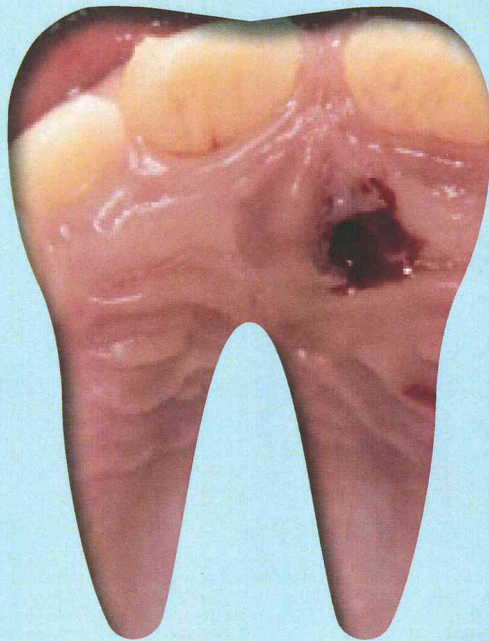


Yannette Concesa Velázquez Jiménez
Carmen Celina Alonso Sánchez
María Fernanda Yáñez Acosta

Casos clínicos en
**ODONTO
PEDIATRÍA**



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA
Centro Universitario de los Altos

•
Casos clínicos en Odontopediatría

Yannette Concesa Velázquez Jiménez
María Fernanda Yáñez Acosta
Carmen Celina Alonso Sánchez



Casos clínicos en Odontopediatría

UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA
Centro Universitario de los Altos

Directorio

Mtro. Guillermo Arturo Gómez Mata
Rector

Mtro. Paulo Alberto Carrillo Torres
Secretario académico

Dra. Vanessa Isabel Rivas Díaz de Sandi
Secretario administrativo

Dr. Sergio Sánchez Enríquez
Director de división

Dra. Carmen Celina Alonso Sánchez
Coordinación de la Especialidad en Odontopediatría

D.R. © Universidad de Guadalajara
Centro Universitario de los Altos
Carretera a Yahualica, Km. 7.5
Tepatitlán de Morelos, Jalisco, México.

ISBN: 978-607-547-380-2

Primera edición 2018

La impresión de este libro fue apoyada con recursos del proyecto "P/PFCE-2016-14MSU0010Z-16", proyecto perteneciente al programa de fortalecimiento de la calidad educativa del Centro Universitario de los Altos.

Índice

- 7 **Presentación**
- 9 *Capítulo 1. Hiperodoncia*
- 13 *Capítulo 2. Sellado de caries en paciente pediátrico*
- 19 *Capítulo 3. Manejo de caries de la infancia temprana con fluoruro diamino de plata al 30%*
- 25 *Capítulo 4. Rehabilitación Oral en un paciente pediátrico con Diabetes Mellitus Tipo I*
- 29 *Capítulo 5. Caries Temprana de la Infancia y su impacto sobre la calidad de vida*
- 35 *Capítulo 6. Restauración indirecta de un molar temporal con tratamiento pulpar*
- 43 *Capítulo 7. Material Bioactivo como material de obturación en pulpotomía de molar deciduo*
- 49 *Capítulo 8. Elaboración de funda de celuloide para diente inferior en paciente pediátrico con fisura palatina*
- 53 *Capítulo 9. Mesiodens*
- 59 *Capítulo 10. Manifestaciones clínicas en paciente pediátrico con síndrome de Down*
- 65 *Capítulo 11. Manifestaciones orales del Síndrome de Lennox-Gastaut y Síndrome de West*
- 71 *Capítulo 12. Calidad de vida y manejo odontológico de un paciente con Síndrome de Turner*
- 75 *Capítulo 13. Tratamiento conservador de un quiste dentígero en un paciente pediátrico*
- 81 *Capítulo 14. Herramientas endodónticas para el tratamiento pulpar en dentición temporal*
- 87 *Capítulo 15. Rehabilitación integral en paciente pediátrico con Caries Temprana de la Infancia*
- 93 *Capítulo 16. Diagnóstico de paciente con displasia ectodérmica*

- 97 **Imágenes en color**

Presentación

[7]

Hoy estamos cosechando el fruto de poco más de tres años de esfuerzo, de trabajo arduo, de vencer obstáculos y romper paradigmas; gracias a la dedicación de nuestros alumnos y la entrega de los docentes que laboramos en la Especialidad de Odontopediatría de CUAltos, así como el apoyo con el que siempre hemos contado de parte de las autoridades del Centro Universitario, y del Director del Centro de Atención Médico Integral, es que hoy podemos ver plasmado en este libro un poco de lo mucho que la población se ha beneficiado de este posgrado.

Aquí se refleja la tenacidad y la búsqueda incansable por estar a la vanguardia en la apropiación de conocimiento de las técnicas y la manipulación de los nuevos materiales dentales, y la consecuente aplicación en el diseño de planes de tratamiento, con el propósito de mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes, modificando hábitos de higiene y de nutrición.

YANNETTE CONCESA VELÁZQUEZ JIMÉNEZ

Hiperodoncia

Yannette Concesa Velázquez Jiménez¹

Carmen Celina Alonso Sánchez¹

Carlos Alberto Zarazúa González¹

Ariadna Guadalupe Romano Sánchez²

Resumen

Introducción: los dientes supernumerarios son anomalías de número del desarrollo dental que pueden estar o no asociadas a algún síndrome. Su prevalencia en México, oscila entre 0.3 y 3.8% en dentición permanente, y entre 0,3 y 0,6% en la decidua. Su diagnóstico se realiza mediante un estudio radiológico tales como radiografías periapicales oclusales, o panorámicas.

Presentación del caso: Paciente masculino de 16 años de edad que se presenta a la clínica de la Especialidad en Odontopediatría del Centro de Atención Médico Integral de la Universidad de Guadalajara, con diagnóstico presuntivo de dientes supernumerarios. Muestra ortopantomografía. Niega patologías sistémicas y/ó alergias. Con antecedente familiar de dientes supernumerarios. Al examen clínico intraoral se observa dentición mixta de segunda fase transicional, con exfoliación tardía de órgano dental 84 y consecuente infraoclusión de este respecto al arco dental, a la percusión emite sonido agudo y sólido. Se observa tumefacción incolora e indolora, de aproximadamente 10 mm, a nivel radicular de dicho órgano y sin presentar algún otro signo clínico de relevancia.

Conclusiones: El presente caso clínico muestra la importancia del diagnóstico clínico y radiográfico de anomalías del desarrollo dental, así como la relevancia de apoyar dicho diagnóstico con exámenes complementarios, tales como la

¹ Profesor de la Especialidad en Odontopediatría del Centro Universitario de los Altos. Universidad de Guadalajara. Tepatitlán de Morelos Jalisco, México.

² Estudiante de la Especialidad en Odontopediatría del Centro Universitario de los Altos. Universidad de Guadalajara. Tepatitlán de Morelos Jalisco, México.

tomografía computarizada de haz cónico que permita llevar a cabo un plan de tratamiento más preciso y menos invasivo para el paciente. **Significancia clínica:** presentar el reporte de un caso con clínico con hiperondancia, así como su diagnóstico para permitir la documentación de prevalencia de dicha anomalía dental.

Palabras clave: anomalía dental, supernumerarios, hiperondancia.

Introducción

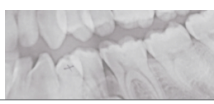
En los seres humanos, el número de cada tipo de diente está predeterminado, pero ocasionalmente pueden formarse más de la fórmula habitual. En casos tan raros, los dientes adicionales se denominan como dientes supernumerarios.¹ Los dientes supernumerarios son anomalías de número del desarrollo dental que pueden estar o no asociadas a algún síndrome.² Se definen como “dientes adicionales que pueden aparecer en la dentición decidua o permanente”, por lo general, su causa es la “duplicación” de la lámina dental que da lugar a la aparición de uno o varios órganos dentarios en una o más localizaciones anatómicas³, sin embargo se han presentado varias teorías para explicar la anomalía, como la dicotomía del brote dental.⁴

También aquellas alteraciones sufridas durante la interacción entre el epitelio y el mesénquima; afectan el desarrollo del diente; sin embargo, esto es menos probable que ocurra en la dentición temporal debido al equilibrio ambiental previo al nacimiento.⁵

Los dientes supernumerarios de origen no sindrómico se presentan con baja frecuencia; a pesar de esto, el daño que pueden causar a los órganos dentarios y tejidos vecinos puede tener severas repercusiones en la salud y estabilidad bucodental del paciente. Éstos favorecen el desarrollo de maloclusiones al provocar desplazamientos dentarios, desarrollo de quistes por su falta de erupción y reabsorción radicular de dientes adyacentes por una localización inusual.⁶

Su prevalencia en México según Ponce *et. al* (2004), oscila entre 0.3 y 3.8% en dentición permanente, y entre 0,3 y 0,6% en la decidua.⁷ De acuerdo con Dummett *et. al* (2001) la afectación en varones es el doble que en mujeres, son más frecuentes en el maxilar (90-95%) que en la mandíbula (10-5%) y típicamente se les puede encontrar en la región incisivo-canina, aunque pueden aparecer en algunos casos uno o varios dientes supernumerarios, unilaterales o bilaterales, en uno o ambos maxilares.^{8, 11, 12}

Importante es mencionar que existe una diferencia entre el diente suplementario y el supernumerario, el diente suplementario se caracteriza por su forma idéntica y funciona como el diente adyacente sin diferencias anatómicas, mientras que el supernumerario tiene una forma anatómica



atípica con dimensiones más pequeñas que el diente adyacente.⁹

Su diagnóstico se realiza mediante un estudio radiológico, sin embargo las radiografías periapicalesoclusales, panorámicas o cefalométricas brindan imágenes bidimensionales, por lo cual en muchos casos es necesario un diagnóstico más preciso de la posición anatómica del diente supernumerario siendo la imagenología tridimensional una valiosa herramienta para ello. Ejemplo de esto, es la tomografía de haz cónico la cual proporciona imágenes exactas de las estructuras dentales y óseas locales, resultando de gran utilidad para el diagnóstico de dichas anomalías.¹⁰

Presentación del caso

Paciente masculino de 16 años de edad que se presenta a la clínica de la Especialidad en Odontopediatría del Centro de Atención Médico Integral de la Universidad de Guadalajara, referido por el Especialista en Ortodoncia con el diagnóstico presuntivo de dientes supernumerarios. Muestra ortopantomografía (Figura 1-1). Niega patologías sistémicas y/ó alergias. Con antecedente familiar (hermanos) de dientes supernumerarios. Al examen clínico intraoral se observa dentición mixta de segunda fase transicional, con exfoliación tardía de órgano dental 84 y consecuente infraoclusión de este respecto al arco dental, a la percusión emite sonido agudo y sólido. Se observa tumefacción incolora e indolora, de aproximadamente 10 mm, a nivel radicular de dicho órgano y sin presentar algún otro signo clínico de relevancia (Figura 1-2).

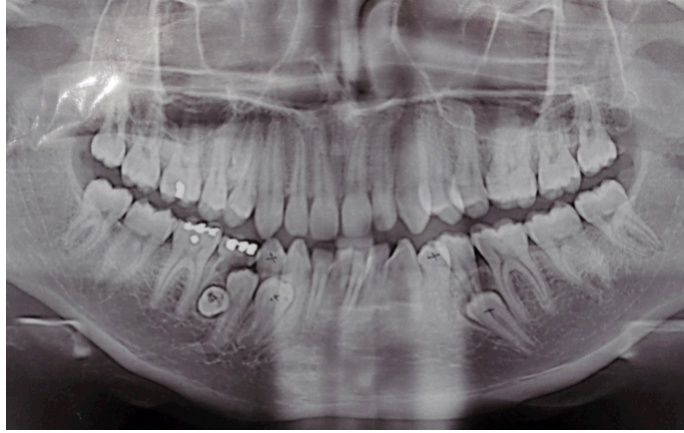


Figura 1-1. Ortopantomografía en la que se observan múltiples órganos supernumerarios. Fuente: propia



Figura 1-2. Fotografía de cuadrante inferior derecho. Evidencia de tumefacción a nivel radicular del órgano 84. Fuente: propia.

Conclusiones

El presente caso clínico muestra la importancia del diagnóstico clínico y radiográfico de anomalías del desarrollo dental, así como la relevancia de apoyar dicho diagnóstico con exámenes complementarios, tales como la tomografía computarizada de haz cónico que permita llevar a cabo un plan de tratamiento más preciso y menos invasivo para el paciente.

Bibliografía

1. Nogami S., Miyamoto I., Miyamoto I., Yamauchi K., Kataoka Y., Yasuhiro M., Saeki K., Maki K. Supernumerary deciduous teeth with multiple maxillary impacted mesiodens: A case report. *Pediatric Dental Journal*. 2012;22(2):193-197.
2. Oropeza Murillo M. P. Dientes supernumerarios: Reporte de un caso clínico. *Rev. Odont. Mex* 2013; 17(2): 91-96.
3. Vignesh Palanisamy A., Arathi Rao, Ravikiran Ongole, Varghese Chacko. Mandibular mesiodens—A rare case report. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Medicine, and Pathology*. 2017; 29(1):163-165.
4. Salcido García J. F., Ledesma Montes C., Hernández Flores F., Pérez D. Garcés Ortiz M. Frecuencia de dientes supernumerarios en una población Mexicana. *Med. oral patol. oral cir. bucal*. 2004; 9(5): 403-409.
5. Muñoz Ledo T. S., Hinojosa Aguirre A., Portillo Guerrero G., Tenorio Rocha F. Dientes supernumerarios en dentición primaria asociados a pólipos palatinos. Reporte de caso. *Rev Odontológica Mexicana*. 2013;17(3):170-174.
6. Neyra Jammal D., Silva Meza R. Prevalence of supernumerary teeth in a mexican simple. *Rev Mexicana de Ortodoncia*. 2015;3(2):88-91.
7. Ponce Bravo S, Ledesma Montes C, Pérez Pérez G, Sánchez Acuña G, Morales Sánchez I, Garcés Ortiz M. Dientes supernumerarios en una población infantil del Distrito Federal. Estudio clínico radiográfico. *Revista ADM*. 2004;61(4):142-5.
8. Dummett C. Anomalías de la dentición en desarrollo. En: Pinkham, JR. *Odontología pediátrica*. México D.F.: McGraw-Hill; 2001.
9. Giudice G, Nigrone V, Longo A, Cicciù M. Supernumerary and supplemental teeth: case report. *Eur J Paediatr Dent* 2008; 9:97-101.
10. Liu D., Wan Z., Zu-yan Z., Yun-tang W. Three dimensional evaluations of supernumerary teeth using cone-beam computed tomography for 487 cases. *Rev. Oral and Maxillofacial Radiology*. Beijing, China. 3(103), 2007.
11. Yáñez-Acosta *et al*, Contribuciones a la ciencia en México, Vol. 1. En Martínez-García *et al* Editores. Prevalencia de anomalías dentales en niños de 6 a 15 años que acudieron al Centro de Atención Medica Integral (2013). México: CIO; 2015. Pp: 3774-3778.
12. Velázquez-Jiménez *et al*, Compendio de Investigaciones Científicas en México, En Solano-Sosa *et. al* Editores. Fusión dental: Reporte de caso clínico.

