado favorable eliminando el dolor por completo y regresando su función masticatoria y estética.

Conclusión: Tenemos que realizar un buen diagnóstico para implementar un tratamiento adecuado para satisfacer los requerimientos y necesidades de nuestros pacientes durante un tiempo prolongado.

Referencias Bibliograficas

Stephen Cohen, Richard C. Burns; Introducción; Procedimientos y Diagnósticos; Vías de la Pulpa; capítulo 1, página 3, Edición Elseiver, España S.A. 2002.

Stephen Cohen, Richard C. Burns; Relación entre Endodoncia y Periodoncia; Vías de la Pulpa; capítulo 17; página 645; Edición Elseiver, España S.A 2002.

Nair PNR (1997). Apical periodontitis: a dynamic encounter between root canal infection and host response. *Periodontol* 2000 13:121–148.

Alcota, M., Mondragón, R. y Zepeda, C. (2011) Tratamiento de una lesión endo periodontal tipo III combinada verdadera. Reporte de un caso. *Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral*. Vol. 4 (1) pp 26-28. Recuperado de:

Siragusa, M. (2011). Seguimiento a distancia de los tratamientos endodónticos. *Electronic Journal Of Endodontics Rosario*, 10(1), 486-501.

PLANIFICACION VIRTUAL DE CIRUGIA ORTOGNATICA

Rangel Valdés A. Carolina, Villalpando Trejo Cesar, Cantoran Castillo Arquimedes

Universidad Autónoma de Nuevo León

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.

FRACTURA BLOWOUT PURA DE PISO DE ÓRBITA REPORTE DE UN CASO

Rodríguez Sáenz Álvaro Andrés, Beltrán Salinas Belinda, Rodríguez Delgado Idalia.

Universidad El Bosque, Universidad Autónoma de Nuevo León

e-mail: aarodriguezs@unbosque.edu.co

Introducción: Fractura blowout de piso de órbita es una lesión traumática común del complejo craneofacial en la cual únicamente la pared inferior de la órbita interna esta afectada sin comprometer en reborde orbitario u otra región. El piso de órbita y la pared medial son las áreas mayormente afectadas. El paciente usualmente presenta blefaroptosis, parestesia diplopía. Así como, atrapamiento de tejidos blandos dentro del seno maxilar, lo cual conduce a limitación de los movimientos oculares y enoftalmos.

Objetivo: Reportar un caso clínico de un paciente masculino con diagnóstico de fractura blowout pura de piso de órbita que asiste al Hospital Metropolitano "Dr. Bernardo Sepúlveda", Monterrey-Nuevo León.

Presentación del caso: Reporte de caso de un tratamiento quirúrgico de un hombre de 20 años de edad quién fue diagnosticado con fractura blowout pura de piso de órbita después de accidente automovilístico. El tratamiento quirúrgico involucró reconstrucción de piso de órbita con una malla de titanio bajo anestesia general.

Resultados y Conclusiones: El resultado fue satisfactorio y el paciente no presentó ninguna afección visual o parestesia. El diagnóstico y el tratamiento temprano previene la probabilidad de ocurrencia de complicaciones funcionales.

Referencias bibliográficas:

Holtmann H, Eren H, Sander K, Kübler NR, Handschel J. Orbital floor fractures short and intermediate-term complications depending on treatment procedures. *Head Face Med* 2016 January 5;12.

Boyette JR, Pemberton JD, Bonilla-Velez J. Management of orbital fractures: challenges and solutions. *Clin Ophthalmol* 2015 November 17;9:2127-2137.

Lima LB, Miranda RB, Furtado LM, Reconstruction of orbital floor for treatment of a pure blowout fracture. *Revista Portuguesa de Estomatología, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial* 2015 April;56(2):122-126.

Fonseca RJ, Barber HD, Powers MP, Frost DE. *Oral and Maxillofacial Trauma*. 4th ed. London: Saunders; 2013.

Miloro M, Ghali GE, Larsen P, Waite P. *Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery*. 3th Revised ed. Shelton, CT: People's Medical Publishing House; 2012.

MANEJO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE AUTISTA

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

Universidad Autónoma de Nuevo León.

e-mail: consultorio_pediatria@hotmail.com

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 premedicó con 11 mg de Dormicum para reducir la ansiedad. Se le administraron gases anestésicos (sevoflurano) por medio de una mascarilla facial, se le indujo por vía intravenosa atropina (0,02 mg/kg) y se realizó la intubación 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.

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.

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

FRACTURA MANDIBULAR

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

Universidad Autónoma de Nuevo León.

e-mail: consultorio_pediatria@hotmail.com

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*.