Sellado de caries en paciente pediátrico

Isaac Murisi Pedroza Uribe¹
Jorge Abraham Alcalá Sánchez¹
Sandra Berenice Vázquez Rodríguez¹
Claudia Miroslava Rodríguez Torres²

Resumen

Introducción: la caries dental es considerada la enfermedad más prevalente en todo el mundo, la odontología de mínima intervención es utilizada para prevenir o detener la enfermedad activa utilizando técnicas de manejo no operativas como el sellado de lesiones cavitadas. **Presentación del caso:** paciente femenina, 5 años de edad, sin antecedentes médicos de relevancia, presenta lesiones de caries cavitadas en los órganos dentarios 74 y 75, no refiere dolor, se realiza profilaxis y se procede a sellar las caries con ionómero fotopolimerizable con previa radiografía. **Conclusiones:** la caries dental como enfermedad prevalente en niños, debe ser identificada en estadios tempranos, existen múltiples tratamientos para evitar la progresión de lesiones, incluso si ya se presenta cavitación, la odontología de mínima intervención es una opción factible para lograrlo. Este tipo de tratamiento en niños es una opción viable cuando se quiere mantener la estructura de los órganos dentarios y evitar que la lesión progrese afectando pulpa y tejidos adyacentes. Este puede realizarse incluso si es un paciente poco cooperador o si su edad no se lo permite. La desventaja en este tipo de terapéutica si no hay un buen sellado dentinario, puede llegar a fracasar, por lo que se debe tener citas control. **Significancia clínica:** la utilización de estas técnicas no invasivas como es el sellado de caries, es una excelente opción para tratar lesiones de caries.

Palabras clave: caries dental, sellado, ionómero de vidrio

¹ Profesor de la Especialidad en Odontopediatría del Centro Universitario de los Altos. Universidad de Guadalajara. Tepatitlán de Morelos Jalisco, México.

² Estudiante de la Especialidad en Odontopediatría del Centro Universitario de los Altos. Universidad de Guadalajara. Tepatitlán de Morelos Jalisco, México.



Figura 2-1. Fotografía inicial O.D. 74 y 75. Fuente: propia

Introducción

La caries dental es una enfermedad dependiente del azúcar y biofilm que daña las estructuras de los dientes, una pérdida prolongada de minerales en los órganos dentarios eventualmente conducirá a una cavitación y formación de lesiones cariosas¹. La caries dental es considerada la enfermedad más prevalente en todo el mundo, entre 60% y 90% de los niños en edad escolar tienen caries dental, a menudo acompañada de dolor o sensación de molestia². Afectando los grupos económicamente más desfavorecidos. El dolor, infecciones y pérdida de los órganos dentales más el alto costo en los tratamientos, afecta directamente en la calidad de vida en quien porta esta enfermedad.¹

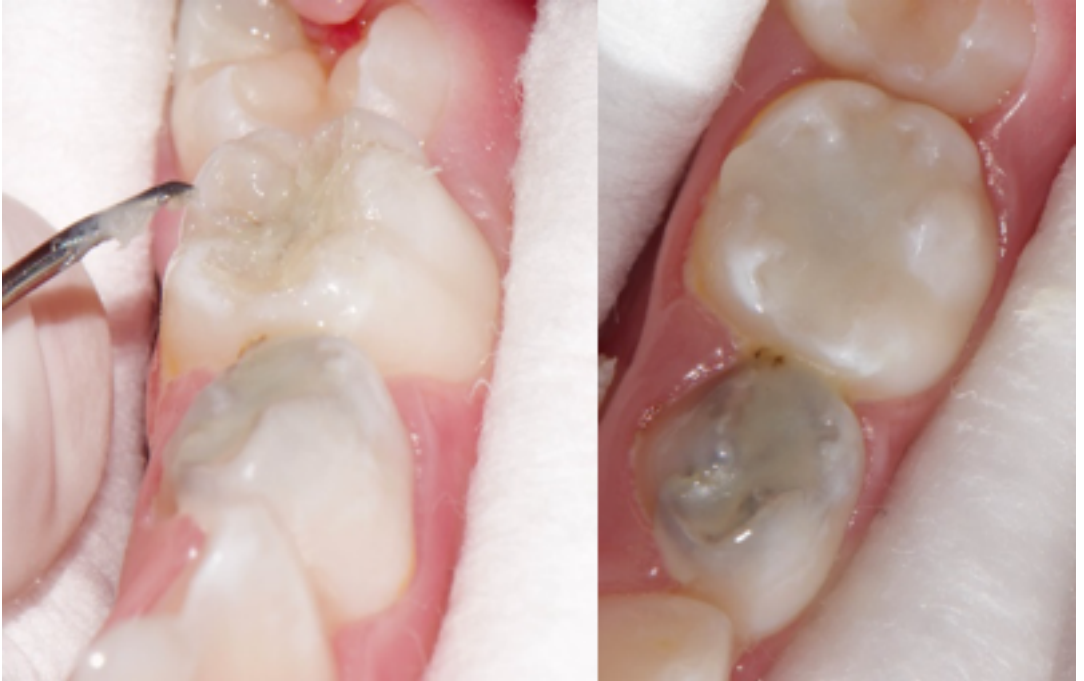
El tratamiento apropiado de la caries dental exige la detección de lesiones cariosas en una etapa temprana. Si el paciente presenta una experiencia previa en caries ayudará a predecir y determinar el estado de riesgo en un futuro.³

Los objetivos de la odontología de mínima intervención son prevenir o detener la enfermedad activa utilizando técnicas de manejo no operativas⁴, siendo el tratamiento que previene o restaura tanto como sea posible, sin afectar el tejido sano remanente, colocando así una restauración para evitar que la lesión de caries activa avance y evitando la destrucción de tejidos dentales sanos junto a la lesión cariada.⁵

La odontología conservadora se ha vuelto más popular ya que se logra mantener una estructura más sólida y se preserva la vitalidad de la pulpa al mismo tiempo. Al tener un sellado adecuado entre la dentina y el medio bucal, estos tratamientos parecen disminuir la cantidad de bacterias en las lesiones profundas evitando así su progresión. Esto representa una ventaja para el paciente pediátrico ya que nos aseguran procedimientos más rápidos, sin necesidad de anestésicos y reduciendo el tiempo en consulta.⁶

Presentación del caso

Se presenta paciente femenina de 5 años de edad a la clínica de la especialidad en Odontopediatría de CUAltos, sin antecedentes médicos de relevancia, con lesiones de caries activas en los órganos dentarios 74 y 75 (Figura 2-1), no refiere dolor, se realiza profilaxis y bajo aislamiento relativo se procede a sellar las caries de estos órganos dentarios con



ionómero de vidrio Ketac N100® (Figura 2-2), se valora la oclusión y se pule. Se toma radiografía para verificar que la lesión este sellada y se dan indicaciones a los padres (Figura 2-3 y 2-4). El consentimiento informado se obtuvo de los padres de la paciente para la publicación del presente caso al igual que las imágenes que lo acompañan.

Figura 2-2.
A. Obturación con ionómero de vidrio Ketac N100. B. Organos dentarios sellados. Fuente: propia.

Discusión

La caries dental es la enfermedad a la que nos enfrentamos los odontopediatras todos los días, debemos conocerla, manejarla y controlarla; aún más cuando ya existen lesiones cavitadas para así preservar los tejidos duros, mantener la vitalidad de la pulpa y conservar los dientes funcionales hasta su exfoliación.⁷

La actividad del biofilm provoca un desequilibrio en la desmineralización y remineralización, que conduce a una pérdida de minerales dentro de los tejidos dentales duros; el signo y síntoma más temprano es la lesión cariada⁸.

El control de caries que presenta lesiones activas se debe dirigir en utilizar técnicas que eliminen el factor etiológico como la dieta, el cepillado y la eliminación y control de biofilm⁷, posterior a esto, existen

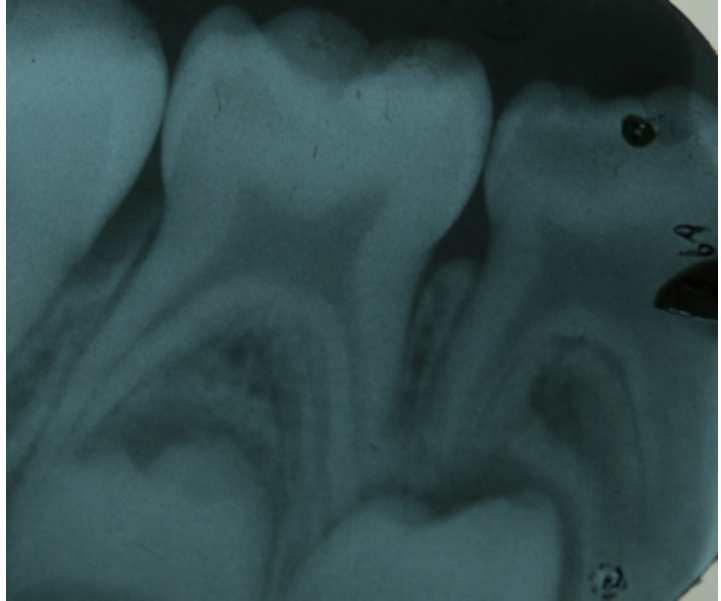


Figura 2-3.
Radiografía inicial.
Fuente: propia.

tres opciones de tratamiento, primero no se elimina caries y se procede a sellar el diente, seguido por la extirpación mínima de caries (tratamiento ultraconservador) y sellar la cavidad, o bien la extirpación de caries en etapas en dos visitas con separación de algunos meses para dar tiempo a la pulpa a formar la dentina reparadora (la técnica de excavación por etapas). Cuando las lesiones ya cavitadas en dentina no pueden ser selladas, se indica una intervención restaurativa.⁷ La remoción parcial de la caries es preferible a la remoción completa de la caries en lesiones profundas ya que así se reducirá el riesgo de exposición a que progrese la lesión.⁹

Conclusiones

La caries dental como enfermedad prevalente en niños, debe ser identificada en estadios tempranos, existen múltiples tratamientos para evitar la progresión de lesiones, incluso si ya se presenta cavitación, la odontología de mínima intervención es una opción factible para lograrlo. Este tipo de tratamiento en niños es una opción viable cuando se quiere mantener la estructura de los órganos dentarios y evitar que la lesión progrese afectando pulpa y tejidos adyacentes. Este puede realizarse incluso si es un paciente poco cooperador o si su edad no se lo permite.

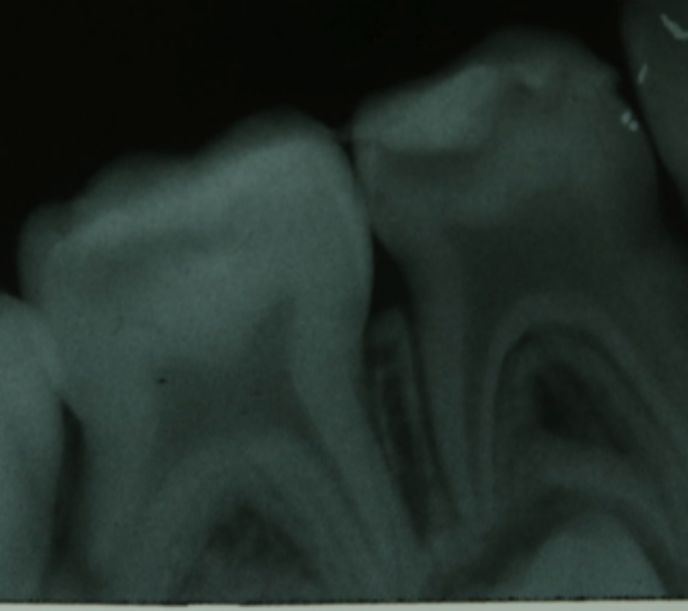
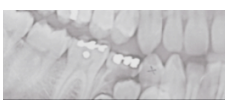


Figura 2-4. Radiografía inicial. Radiografía posterior al sellado. Fuente: propia.

La desventaja en este tipo de terapéutica si no hay un buen sellado dentinario, puede llegar a fracasar, por lo que se debe estar en citas control.

Bibliografía

1. Dorri, M., Dunne, S. M., Walsh, T., & Schwendicke, F. Micro-invasive interventions for managing proximal dental decay in primary and permanent teeth. 2015. The Cochrane Library.
2. [<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>].
3. Tassery H. Levallois . Terrer E. Manton DJ. Otsuki M. Koubi S. Gugnani N. Panayotov I. Jacquot B. Cuisinier F. Rechmann P. Use of new minimum intervention dentistry technologies in caries management. Australian Dental Journal 2013; 58:(1 Suppl): 40–59.
4. Mackenzie, L., & Banerjee, A. Minimally invasive direct restorations: a practical guide. British dental journal 2017, 223(3), 163.
5. Ammari, M. M., Soviero, V. M., da Silva Fidalgo, T. K., Lenzi, M., Ferreira, D. M. T., Mattos, C. T., ... & Maia, L. C.. Is non-cavitated proximal lesion sealing an effective method for caries control in primary and permanent teeth? A systematic review and meta-analysis. Journal of dentistry, 2014. 42(10), 1217-1227.
6. Contardo, M. S., Muñoz, C., & Giacaman, R. A. Sealing dentin caries with resinmodified glass ionomer decreases lesion progression and bacterial survival in an experimental model. J Adhes Dent. 2015. Vol 17.
7. Banerjee, A., Frencken, J. E., Schwendicke, F., & Innes, N. P. T. Contemporary operative caries management: consensus recommendations on minimally invasive caries removal. British dental journal 2017,223(3), 215.



8. Fejerskov O, Nyvad B, Kidd E A. Pathology of dental caries. In Fejerskov O, Kidd EAM (editors) *Dental caries: The disease and its clinical management*. Volume 2. pp 20–48. Oxford, Blackwell Munksgaard, 2008.
9. Ricketts DNJ, Kidd EAM, Innes N, Clarkson JLa Biblioteca Cochrane PlusThe Cochrane Library.

Manejo de caries temprana de la infancia con fluoruro diamino de plata al 30%

Jorge Abraham Alcalá Sánchez¹
Carmen Celina Alonso Sánchez¹
Sandra Berenice Vázquez Rodríguez¹
María Casillas Franco²
Isabel del Carmen Medrano González²

Resumen

Introducción: la Caries temprana de la infancia (CTI) es una enfermedad multifactorial caracterizada por lesiones cariosas en niños menores de 72 meses de edad. Su prevalencia varía de 3.1%-90%. El cariostático fluoruro diamino de plata (FDP) posee actividad antimicrobiana y detiene la desmineralización formando fosfato de plata insoluble: el flúor actúa en esmalte y la plata en dentina. **Presentación del caso:** paciente masculino de 2 años de edad, presenta malos hábitos de higiene bucal y alimenticios, lesiones cariosas en los órganos dentarios (OD) 51, 52, 54, 61, 62, 64, 71, 72, 74, 81, 82 y 84, diagnosticándose CTI. Se realizó profilaxis y topicación de flúor. Se restauraron OD. 54, 64, 71, 72, 74 y 84 con ionómero de vidrio. Se realizaron 4 aplicaciones semanales con *Cariestop*[®] al 30% en OD. 51, 52, 61, 62, 81 y 82; posteriormente fueron restaurados con coronas de celuloide los OD. 51, 52, 61, 62, y ionómero de vidrio en OD. 81 y 82. **Discusión:** Resultado de las investigaciones sugieren la eficacia del FDP, al ser un excelente material para su uso en intervención preventiva de caries. **Conclusión:** el uso de *Cariestop*[®] 30% fue de gran eficacia ya que logró detener el avance de las lesiones cariosas, así como la prevención de futuras lesiones. Significancia clínica: se

¹ Profesor de la Especialidad en Odontopediatría del Centro Universitario de los Altos. Universidad de Guadalajara. Tepatitlán de Morelos Jalisco, México,

² Estudiante de la Especialidad en Odontopediatría del Centro Universitario de los Altos. Universidad de Guadalajara. Tepatitlán de Morelos Jalisco, México.

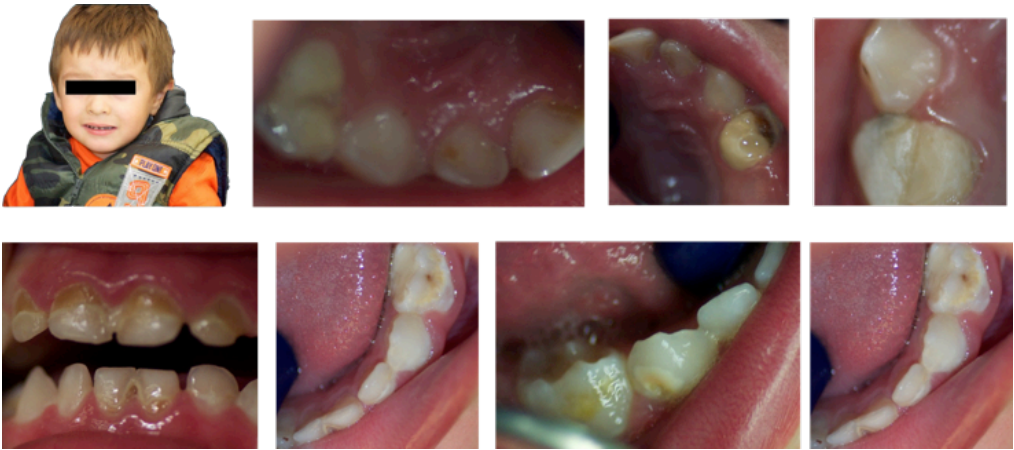


Figura 3. 1. Fotografías iniciales (Fuente propia)

detuvo la lesión cariosa colocando el agente cariostático de fluoruro diamino de plata (*Cariestop*[®] 30%), por lo que es un tratamiento de fácil aplicación, poco invasivo y de reducido costo con óptimos resultados. **Significancia clínica:** el contar con otras opciones de tratamiento es importante para ofrecer la mejor alternativa para devolver la salud bucal al paciente.

Palabras clave: caries temprana de la infancia, cariostático, Cariestop.

Introducción

La Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD) define la caries temprana de la infancia como la presencia de uno o más órganos dentarios con lesiones cariosas, perdidos u obturados, en niños de 71 meses de edad o menores. Cuando esta condición no es tratada puede llegar a afectar a todos los dientes presentes en la cavidad bucal, lo que se denomina caries rampante.^{1,2,3}

El principal agente causal de la caries de la infancia temprana es el *Streptococcus mutans*, inmerso en un biofilm bacteriano.⁴

Los factores de riesgo como la dieta rica en carbohidratos, la higiene oral, la exposición a fluoruros y el uso prolongado de biberón, entre otros, son los principales causantes de caries de la infancia temprana.^{2,4,5}

La prevalencia de la caries temprana de la infancia varía de 3.1% a 90% dependiendo de la vulnerabilidad de las poblaciones, sobre todo cuando éstas pertenecen a grupos de nivel socioeconómico bajo.⁴

Se ha demostrado que el agente cariostático de plata diamina fluoruro posee actividad antimicrobiana en contra del biofilm cariogénico de



Profilaxis



1ra. Aplicación



2da. Aplicación



3ra. Aplicación



4ta. Aplicación



Rehabilitación

Figura 3. 2. Fotografías del tratamiento. (Fuente propia)

Streptococcus mutans formado en las superficies de dentina, deteniendo su proceso de desmineralización, capaz de estabilizar y producir una acción cariostática. Esta sustancia forma fosfato de plata insoluble, el flúor actúa en esmalte y la plata sobre las proteínas dentinarias. Su costo es bajo y por lo tanto accesible en la mayoría de las comunidades. Es un tratamiento simple y no requiere de un equipo costoso o infraestructura de soporte. No es invasivo, por lo que el riesgo de propagación de infecciones es muy baja.^{6,7,8}

Presentación del caso

Paciente masculino de 2 años 2 meses de edad el cual presenta malos hábitos alimenticios. Toma líquidos azucarados con biberón y a la exploración clínica muestra una falta de higiene bucal. En el examen clínico presentó

lesiones cariosas en órganos dentarios 51, 52, 54, 61, 62, 64, 71, 72, 74, 81, 82 y 84. Se diagnosticó como caries temprana de la infancia. (Figura 3-1). El plan de tratamiento consistió en la concientización de la madre sobre la etiología de la enfermedad y los cambios a realizar, con instrucciones de técnica de cepillado, profilaxis y topicación de gel fluorado, además de la modificación de la dieta rica en carbohidratos. Se retiró la dentina infectada en el órgano dentario 64 con cucharilla para dentina, colocando una base de Theracal y ionómero de vidrio Fuji II. Posteriormente, se retiraron las lesiones cariosas en los órganos dentarios 54, 71, 72, 74, 81, 82 y 84 restaurando con ionómero de vidrio Fuji II. Se colocó carioestático Cariestop al 30 % en los órganos dentarios 51, 52, 61 y 62, con previa profilaxis, protección de tejidos blandos, secado y colocación del producto durante 2 a 3 minutos, con posterior lavado y 4 aplicaciones, 1 por semana. Al finalizar éstas, el tratamiento siguiente fue la colocación de coronas de celuloide. Para la realización de dichos tratamientos se obtuvo el consentimiento informado por parte de la madre del paciente (Figura 3-2).

Discusión

La terapia de fluoruro diamino de plata es una importante estrategia de prevención de caries utilizada durante periodos críticos en la primera infancia.⁹

Rosenbalt, *et. al* (2009) sugieren que el fluoruro diamino de plata es más eficaz que el barniz de fluoruro, y puede ser una valiosa intervención preventiva de caries. Además, la disponibilidad de un agente preventivo de la caries que sea seguro, eficaz, eficiente y equitativo parece cumplir los criterios de los objetivos de la Organización Mundial de la Salud (OMS).¹⁰

Conclusión

El uso de Cariestop 30% en el paciente fue de gran eficacia ya que debido a su efectividad al tratamiento se logró detener el avance de las lesiones cariosas, así como la prevención de futuras lesiones, devolviéndole al paciente salud, función y estética en edades tempranas.

Significancia clínica

El contar con otras opciones de tratamiento es importante para ofrecer la mejor alternativa para devolver la salud bucal al paciente, los carioestáticos son una buena opción para ganar más tiempo al detener el avance de las lesiones cariosas.



Bibliografía

1. Arango MC, Baena GP. Caries de la infancia temprana y factores de riesgo. Revisión de la literatura. *Revista de Estomatología*. 2004.
2. Montero Canseco D, López Morales P, Castrejón Pérez RC. Prevalencia de caries de la infancia temprana y nivel socioeconómico familiar. *Revista Odontológica Mexicana*. 2011. Volumen 15. Número 2.
3. Zaror Sánchez C, Pineda Toledo P, Orellana Cáceres JJ. Prevalencia de Caries Temprana de la Infancia y sus Factores Asociados en Niños Chilenos de 2 y 4 años. *International Journal Odontoestomatology*. 2011. Volumen 5. Número 2.
4. Aguilar Ayala FJ, Duarte Escobedo CG, Rejón Peraza ME, Serrano Piña R, Pizón Te AL. Prevalencia de caries de la infancia temprana y factores de riesgo asociados. *Acta Pediátrica Mexicana*. 2014. Volumen 53. Número 4.
5. De Melo Santos L, Limeira dos Reis JI, Perolina de Medeiros MP, Moreira Ramos S, Mendes de Araújo J. In vitro evaluation of fluoride products in the development of carious lesions in deciduous teeth. *Pediatric Dentistry*. 2009. Volumen 23. Número 3.
6. CHU, CH, MEI, L., Seneviratne, CJ y LO, ECM (2012), Efectos de fluoruro de diamina de plata en las lesiones de caries de dentina inducida por *Streptococcus mutans* y *Actinomyces Naeslundii* biopelículas. *Revista Internacional de Odontología Pediátrica*, 22: 2-10.
7. Chu, C. H., Lo, E. C. M., & Lin, H. C. (2002). Effectiveness of silver diamine fluoride and sodium fluoride varnish in arresting dentin caries in Chinese pre-school children. *Journal of Dental Research*, 81(11), 767-770.
8. Lindenbaum L, Daniels R. Aplicación clínica de fluoruro de diamino de plata al 38% en caries dentinarias en niños menores de 2 años atendidos en la Universidad Mayor. *Rev. Soc. Chil. Odontopediatría*. 2012; 27(1), 22.
9. ArChu, C. H., Lee, A. H. C., Zheng, L., Mei, M. L., & Chan, G. C. F. Arresting rampant dental caries with silver diamine fluoride in a young teenager suffering from chronic oral graft versus host disease post-bone marrow transplantation: a case report. *BMC research notes*, 2014, 7(1), 3.
10. Rosenblatt, A., Stamford, T. C. M., & Niederman, R. Silver diamine fluoride: a caries "silver-fluoride bullet". *Journal of dental research*, 2009. 88(2), 116-125.

Rehabilitación oral en un paciente pediátrico con diabetes Mellitus tipo I

Yannette Concesa Velázquez Jiménez¹

María Fernanda Yáñez Acosta¹

Omar Alejandro Olivares Campos²

Verónica González Vázquez²

Resumen

Introducción: el aumento sostenido de altas concentraciones sanguíneas de glucosa genera disminución del flujo salival, contribuyendo a la acumulación de placa bacteriana. La odontología pediátrica ofrece una diversidad de tratamientos restauradores, de modo que la pérdida parcial o extensa de la estructura dentaria o del órgano dental cuenta con alternativas que permiten el restablecimiento de sus funciones adecuadamente. Es fundamental evitar la reaparición de la enfermedad por lo que habrá que implementar un protocolo preventivo individualizado. **Presentación de Caso:** paciente femenino de 5 años de edad con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 1 a los 2 años 7 meses de edad; bajo control médico con tratamiento farmacológico. En la primera consulta se realizó profilaxis y topicación de flúor. En las citas se trabajó por cuadrantes y se colocó coronas de acero-cromo en los órganos 64 y 65, se realizó pulpotomía/corona en el 54, y finalmente se colocó resina en el 74, terminando la cita con topicación con flúor. **Conclusiones:** la atención temprana de pacientes con diabetes mellitus tipo I, es de suma importancia, ya que presentan un alto índice de caries afectando su salud oral. **Significancia clínica:** es esencial restablecer tanto la salud oral como la función masticatoria en pacientes con diabetes mellitus tipo 1, debido a que de su alimentación dependerá que no desarrollen caries temprana de la infancia.

Palabras clave: caries, Diabetes Mellitus tipo 1.

¹ Profesor de la Especialidad en Odontopediatría del Centro Universitario de los Altos. Universidad de Guadalajara. Tepatitlán de Morelos Jalisco, México,

² Estudiante de la Especialidad en Odontopediatría del Centro Universitario de los Altos. Universidad de Guadalajara. Tepatitlán de Morelos Jalisco, México.



Figura 4-1. Fotografía lateral derecha final.



Figura 4-2. Fotografía lateral izquierda final

Introducción

La diabetes mellitus (DM) tipo 1 es una enfermedad autoinmune producida por la destrucción progresiva de las células beta pancreáticas.² En los pacientes con DM tipo 1 la secreción de insulina es mínima o nula.³

El aumento sostenido de altas concentraciones sanguíneas de glucosa genera disminución del flujo salival, disminución de la respuesta vascular periférica contribuyendo a la acumulación de placa bacteriana y la formación de tártaro, halitosis y enfermedad periodontal.³

Los pacientes que la desarrollan pueden presentar alto riesgo cariogénico, otras manifestaciones bucales incluyen retraso de la cicatrización de heridas, impidiendo el depósito de colágeno y la proliferación endotelial.⁵

La odontología pediátrica ofrece una diversidad de tratamientos restauradores, de modo que la pérdida parcial o extensa de la estructura dentaria o del órgano dental cuenta con alternativas que le permiten el restablecimiento de sus funciones adecuadamente.⁶

Al realizar cualquier tratamiento restaurador se debe primeramente remover por completo el biofilm bacteriano y el protocolo de rehabilitación puede incluir cualquiera de los tratamientos utilizados en Odontopediatría.¹

Posterior a la rehabilitación, es fundamental evitar la reaparición de la enfermedad por lo que habrá que implementar un protocolo preventivo individualizado y la periodicidad de las citas de control deben basarse en el riesgo y actividad de caries del niño.¹

Reporte del caso

Paciente femenino de 5 años de edad con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 1 a los 2 años 7 meses de edad. Bajo control médico con tratamiento

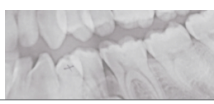


Figura 4-3. Fotografía oclusal final superior.



Figura 4-4. Fotografía oclusal inferior.

farmacológico administrando diariamente 7 unidades de insulina glargina por la mañana y; 1 unidad y media de insulina de acción rápida antes de cada comida. La madre manifiesta darle una galleta cuando existe hipoglucemia, generalmente presentada en la madrugada y a medio día, sin aseo bucal posterior a la ingesta.

Al examen intraoral se observa placa dentobacteriana, con presencia de lesiones cariosas en los órganos dentarios 51, 54, 55 y 64, corroborando radiográficamente que el órgano 54 muestra afección pulpar.

En la primera consulta se realizó profilaxis y topicación de flúor. En la segunda cita se colocó corona de acero cromo en el órgano dentario 64. En la tercera cita se llevó a cabo la realización de pulpotomía en el órgano dentario 54 así como la colocación de corona de acero cromo en dicho órgano y, finalmente la colocación de corona de acero cromo en el órgano dentario 55, así como restauración con resina en el órgano 74 a nivel cervical (Figura 4.1-4.4). En cada cita se colocó flúor en barniz para remineralizar las lesiones incipientes de caries. Se indicaron citas periódicas de control cada 3 meses, debido a la alta actividad de caries.

Conclusiones

La atención temprana de pacientes con diabetes mellitus tipo 1, es de suma importancia, ya que presentan una alta actividad de caries afectando su salud oral. En este caso, se colocaron coronas de acero debido al alto riesgo de caries que presentó la paciente. Es responsabilidad del odontopediatra, realizar una rehabilitación ideal de acuerdo con las condiciones bucales presentadas, y así brindar una mejor atención. La prevención y el cambio de hábitos higiénicos en estos pacientes es muy importante, ya que de ello depende el éxito de los tratamientos.

Significancia clínica

Es esencial restablecer tanto la salud oral como la función masticatoria en pacientes con diabetes mellitus tipo 1, debido a que de su alimentación y de la higiene bucal dependerá que no desarrollen caries temprana de la infancia.

Bibliografía

1. Guerrero-Castellón MP, Galeana-Ramírez MG, Corona-Zavala AA. Caries de la infancia temprana: medidas preventivas y rehabilitación. (2011) Vol. 4 | Núm. 1 | pp 25-28.
2. Tratamiento de pacientes odontológicos diabéticos: un problema global. www.colgateoralhealthnetwork.com.
3. Miranda O. X, Troncoso P. J., Rodríguez S. C., Aravena T. P., Jiménez Del R. P. Caries e índice de higiene oral en niños con diabetes mellitus tipo 1. *Rev Chil Pediatr* 2013; 84 (5): 527-531.
4. Pérez del A. A. Enfermedad Periodontal en Pacientes Diabeticos del centro de Salud Urbano col. Unidad y Trabajo de Papantla, Ver. Junio 2012.
5. Corona Zavala Agustín Antonio, Guerrero Castellón Martha Patricia, Rodríguez Arámbula Julio Cesar, Pérez Orta Raúl, Hernández Sánchez María de Jesús. Rehabilitación oral en niños, con enfoque preventivo y psicológico: reporte de un caso. 2014; 3 (7):223-229.
6. Avendaño-Díaz, Ana Laura; Martínez-Sandoval, Beatriz; Santos-Díaz, Miguel Angel; García-García, Eduardo; Ruíz-Rodríguez, Ma. del Socorro; Pozos-Guillén, Amaury J; Garrocho-Rangel, José Arturo. Rehabilitación protésica en displasia ectodérmica hipohidrótica: Reporte de un caso. *Odontol Pediatr* Vol 11 No 1 Enero - Junio 2012.

Caries temprana de la infancia y su impacto sobre la calidad de vida

Isaac Murisi Pedroza Uribe¹
Rubén Alberto Bayardo González¹
Alberto González Padilla¹
Verónica González Vázquez²
Omar Alejandro Olivares Campos²

Resumen

Introducción: la caries temprana de la infancia es la enfermedad crónica más común. Esta puede tener repercusiones físicas, funcionales y conductuales adversas, afectando la calidad de vida^{1,2,3}. El objetivo de este capítulo es la presentación un caso clínico de CTI y el impacto en la calidad de vida del paciente.

Presentación del caso: paciente masculino de 6 años de edad acude a consulta a la clínica de la Especialidad de Odontopediatría del Centro Universitario de los Altos de la Universidad de Guadalajara, remitido de la clínica de pregrado de la misma institución debido a que la conducta del paciente no era cooperadora. Al realizar la exploración intraoral se observan múltiples lesiones cariosas.

Conclusión: Echeverría *et. al* 2010 menciona que en la CTI severa, la probabilidad de manifestaciones adversas es mayor, afectando la salud general, alterando los hábitos alimenticios y el sueño⁵. La CTI es un problema de salud pública, por ello es imprescindible realizar orientación sobre la higiene bucal desde edades tempranas, para preservar la calidad de vida⁶. **Significancia clínica:** el principal objetivo del tratamiento fue la orientación sobre el control de la higiene y dieta. Se realizaron las restauraciones de los órganos dentarios iniciando con tratamientos de mayor prioridad como extracciones, mantenedores de espacio, pulpectomías y coronas de acero. El paciente se encuentra en fase de mantenimiento.

Palabras clave: caries temprana de la infancia, calidad de vida.

¹ Profesor de la Especialidad en Odontopediatría del Centro Universitario de los Altos. Universidad de Guadalajara. Tepatitlán de Morelos Jalisco, México.

² Estudiante de la Especialidad en Odontopediatría del Centro Universitario de los Altos. Universidad de Guadalajara. Tepatitlán de Morelos Jalisco, México.



Figura 5-1. Ionomero de vidrio, Ketac N100 en órganos dentarios 73 y 83.

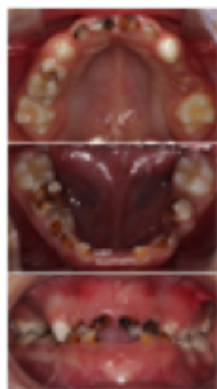


Figura 5-2. Exploración intraoral y extraoral.

enfermedad es la aplicación de una correcta técnica de higiene oral, así



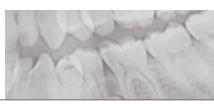
Figura 5-3. Exodoncias de los órganos dentarios 51, 52, 61, 62, 74 y 54.

Introducción

La caries temprana de la infancia es la enfermedad bucal crónica con mayor prevalencia en niños. Ésta puede tener repercusiones físicas, funcionales y conductuales adversas, afectando la calidad de vida¹. La Asociación Americana de Odontología Pediátrica (AAPD) menciona que la Caries Temprana de la Infancia es un tipo de caries que se desarrolla después de la erupción de los dientes temporales, afectando a niños de 10 meses a 71 meses de edad.^{1,2,3}

La caries es una enfermedad multifactorial en la cual existen factores de riesgo que nos exige tener un correcto control de la enfermedad. En el desarrollo de dicha patología interviene factores biológicos, sociales, psicológicos, económicos. El control de la caries dental se realiza principalmente con un cambio en los hábitos del paciente, el factor más importante para no desarrollar dicha enfermedad es la aplicación de una correcta técnica de higiene oral, así como el control alimenticio para evitar la progresión de las lesiones cariosas. La progresión de dicha lesión implica factores como el huésped, los microorganismos y el sustrato, entre otros.^{2,4}

Las manifestaciones clínicas de la Caries temprana de la Infancia pueden desarrollarse rápidamente de una lesión incipiente a lesiones avanzadas, con exposición de la



cámara pulpar, destrucción de los órganos dentarios, presentando o no dolor, disminuyendo así la calidad de vida del paciente.^{5,7}

Es imprescindible la evaluación de la calidad de vida, ya que esta tiene un gran impacto en el paciente, es necesario que el éste se encuentre en condiciones fisiológicas funcionales para poder realizar actividades cotidianas y sencillas, sin que exista limitaciones para realizarlas. En el caso de la cavidad bucal es importante que el paciente cuente con una cavidad bucal sana para poder ingerir alimentos de manera adecuada y consecuentemente no exista daño en la salud general y afecte la calidad de vida. Nuestro deber como odontopediatras no solo es el de rehabilitar, si no motivar e informar al paciente y a los padres sobre los beneficios de mantener una buena salud bucal, una buena dieta y el control odontológico de rutina para preservar los órganos dentarios. De esta manera los niños desde edades tempranas cuentan con una cultura de prevención y salud bucal y por consiguiente la calidad de vida será buena⁵. El objetivo de este capítulo es presentar un caso clínico de Caries Temprana de la Infancia y el impacto en la calidad de vida del paciente.



Figura 5-4. Pulpotomía en órgano dentario 85, curación con TheraCal y ionomero en órgano dentario 84, para la posterior colocación de coronas acero cromo.

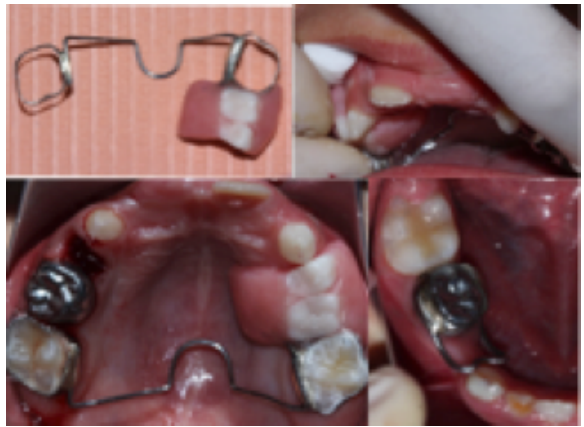


Figura 5-5. Mantenedores de espacio. Maxilar superior arco transpalatino con reposición de órganos dentarios. Mandíbula banza y anza.

Presentación del caso

Paciente masculino de 6 años de edad que acude a consulta a la clínica de la Especialidad en Odontopediatría del Centro Universitario de los Altos de la Universidad de Guadalajara. El paciente fue remitido a la clínica de la especialidad por la clínica de pregrado debido a que el paciente no era

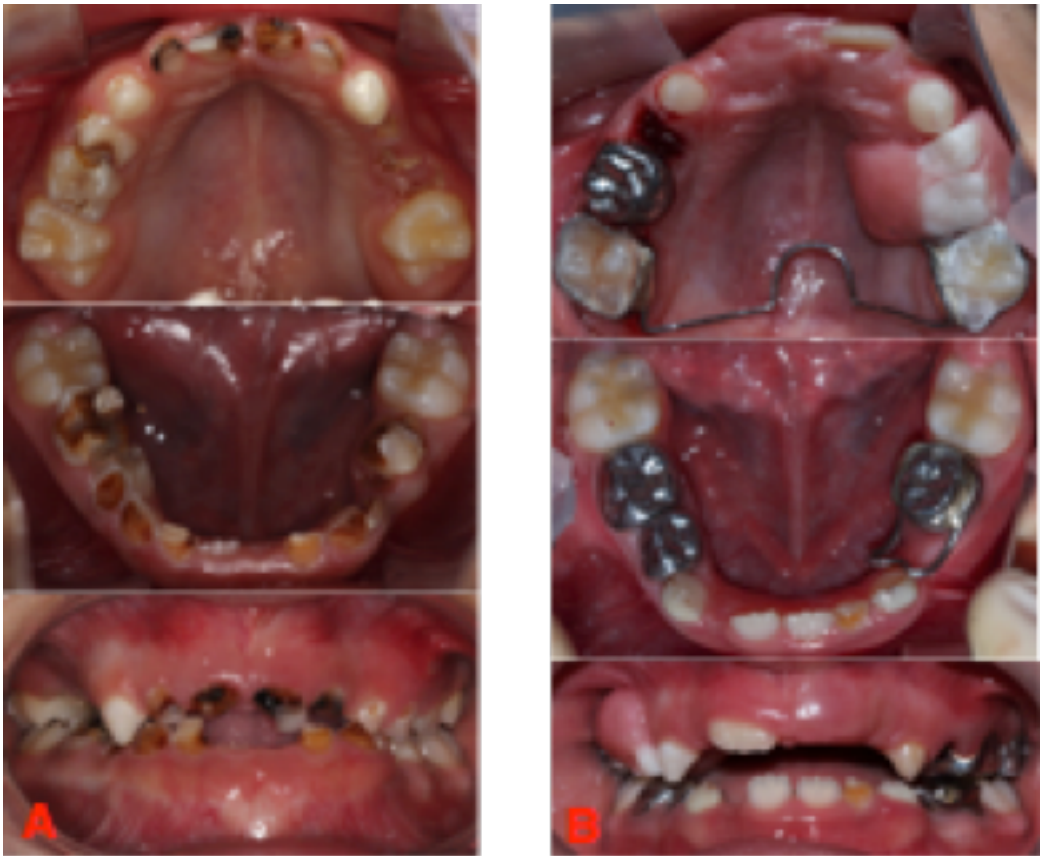


Figura 5-6. A) antes. B) después.

cooperador. Al realizar la anamnesis, la madre refiere que la alimentación es alta en carbohidratos, sin el consumo de frutas y verduras. Al realizar la exploración extraoral encontramos que es un paciente mesocéfalo, rasgos simétricos y no presenta alteración en la morfología; a la exploración intraoral observamos múltiples lesiones cariosas extensas, con pérdida de la corona clínica, restos radiculares y acumulo de placa bacteriana. (Figura 5-2).

El tratamiento se realizó por fases iniciando con profilaxis y topicación de flúor para adecuación del medio bucal, a la madre se le dieron instrucciones sobre la higiene bucal y se le sugirió la consulta con el nutriólogo, para que le ayudara a equilibrar la dieta. En una segunda fase se realizaron las restauraciones, las cuales fueron en el siguiente orden:

1. Ionomero de vidrio Ketac N100 en los órganos dentarios 73 y 83



- (Figura 5-1).
2. Pulpotomías y coronas de acero cromo 3M de los órganos dentarios 75, 84 y 85 (Figura 5-4).
 3. Pulpectomía y corona acero cromo de órgano dentario 55 (Figura 5-4).
 4. Exodoncia de los órganos dentarios y fragmentos radiculares 51, 52, 61, 62, 74 y 5 (Figura 5-3).
 5. Se colocaron mantenedores de espacio como banda y anza para preservar el espacio del órgano dentario 74, en la arcada superior se colocó un arco transpalatino, agregando los pónicos correspondientes a los órganos dentarios 54 y 55 en el mismo aparato (Figura 5-5).

En la última fase, el paciente se encuentra en mantenimiento realizando profilaxis y topicación de flúor para el control del medio bucal y preservación de la salud oral. (Figura 5-6).

Conclusión

Echeverría *et. al* 2010, menciona que en la Caries Temprana de la Infancia severa, la probabilidad de manifestaciones clínicas adversas es mayor; afectando la salud, alterando los hábitos alimenticios y el sueño.⁵ Los niños que presentan esta enfermedad pueden presentar manifestaciones clínicas graves como dolor, dificultades para dormir y ausentismo escolar, por ello es importante el control y prevención de enfermedad, con una correcta técnica de cepillado con pasta dental de 1000 a 1500 ppm de flúor y control de la dieta para la mejora de la calidad de vida⁵.

La Caries Temprana de la Infancia según la OMS es un problema de salud pública, debido a su alta prevalencia. Por ello el objetivo principal de esta rehabilitación fue la orientación sobre la higiene bucal, hábitos alimenticios, visitas regulares con el dentista y la prevención. Todo esto con el fin de mejorar la calidad de vida del paciente.

Es de vital importancia hacer énfasis a los padres sobre la prevención y tomar en cuenta que, si no existe un correcto control de los factores etiológicos de la enfermedad, el paciente no lograra tener una cavidad bucal libre de caries. El realizar un tratamiento integral y multidisciplinario del paciente, nos ayudó para que éste recuperará la confianza, seguridad, función y principalmente la calidad de vida.

Significancia clínica

El principal objetivo del tratamiento fue la orientación sobre el control de

la higiene y dieta. Se realizaron las restauraciones de los órganos dentarios iniciando con tratamientos de mayor prioridad como extracciones, mantenedores de espacio, pulpectomías y coronas de acero. El paciente se encuentra en fase de mantenimiento.

Bibliografía

1. Lopez Echeverria Sonia, Enriquez D'Aquino Eugenia, Linacre Sandoval Daniela. Peso y Talla en niños con Caries Temprana de la Infancia. Estudio comparativo. Revista Dental de Chile 2009; 100(1) 25-30.
2. Raymundo de Andrade Lucia Helena, Buczynski Ana Karla, Raggio Luiz Ronir, Fernanda Castro Gloria. Impacto de la salud oral en la calidad de vida de los niños pre-escolares: percepción de los responsables. Acta Odontológica Venezolana 2011/ Volumen 49 / No. 4.
3. Freire Alicia, Farfán Alejandro, Chuquimarca Berio. Elevado consumo de azúcares y caries asociados a cepillado dental en niños de Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBVs) de Quito. Rev Fac Cien Med (Quito), 2016; 41 (1): 21-30
4. C. van Loveren, W. van Palenstein Helderman. EAPD interim seminar and workshop in Brussels May 9 2015 Non-invasive caries treatment. Eur Arch Paediatr Dent (2016) 17:33-44.
5. Lopez Echeverria Sonia, Enriquez D'Aquino Eugenia, Sepúlveda Ramírez Rosa, Barra Pérez Mariana. Caries Temprana de la Infancia Severa: Impacto en la Calidad de Vida Relacionada a la Salud Oral de Niños Preescolares. Revista Dental de Chile 2010; 101(2) 15-21.
6. Poulami Mishra, Nusrath Fareed, Hemant Battur, Sanjeev Khanagar, Manohar A. Bhat, Jagan Palaniswamy. Role of fluoride varnish in preventing early childhood caries: A systematic review. A sistematic Review. Dental Research Journal / Volume 14 / Issue 3 / May-June 2017.
7. Cardozo Beatriz Juana, González Maria Mercedes, Pérez Silvia Rita, Vaculik Patricia Alejandra, Sanz Elena Griselda. *Epidemiología de la caries dental en niños del Jardín de Infantes "Pinocho" de la ciudad de Corrientes*. Revista Facultad De Odontología. ISSN No 1668-7280 - Vol. VIXI No 1 – 2016.

Restauración indirecta de un molar temporal con tratamiento pulpar

Tonatiuh Ruiz Rivera¹

María Fernanda Yáñez Acosta¹

Isabel del Carmen Medrano González²

Araceli Elizabeth Alcaráz Gutiérrez³

Resumen

Introducción: la reconstrucción dental con resinas compuestas a través de la técnica indirecta es considerada como una alternativa para el tratamiento de dientes con grandes destrucciones coronarias tanto en anterior como en posterior, defectos del esmalte, inclusive para el tratamiento de dientes infraocluidos. **Presentación del caso:** femenino de 7 años de edad, aparentemente sano. Se diagnosticó necrosis pulpar en OD 75., al cual se le realiza pulpectomía y posteriormente se rehabilita con una restauración indirecta de resina. **Conclusión:** las restauraciones con resinas compuestas a través de la técnica indirecta constituyen un procedimiento clínicamente confiable, estético, económico y fácil de realizar, por lo que pueden considerarse una alternativa de tratamiento para dientes primarios. **Significancia clínica:** exponer la técnica indirecta de restauración dental con resina compuesta, como una alternativa de fácil manipulación y óptimos resultados en la devolución de la función, anatomía y estética de la estructura dental.

Palabras clave: restauración indirecta, dentición temporal

1 Profesor de la Especialidad en Odontopediatría del Centro Universitario de los Altos. Universidad de Guadalajara. Tepatitlán de Morelos Jalisco, México,

2 Estudiante de la Especialidad en Odontopediatría del Centro Universitario de los Altos. Universidad de Guadalajara. Tepatitlán de Morelos Jalisco, México,

3 Odontopediatra egresada de la Especialidad en Odontopediatría, Centro Universitario de los Altos, Universidad de Guadalajara. Tepatitlán de Morelos Jalisco, México.

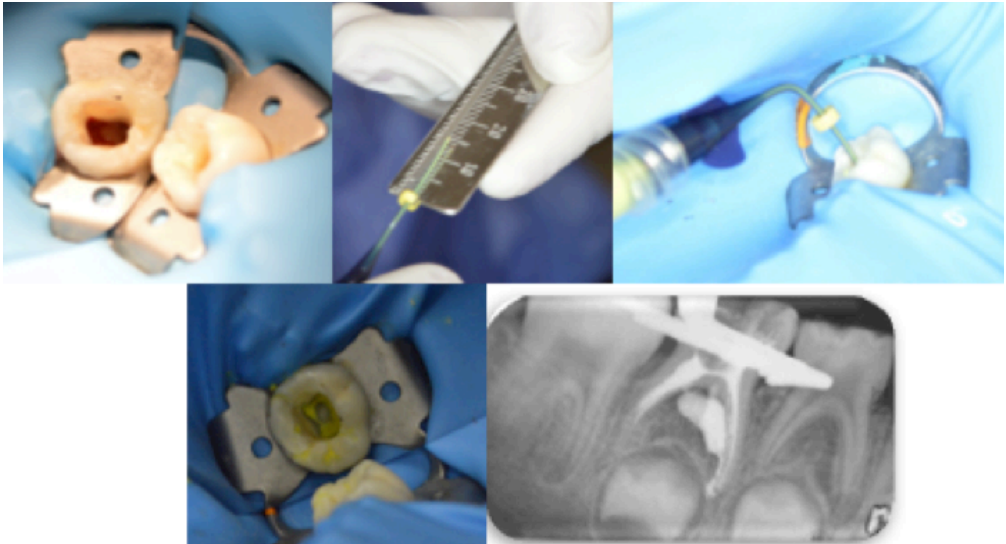


Figura 6-1. Pulpectomía. Fuente propia.

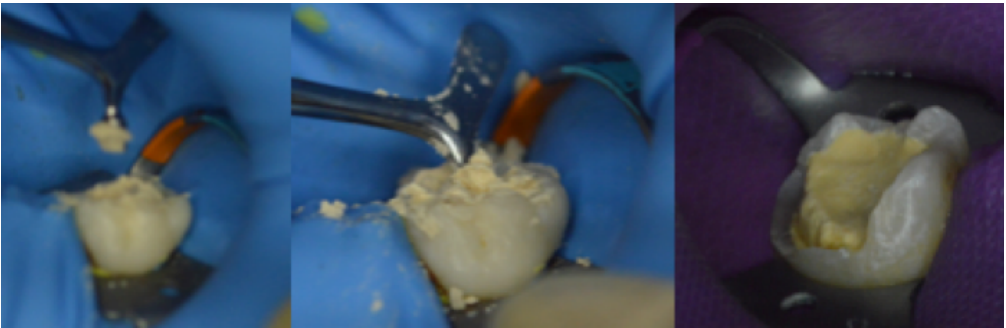


Figura 6-2. Obturación con Biodentine. Fuente Propia.

Introducción

Los dientes con defectos del desarrollo, destrucciones coronarias extensas producto de la caries dental o un traumatismo, traen como consecuencia la presencia de cavidades complejas que juegan un desafío para ser restaurados, debido a las dificultades de la técnica empleada, además de los problemas de conducta que pudiera presentar el paciente.^{1,2}

La estética se tornó cada vez más importante en la práctica odontológica; es así, como la utilización de nuevos materiales y técnicas alternativas permiten devolver la función y estética dental.^{1,6}

Una restauración de resina compuesta poseerá un correcto sellado marginal cuando las fuerzas de adhesión superen las fuerzas generadas

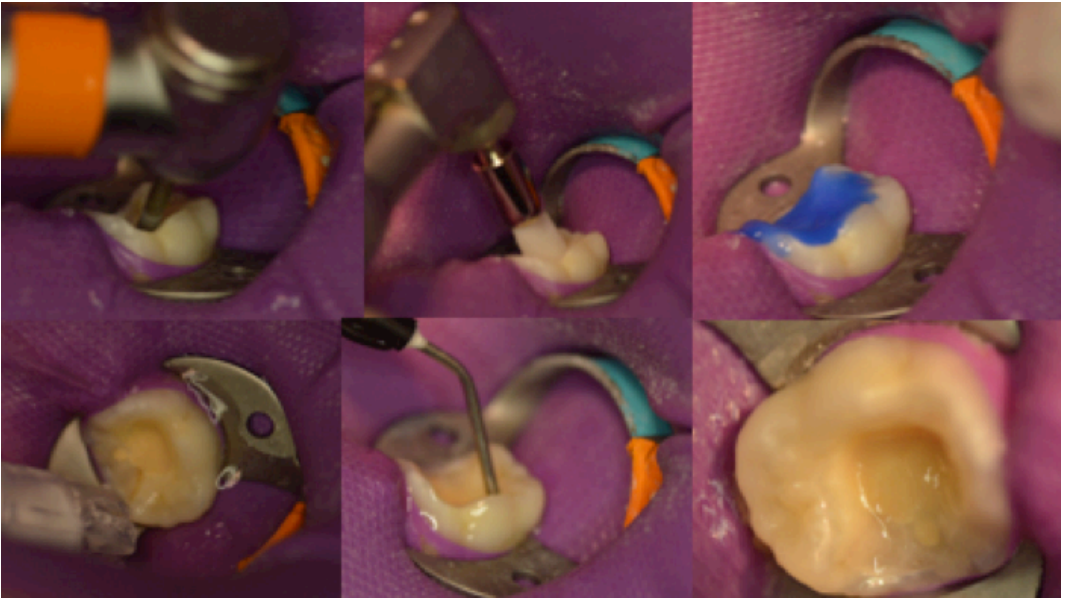


Figura 6-3. Preparación de la cavidad. Fuente propia.



Figura 6-4. Impresión y modelo de trabajo. Fuente propia

por la contracción de polimerización y las fuerzas generadas por los cambios dimensionales térmicos posteriores a la polimerización. Una forma de compensar este problema es mediante el uso de sistemas indirectos de restauración.³

Franco F. (2001), Ram D. y cols. (2003) y Quiñonez R. y cols. (2000) Yáñez M. y cols. (2016), consideran la reconstrucción dental con resinas compuestas a través de la técnica indirecta como una alternativa para el tratamiento de dientes con grandes destrucciones coronarias tanto en el sector anterior como en posterior, defectos del esmalte, inclusive para el tratamiento de dientes infraocluidos.⁴

Esta técnica mejora el control de la adaptación marginal, contactos proximales, anatomía y reduce la contracción de polimerización, y a su vez la limita a una delgada capa de cemento resinoso.^{3,5}

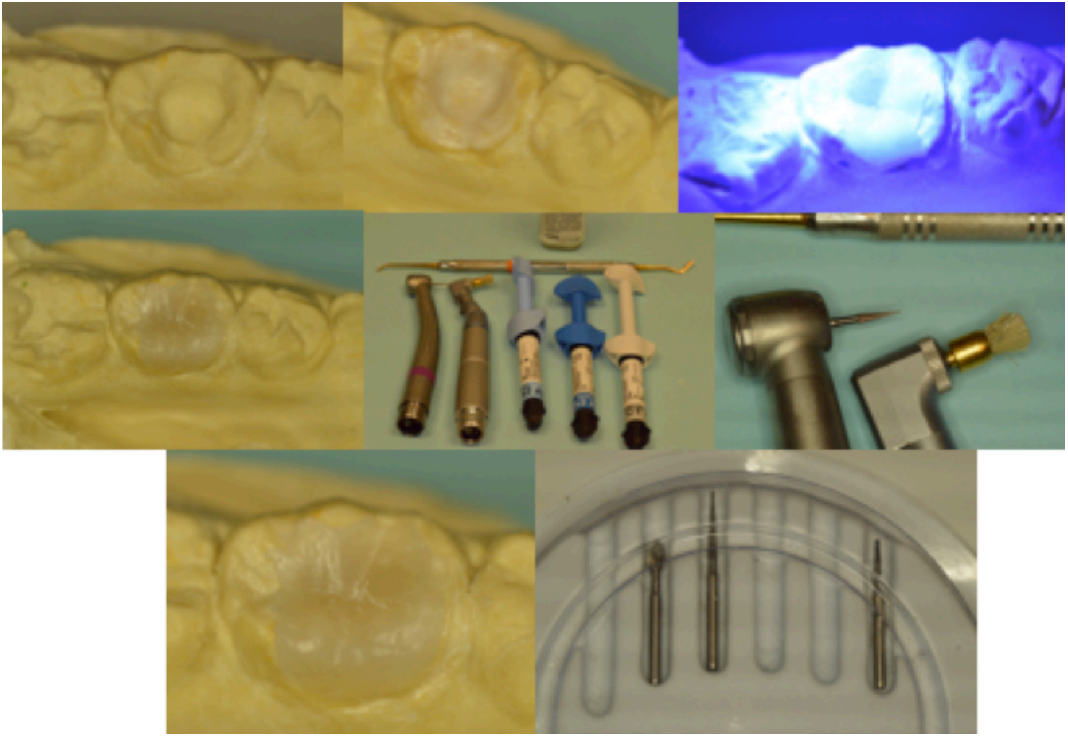


Figura 6-5. Elaboración de la restauración indirecta. Fuente propia.

Su adaptación marginal se ha perfeccionado, pues como son cementadas observan una mínima contracción de polimerización. Esta característica propicia una mayor resistencia a la microfiltración y a las lesiones de caries secundaria, además de una menor posibilidad de sensibilidad postoperatoria. Como quedan mejor polimerizadas, las resinas compuestas producidas para restauraciones indirectas presentan mejores características físico-mecánicas, tales como: resistencia a la fractura, resistencia al desgaste, dureza, estabilidad de color, resistencia a la compresión y estabilidad dimensional.⁶

Reporte de caso

Paciente femenino de 7 años de edad, que acude a la Clínica de la Especialidad de Odontopediatría del Centro Universitario de los Altos de la Universidad de Guadalajara. En la entrevista, la madre no refirió datos patológicos heredofamiliares o personales relevantes. A la anamnesis se observó cráneo mesocefálico, sin alteraciones. A la exploración bucal se

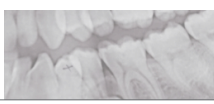


Figura 6-6. Cementación de la restauración, ajuste y pulido final. Fuente propia.

observaron tejidos blandos sin lesiones, dentición completa de acuerdo a la edad del paciente, y lesión profunda causada por caries en el O.D. 75. En la radiografía del OD 75 se observó zona radiolúcida afectando cámara pulpar, así como zona radiolúcida en la furca. El diagnóstico presuntivo fue necrosis pulpar, la cual fue confirmada una vez que se realizó la apertura de la cámara pulpar.

Se realizó pulpectomía convencional en el OD 75 obturando los conductos radiculares con Vitapex® (Figura 6-1) y se colocó Biodentine® en la cavidad como restauración temporal (Figura 6-2).

Una semana después, se prosiguió con la preparación el órgano dental para realizar la restauración indirecta, en la cual se hizo desgaste de la restauración temporal con fresa de diamante, dejando una base de ésta, posteriormente se realizó el grabado de la superficie con ácido fosfórico, y la colocación de adhesivo para incluir una base de resina fluida sobre el Biodentine® (Figura 6-3). Se realizó la toma de impresión con silicona de cuerpo pesado y ligero, para obtener el modelo de trabajo (Figura 6-4).



Figura 6-7. Preparación de la restauración y el diente para la cementación. Fuente propia

La elaboración de la restauración se realizó mediante la colocación progresiva e incremental de resina, utilizando el color dentina en las capas más profundas y el color esmalte en la superficie. Se fotopolimerizó por 20 segundos entre cada capa, las cuales no excedieron los 2mm de espesor. Una vez colocadas todas las capas, y obtenida la anatomía, se procede al pulido con fresas de múltiples hojas, discos de goma y cepillo (Figura 6-5).

La cementación se realizó con cemento Duo-link® universal bajo aislamiento absoluto para evitar contaminación con saliva. Se realizó profilaxis de la cavidad con un cepillo y bicarbonato, se lavó y se secó. Se acondicionó la restauración con el primer Porcelain® (Figura 6-6). La cavidad dental se acondicionó con grabado ácido y con dos capas de adhesivo All-Bond Universal®. Se colocó el cemento dentro de la cavidad y se llevó la restauración a ésta, se eliminó el exceso de cemento y se fotopolimerizó 40 segundos (Figura 6-7). Se finalizó con los ajustes finales de la oclusión y bordes, y el pulido de ésta (Figura 6-8).

Conclusión

Las restauraciones indirectas con resinas compuestas a través de la técnica indirecta constituyen un procedimiento clínicamente confiable,



Figura 6-8. Restauración terminada. Fuente propia.

estético, económico y fácil de realizar, por lo que pueden considerarse una alternativa de tratamiento para dientes primarios.

Significancia clínica

Exponer la técnica indirecta de restauración dental con resina compuesta, como una alternativa de fácil manipulación y óptimos resultados en la devolución de la función, anatomía y estética de la estructura dental.

Bibliografía

1. Imparato J.C, Kalil S. Operatoria Dental en Niños. En Guedes - Pinto A, compilador. Rehabilitación Bucal en Odontopediatría: Atención Integral. Colombia: Amolca; 2003. p. 120-155.
2. Morais F, Regina S, Scaparo R, Petrossi J. Restauração semidirect com resina composta em molar decíduo: Relato de caso clínico. Arquivos em Odontologia 2004 out/dez; 40(4):287-386.
3. Ehrmantraut Nogales M, Terrazas Soto O, Leiva Buchi M. Sellado marginal en restauraciones indirectas, cementadas con dos sistemas adhesivos diferentes. Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral. 2011;4(3):106-109.
4. Salas ME, Simancas Y, Villalón M. Evaluación clínica de restauraciones indirectas con resinas compuestas. Acta Odontológica Venezolana. 2010;48(4).
5. Cruz González AC, Díaz Caballero A, Méndez Silva JE. Uso de incrustaciones de resina compuesta tipo onlay en molares estructuralmente comprometidos.
6. Yáñez Acosta MF, Velázquez Jiménez YC, Nario Venegas H. Rehabilitación estética en dientes temporales posteriores: reporte de un caso clínico. Contribuciones de la ciencia en México, 2016.

Material bioactivo como material de obturación en pulpotomía de molar deciduo

Yannette Concesa Velázquez Jiménez²

Tonatiuh Ruiz Rivera²

Katia Alcalá Barbosa²

Karla Estefanía Verduzco Núñez¹

Resumen

Introducción: la pulpotomía es uno de los procedimientos más utilizados en Odontopediatría para la conservación vital de los órganos dentarios deciduos hasta su exfoliación natural. El MTA es un material bioactivo que presenta entre sus características ser: antibacteriano, con capacidad de sellado e inducir la formación de puente dentinario. **Presentación del caso:** paciente femenino de 3 años de edad, refiere molestia a la masticación y dolor espontaneo en OD 54. A la exploración clínica y radiográfica se observa lesión cariosa extensa, se diagnosticó pulpitis irreversible. Se realizó pulpotomía, se obturó con MTA y restauró con ionómero resinoso. Control clínico y radiográfico a 15 días y 7 meses. **Conclusión:** el MTA permite la preservación vital del tejido pulpar en conductos radiculares debido a sus propiedades antibacterianas así mismo la formación de puente dentinario permite la protección del tejido pulpar restante. **Significancia Clínica:** el MTA es un material Bioactivo, con diversas propiedades que actúan a favor de la pulpa dental, es un material de elección para la obturación de pulpotomías en órganos dentarios deciduos.

Palabras clave: MTA, caries temprana de la infancia, pulpotomía.

1 Profesor de la Especialidad en Odontopediatría del Centro Universitario de los Altos. Universidad de Guadalajara. Tepatitlán de Morelos Jalisco, México.

2 Estudiante de la Especialidad en Odontopediatría del Centro Universitario de los Altos. Universidad de Guadalajara. Tepatitlán de Morelos Jalisco, México.

3 Odontopediatra egresada de la Especialidad en Odontopediatría, Centro Universitario de los Altos, Universidad de Guadalajara. Tepatitlán de Morelos Jalisco, México.

Introducción

Uno de los principales objetivos en Odontopediatría es la preservación de los órganos dentarios deciduos hasta el tiempo de exfoliación fisiológico, ejecutando así las funciones para el desarrollo del niño, como lo son: masticación, estética y fonética.¹ Uno de los procedimientos más utilizados para lograr este objetivo es la eliminación del tejido pulpar a nivel coronal (pulpotomía). La preparación de este procedimiento involucra la manipulación de agentes antibacterianos, no tóxicos.² Entre los agentes utilizados para la realización de las pulpotomías se encuentra el formocresol, materiales con base de glutaraldehído, laser, electrocirugía, materiales hemostáticos, óxido de zinc y eugenol e hidróxido de calcio,³ siendo el formocresol el primer material utilizado anteriormente debido a su capacidad de momificación pulpar. Sin embargo, el tratamiento de pulpotomía ideal debe dejar la pulpa radicular vital y sana y completamente encerrada dentro de una cámara dentinaria obliterada⁴. En 1995 el agregado de trióxido mineral (MTA) fue añadido a la lista de materiales como uno de los de elección debido a sus propiedades antibacterianas, de biocompatibilidad, alta capacidad de sellado, capacidad de formar puente dentinario y regeneración de cemento y ligamento periodontal^{4,5}.

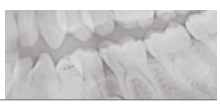
El MTA muestra una elevada tasa de éxito, presentando un PH de 12.5 es un material bioinductivo, es decir, induce la formación de tejido duro (puente dentinario) en contacto directo con la pulpa manteniendo la histología pulpar de los conductos radiculares normal, aunque entre sus inconvenientes se encuentra la sensibilidad a la técnica y el costo elevado^{6,7}

A pesar de que en algunos dientes deciduos se ha presentado coloración grisácea asociados al uso de MTA, estas no parecen intervenir en el éxito del tratamiento pulpar, por tal motivo la restauración estética con resinas compuestas pueden ser una alternativa en dientes deciduos que hayan sido tratados bajo los criterios de una pulpotomía.^{4,8}

Presentación de Caso

Paciente femenino de 3 años de edad, originario de Tepatitlán de Morelos, Jalisco se presenta a la Clínica de Especialidad de Odontopediatría del Centro Universitario de los Altos de la Universidad de Guadalajara, con motivo de consulta: "Tiene dolor al comer". A la anamnesis no presenta antecedentes patológicos ni familiares de relevancia, refiere molestia a la masticación y dolor espontáneo en OD 54.

A la exploración física extraoral se clasifica como paciente mesocefálico, simétrico. A la exploración intraoral, se observa lesión cariosa severa activa en OD 54 (Figura 7-1), radiográficamente se corrobora la extensión



de la lesión, con una zona radiolúcida a nivel de cámara pulpar (Figura 7-2). Se formula el diagnóstico pulpitis irreversible y se propone como tratamiento la pulpotomía.

Se realizó anestesia de mucosa con benzocaína tópica al 20% y anestesia infiltrativa con turbocaína (articaína HCl 4% / epinefrina 1:100,000) seguido de aislamiento absoluto. Se realizó el acceso a la cámara pulpar con fresa bola, retirando previamente lesión cariosa, posteriormente se amplió la apertura cameral con fresa de Endo-Z, ambas estériles; se realizó hemostasia con torunda de algodón estéril embebida en solución salina (Figura 7-3). Posteriormente se colocó MTA (trioxido mineral) bajo las instrucciones de manipulación del fabricante, se realizó la limpieza de las paredes del tejido remanente y posteriormente se obturó con ionómero Ketac N100®. (Figura 7-4).

Se realizó control clínico y radiográfico a 15 días y 7 meses, permaneciendo asintomático al dolor o presencia de proceso infeccioso dicho órgano dentario, considerándose un tratamiento exitoso (Figura 7-5).

El consentimiento informado se obtuvo de la paciente para la publicación del presente caso al igual que las imágenes que le acompañan.

Conclusión

Debido a las propiedades del MTA como material bioactivo, es considerado como uno de los materiales obturadores de elección en el tratamiento de pulpotomías en órganos dentarios deciduos o permanentes, ya que permite la preservación del tejido pulpar presente en los conductos radiculares debido a sus propiedades antibacterianas y a la formación del puente reparador de dentina.



Figura 7-1. Aspecto clínico inicial del O. D. 54.



Figura 7-2 . Radiografía inicial.

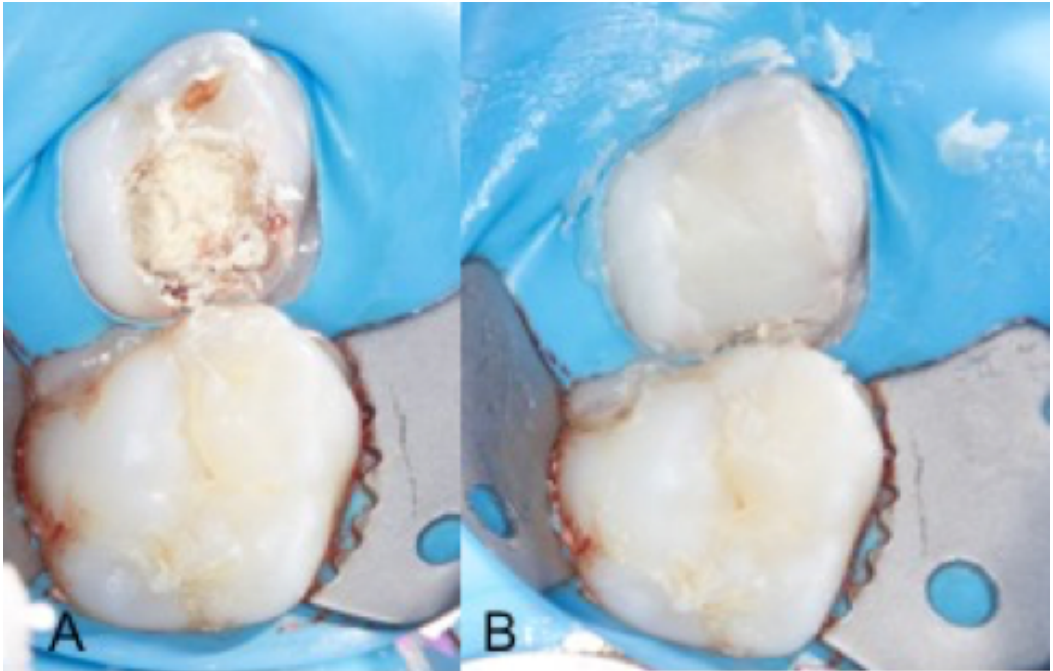


Figura 7. 3. A. Colocación de MTA. B. Restauración con ionómero Ketac NI00.

Significancia Clínica

El MTA es un material Bioactivo, con diversas propiedades que actúan a favor de la pulpa dental, es un material de elección para la obturación de pulpotomías en órganos dentarios deciduos.

Bibliografía

1. Fregoso Guevara, C. (2014). Efectividad del localizador apical Root ZX en dientes temporales. *Revista Endodoncia Actual*, 9(2), 32-35.
2. Shivayogi M. Hugar, Ravindranath Reddy. Shobha D. Deshpande. Anand Shigli. Niraj S. Gokhale. Shweta S. Hugar. *In vivo* Comparative Evaluation of Mineral Trioxide Aggregate and Formocresol Pulpotomy in Primary Molars: A 60month Followup Study. *Contemp Clin Dent*. 2017 JanMar; 8(1): 122-127.
3. Asgary S. Shirvani A. Fazlyab M. MTA and Ferric Sulfate in Pulpotomy Outcomes of Primary Molars: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Clinical Pediatric Dentistry* Volume 39, Number 1/2014.
4. Yildiz E, Tosun G, Evaluation of formocresol, calcium hydroxide, ferric sulfate, and MTA primary molar pulpotomies, *Eur J Dent*. 2014 Apr;8(2):234-40. doi: 10.4103/1305-7456.130616.
5. Pimenta, H. C., Borges, Á. H., Bandeca, M. C., Neves, A. T. S., Fontes, R. G., da Silva, P. V., & Aranha, A. M. F. (2015). Antimicrobial Activity of Filling Materials Used in Primary Teeth Pulpotomy. *Journal of international oral health: JIOH*, 7(4), 54.



Figura 7. 4. Apertura de la cavidad.

6. Goyal P, Pandit IK, Gugnani N, Gupta M, Goel R, Gambhir RS. Clinical and radiographic comparison of various medicaments used for pulpotomy in primary molars: A randomized clinical trial. *Eur J Dent* 2016;10:315-20.
7. Shirvani A, Hassanizadeh R, Asgary S. Mineral Trioxide Aggregate vs. Calcium Hydroxide in Primary Molar Pulpotomy: A Systematic Review. *Iranian Endodontic Journal* 2014;9(2):83-88.
8. Stringhini Junior E., Vitcel M. E. B., Oliveira L. B., Evidence of pulpotomy in primary teeth comparing MTA, calcium hydroxide, ferric sulphate, and electrosurgery with formocresol. *European Academy of Paediatric Dentistry* 2015. 10.1007/s40368-015-0174-z.

Elaboración de funda de celuloide para diente inferior en paciente pediátrico con fisura palatina

Isaac Murisi Pedroza Uribe¹
Yannette Concesa Velázquez Jiménez¹
María Fernanda Yáñez Acosta¹
Fabiola Esparza Ramos²

Resumen

Introducción: la caries dental es una enfermedad que afecta a casi el 100% de los menores, siendo la principal causa de pérdida prematura de dientes, por lo que se han descrito diferentes tipos de tratamiento, según la afectación de la lesión. Uno de los procedimientos más rápidos, menos invasivos y más estéticos, son las fundas de celuloide. **Presentación del caso:** paciente femenino de 2.5 años de edad, refiere sensibilidad en el OD 71 por exposición de la dentina debido a una lesión de caries, se fabricó una funda de celuloide para rehabilitar la función y eliminar molestias. La funda se realizó con acetato calibre .020, con previa impresión del OD afectado y encerado, finalmente se colocó la funda y se rellenó con Ionómero de vidrio modificado con resina. **Conclusión:** la fabricación de fundas de celuloide para dientes inferiores es una alternativa eficaz para el tratamiento de lesiones de caries en pacientes pediátricos. **Significancia clínica:** la fabricación de funda de celuloide para dientes inferiores, elaborada por medio de un encerado y un acetato representa una alternativa para el tratamiento de lesiones de caries en el sector anterior inferior.

Palabras clave: fisura palatina, funda de celulide.

¹ Profesor de la Especialidad en Odontopediatría del Centro Universitario de los Altos. Universidad de Guadalajara. Tepatitlán de Morelos Jalisco, México.

² Estudiante de la Especialidad en Odontopediatría del Centro Universitario de los Altos. Universidad de Guadalajara. Tepatitlán de Morelos Jalisco, México.

Introducción

La caries dental es una enfermedad multifactorial que según reportes de la OMS afecta entre 60-90% de los escolares¹.

La caries dental y trauma son las principales razones para realizar restauraciones en los dientes anteriores en niños². La afectación en los dientes anteriores puede tener consecuencias más severas como malos hábitos de lengua por ausencia del órgano dentario, deficiencia en la masticación y en la fonación, seguido de maloclusiones y afectación psicológica para el niño debido a la estética deficiente, por lo tanto, es importante realizar un tratamiento eficaz, pero al mismo tiempo este deberá ser estético, conservador y resistente.³

El método restaurador convencional para tratar las lesiones de caries en dientes anteriores con pérdida de estructura importante, es la corona de acero, sin embargo en la actualidad se cuenta con diferentes materiales

como son coronas de acero con frente estético, coronas de zirconia, coronas fenestradas y coronas de funda de celuloide, en todas excepto las fundas de celuloide es necesario realizar anestesia local, lo que lleva a un tratamiento más difícil para el paciente y que requiere mayor tiempo de trabajo en el sillón dental, por lo tanto cuando la estética es importante, tenemos suficiente estructura dentaria sana, la restauración con fundas de celuloide es una buena opción, siempre y cuando se respeten sus limitaciones.^{4,5}



Figura 8-1. Foto inicial.

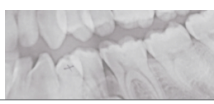


Figura 8-2. Encerado.

Presentación del caso

Paciente femenino de 2.5 años de edad acude a la clínica de la especialidad en Odontopediatría de la Universidad de Guadalajara del Centro Universitario de los Altos, el motivo de consulta fue "quiero que le arreglen su diente porque le duele cuando come".

La madre refiere que la paciente se encuentra bajo tratamiento quirúrgico debido a fisura palatina, mencionó tener completo su esquema de vacunación y no presentar ninguna enfermedad sistémica. A la exploración intraoral se observa una pérdida de estructura con exposición de dentina debido a una lesión de caries en el órgano dentario (OD) 71



(Figura 8-1) y fisura palatina. Se decide realizar una corona funda de celuloide para la restauración de dicho OD ya que por la problemática que presenta, la madre nos refirió que no era posible realizar ningún tratamiento en el cual se utilizara agua o aislamiento absoluto.

Para la elaboración de la funda de celuloide, se realizó previamente una impresión de la arcada inferior (Figura 8-2), posteriormente se realizó un encerado del OD 71 (Figura 8-3), se tomó una impresión sobre el modelo ya encerado (Figura 8-4) y con acetato rígido de calibre .020 se realizó la funda, sobre la segunda impresión (Figura 8-5), se recortó de manera convencional y se realizó un orificio en la parte palatina (Figura 8-6). Finalmente se aisló de manera relativa, se acondicionó el OD y la funda de celuloide se rellenó con Ionómero de vidrio modificado con resina (Ketac N100®) (Figura 8-7) y se colocó en el OD (Figura 8-8), se eliminó todo el exceso sobre el cuello del diente y se fotocuró durante 20 segundos, por último, se retiró la funda de celuloide (Figura 8-9).



Figura 8-3. Impresión inicial.



Figura 8-4. Segunda impresión.

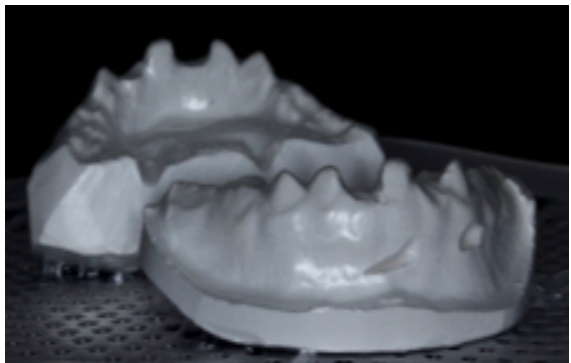


Figura 8-5. Acetato.

Conclusiones

La fabricación de fundas de celuloide para dientes inferiores es una alternativa en el tratamiento, ya que se obtienen resultados favorables para el paciente, devolviendo la función y eliminando la sensibilidad a la hora de ingerir alimentos



Figura 8-6. Orificio palatino.

o bebidas, además de la retención de placa; de esta manera se mejora la calidad de vida del paciente.

El Odontopediatra debe adaptarse a las necesidades y limitaciones que se presentan en cada uno de los pacientes para poder decidir cuál es el tratamiento indicado.

Bibliografía

1. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
2. Ripa LW. Nursing Caries: A comprehensive review. *Pediatr Dent.* 1988 Dec;10(4):268-82
3. Ngan P. Fields H. Orthodontic diagnosis and treatment planning in the primary dentition. *ASDC J Dent Child.* 1995 JanFeb;62(1):25-33.
4. M. L. Helpin, "The open-face steel crown restoration in children," *ASDC Journal of Dentistry for Children*, vol. 50, no. 1, pp. 34-38, 1983.
5. C. R. Hartmann, "The open-face stainless steel crown: an esthetic technique," *ASDC Journal of Dentistry for Children*, vol. 50, no. 1, pp. 31-33, 1983.



Figura 8-7. Llenado de la funda con ionómero.



Figura 8-8. Colocación de funda de celuloide.



Figura 8-9. Fotografía final.

Mesiodens

Carlos Alberto Zarazúa González¹
Yannette Concesa Velázquez Jiménez¹
Carmen Celina Alonso Sánchez¹
Ariadna Guadalupe Romano Sánchez²

Resumen

Introducción: los dientes supernumerarios son anomalías de número del desarrollo dental que pueden estar o no asociadas a algún síndrome. Por lo general, su causa es la “duplicación” de la lámina dental que da lugar a la aparición de uno o varios órganos dentarios. Su prevalencia en México según Ponce *et. al* (2004), oscila entre 0.3 y 3.8% en dentición permanente, y entre 0,3 y 0,6% en la decidua. Estos dientes pueden presentarse en la línea media (mesiodens) en un 48.6%, siendo el más común de los dientes supernumerarios. Su diagnóstico se realiza mediante un estudio radiológico, radiografía panorámica, oclusal o periapical, para posteriormente llevarse a cabo su extracción. **Presentación del caso.** paciente masculino de 8 años de edad con diagnóstico presuntivo de diente supernumerario. El examen intraoral muestra cúspide con erupción parcial en zona media del paladar. A la inspección radiográfica se observa presencia de mesiodens. Se realiza extracción. **Discusión.** El mesiodens se considera como la anomalía dental más común, se presenta en la línea media del maxilar, entre los dos incisivos centrales superiores a diferencia del presente caso en el que su localización es en la línea media del paladar duro. **Conclusión.** el presente caso clínico muestra la importancia del diagnóstico clínico y radiográfico de anomalías del desarrollo dental, que permita llevar a cabo un plan de tratamiento conservador. **Significancia clínica:** mostrar las variables de localización de anomalías como mesiodens, para posterior estudio y documentación de prevalencia e incidencia de tal alteración.

Palabras clave: anomalía dental, supernumerarios, hiperodoncia.

¹ Profesor de la Especialidad en Odontopediatría del Centro Universitario de los Altos. Universidad de Guadalajara. Tepatitlán de Morelos Jalisco, México.

² Estudiante de la Especialidad en Odontopediatría del Centro Universitario de los Altos. Universidad de Guadalajara. Tepatitlán de Morelos Jalisco, México.

Introducción

Los dientes supernumerarios son anomalías de número del desarrollo dental que pueden estar o no asociadas a algún síndrome.¹ Se reporta que

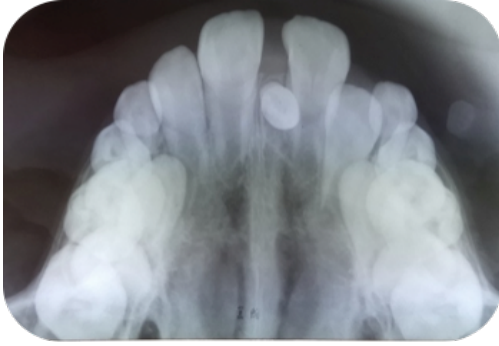


Figura 9-1. Radiografía oclusal. Se observa presencia de mesiodens.

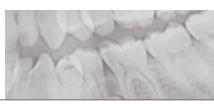


Figura 9-2. Presencia de cuspide en línea media de paladar duro.

la prevalencia de dientes supernumerarios relacionados a algún síndrome fue de 1.24% mientras que su presencia independiente a algún desorden de 1.6%.² El término mesiodens se refiere a un diente supernumerario presente en el maxilar entre los incisivos centrales superiores. A menudo se asocian con problemas como alteración en la erupción dentaria, diastemas en la línea media, apiñamiento, reabsorción de las raíces de los dientes permanentes adyacentes, rotaciones o inclinación de los dientes permanentes, desarrollo de quistes dentígeros, entre otros.³ La prevalencia de mesiodens varía entre los diferentes grupos étnicos, existiendo una alta frecuencia en la población asiática con 3% en comparación con la caucásica menor a 1% de población. Por lo general, la causa es la “duplicación” de la lámina dental que da lugar a la aparición de uno o varios órganos dentarios en una o más localizaciones anatómicas⁴, sin embargo, la etiología de la ocurrencia de dientes supernumerarios permanece incierta. Se ha propuesto una combinación de factores genéticos y ambientales. Además, varios desórdenes sistémicos,

como el síndrome de Gardner, displasia cleidocranial, síndrome de orofaciodigital, síndrome de Rothmund-Thomson y labio y paladar hendido han sido reportados como asociados con la ocurrencia de dientes supernumerarios.⁵

Su prevalencia en México según Ponce *et. al* (2004), oscila entre 0.3 y 3.8% en dentición permanente, y entre 0,3 y 0,6% en la decidua.^{6, 11} De acuerdo con Dummett *et. al* (2001) la afectación en varones es el doble que en mujeres, son más frecuentes en el maxilar (90-95%) que en la mandíbula (10-5%)⁷. Estos dientes pueden presentarse en la línea media (mesiodens) en 38.2%, siendo el más común de los dientes supernumerarios.⁷ En



cuanto a su forma, los dientes supernumerarios tienen una morfología variada, pueden ser dismórficos o cónicos, eumórficos o suplementarios y molariforme que suelen presentar una forma molar irregular.⁸ Su diagnóstico se realiza mediante un estudio radiológico, radiografía panorámica, oclusal o periapical, para posteriormente llevarse a cabo su extracción.^{9,12}

Presentación del caso

Paciente masculino de 8 años de edad que se presenta a la clínica de la Especialidad en Odontopediatría del Centro de Atención Médico Integral de la Universidad de Guadalajara, referido por el Servicio de Odontología del Centro de Salud de Tepatitlán de Morelos, Jalisco, con el diagnóstico presuntivo de diente supernumerario. Niega patologías sistémicas y/o alergias. Con antecedente familiar (hermanos) de dientes supernumerarios. Al examen clínico intraoral se observan tejidos blandos sin aparente alteración, carillos sin laceraciones, dentición mixta de primera fase transicional y múltiples lesiones cariosas en los órganos dentarios 55, 65, 74, 84 y 85. A su vez se observa cúspide con erupción parcial de órgano dentario en la zona media del paladar. (Figura 9-2). Se procede a la toma de radiografía oclusal para una valoración integral de la posición y forma de dicho órgano. A la inspección radiográfica se observa zona radiopaca en la zona media palatina, de aproximadamente 6 a 8 mm de diámetro, de forma oval, evidenciando la presencia de un mesiodens. (Figura 9-1).

Se lleva a cabo procedimiento para extracción de mesiodens, bajo anestesia local utilizando lidocaína al 2% con epinefrina y aguja extracorta. (Figura 9-3. Se procede a realizar debridamiento del órgano supernumerario con legra (Figura 9-4), posterior extracción con el mismo instrumento debido a la longitud del mesiodens (Figura 9-5). Se



Figura 9-4. Infiltración de lidocaína al 2% con epinefrina y aguja extracorta. Técnica nasopalatina.

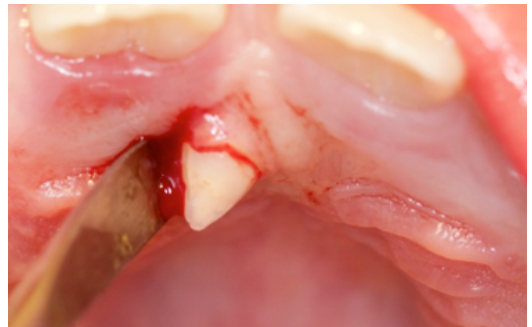


Figura 9-3. Debridamiento del órgano supernumerario.



Figura 9-6. Aspecto palatino posterior a la extracción del mesiodens.



Figura 9-5. Mesiodens extraído.

bastante rara, presentándose en la línea media del maxilar, entre los dos incisivos centrales superiores en la mayoría de los casos reportados,⁶ a diferencia del presente caso en el que su localización es en la línea media del paladar duro.

Conclusión

El presente caso clínico muestra la importancia del diagnóstico clínico y radiográfico de anomalías del desarrollo dental, así como la relevancia de apoyar dicho diagnóstico con exámenes complementarios, tales como las radiografías oclusales, que permita llevar a cabo un plan de tratamiento más preciso y menos invasivo para el paciente.

lava la zona con agua bidestilada y se da indicaciones postoperatorias al paciente. Cita control en 2 semanas.

Discusión

La prevalencia de dientes supernumerarios en dentición permanente oscila entre 0.3-3.8%, en comparación con 0.3-0.6% que se observa en la dentición primaria. Dientes supernumerarios aparecen con una mayor frecuencia en los hombres que en las mujeres, con una proporción de 2:1 órganos dentarios. Se estima que los dientes supernumerarios se producen en el maxilar, 8.2 a 10 veces más que la mandíbula, y que más comúnmente afectan a la premaxila. Casos que tienen la participación de uno o dos dientes supernumerarios muestran más comúnmente ocurrencias en el maxilar anterior, seguido por la región premolar mandibular.⁴ La etiología exacta es desconocida, pero se ha creído que los factores ambientales, junto con factores hereditarios, en combinación, causan la condición.²

Aunque el mesiodens se considera como la anomalía dental más común, su ocurrencia en la dentición primaria es



Significancia clínica

Mostrar las variables de localización de anomalías como mesiodens, para posterior estudio y documentación de prevalencia e incidencia de tal alteración.

Bibliografía

1. Oropeza Murillo M. P. Dientes supernumerarios: Reporte de un caso clínico. *Rev. Odont. Mex* 2013; 17 (2): 91-96.
2. Vignesh Palanisamy M., Arathi Rao., Ravikiran Ongole., Varghese Chacko. Mandibular mesiodens. A rare case report. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Medicine, and Pathology* 2017; 29(1):163-165.
3. Abdulla M., Hafiz A., Ashir K.R., Ahmed A., Reshma V.J. Clinical consequence of mesiodens. A case series. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Medicine, and Pathology*.2016; 28(1):259-262.
4. Salcido García J. F., Ledesma Montes C., Hernández Flores F., Pérez D. Garcés Ortiz M. Frecuencia de dientes supernumerarios en una población Mexicana. *Med. oral patol. oral cir. bucal*. 2004; 9(5): 403-409.
5. Wen-Yu S., Chun Y. H., Tzong Ping T. Clinical evaluation of the timing of mesiodens removal. *Journal of the Chinese Medical Association* 2016;79(1):345-350.
6. Ponce Bravo S, Ledesma Montes C, Pérez Pérez G, Sánchez Acuña G, Morales Sánchez I, Garcés Ortiz M. Dientes supernumerarios en una población infantil del Distrito Federal. Estudio clínico radiográfico. *Revista ADM*. 2004;61(4):142-5.
7. Dummett C. Anomalías de la dentición en desarrollo. En: Pinkham, JR. *Odontología pediátrica*. México D.F.: McGraw-Hill; 2001.
8. Liu D., Wan Z., Zu-yan Z., Yun-tang W. Three dimensional evaluations of supernumerary teeth using cone-beam computed tomography for 487 cases. *Rev. Oral and Maxillofacial Radiology*. Beijing, China. 3(103), 2007.
9. Ray D, Bhattacharya B, Sarkar S, Das G. Erupted maxillary conical mesiodens in deciduous dentition in a Bengali girl, a case report. *J Indian Soc Pedod Preven Dent*. 2005;23(3):153-5.

Manifestaciones clínicas en paciente pediátrico con síndrome de Down

*Isaac Murisí Pedroza Uribe*¹
*Jorge Abraham Alcalá Sánchez*¹
*Claudia Miroslava Rodríguez Torres*²

Resumen

Introducción: el síndrome de Down es el trastorno cromosómico más frecuente en los niños nacidos vivos, con una incidencia de 1:700. Cuando estos pacientes acuden a consulta dental, es importante que el Odontopediatra conozca las condiciones generales del paciente, la etiología, las complicaciones y el pronóstico. Estos pacientes presentan una alta prevalencia de caries, mala higiene bucal, gingivitis y periodontitis en comparación con el resto de la población. **Presentación del caso:** se presenta paciente masculino, 5 años de edad con síndrome de Down, soplo en el corazón y la madre refiere no acudir a consulta con el cardiólogo desde hace año y medio, sin otro antecedente médico de relevancia. A la exploración intraoral presenta abundante placa dentobacteriana, xerostomía, gingivitis y múltiples lesiones de caries activas en los órganos dentarios y fragmentos radiculares el motivo de la consulta fue por dolor. El paciente no acudió a finalizar el tratamiento. **Conclusiones:** el paciente con síndrome de Down presenta algunas características en cavidad orale tales como macroglosia, xerostomía, alteraciones en la morfología dental, entre otros, que afectan respiración, sueño y por lo tanto, su calidad de vida. El Odontopediatra debe hacer conciencia con los padres y cuidadores para orientarlos con respecto a la alimentación e higiene oral, para evitar que progrese la enfermedad cuando se encuentra establecida. **Significancia clínica:** estos pacientes requieren una atención especial al momento en que acuden a la consulta dental, por lo que se deben conocer las manifestaciones que presentan, para brindarles un tratamiento adecuado a sus necesidades, mejorando así su calidad de vida.

Palabras clave: Síndrome Down, caries.

¹ Profesor de la Especialidad en Odontopediatría del Centro Universitario de los Altos. Universidad de Guadalajara. Tepatitlán de Morelos Jalisco, México.

² Estudiante de la Especialidad en Odontopediatría del Centro Universitario de los Altos. Universidad de Guadalajara. Tepatitlán de Morelos Jalisco, México.

Introducción

El síndrome de Down (SD) es el trastorno cromosómico más frecuente en los niños nacidos vivos, con una incidencia de 1:700. Los niños con esta condición están predispuestos a una serie de problemas de salud que afectan su desarrollo y calidad de vida¹. Este síndrome causa de leve a moderada discapacidad intelectual, estos niños cuando son intervenidos en etapas tempranas mediante terapia del habla, ocupacional, fisioterapia y reciben atención médica adecuada para los diferentes problemas de salud que presentan, pueden tener una mejor calidad de vida a largo plazo en comparación con otras causas genéticas de discapacidad intelectual^{2,3}.

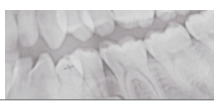
Algunas anomalías anatómicas en estos pacientes pueden resultar en diferentes enfermedades que pueden ser detectadas por el Odontopediatra tales como la apnea obstructiva del sueño que es un trastorno común caracterizado por la fragmentación del sueño, desaturación de oxígeno y somnolencia diurna entre otros⁴. Está asociado a diferentes factores como son la hipoplasia mediastínica y mandibular, una nasofaringe estrecha, una macroglosia relativa (debido al apiñamiento de la orofaringe), una hipertrofia adenoamigdalina y un paladar acortado. Estas anomalías anatómicas junto con una hipotonía generalizada, un sistema inmunitario inmaduro ocasionando infecciones respiratorias, disfunción tiroidea y una propensión a la obesidad que predisponen a una obstrucción de las vías respiratorias.⁵

Cuando estos pacientes acuden a consulta dental, es importante que el Odontopediatra entienda las condiciones generales del paciente, la etiología, el pronóstico, plan de tratamiento y posibles complicaciones. Los pacientes con SD tienen una alta prevalencia de caries, mala higiene bucal, gingivitis y periodontitis en comparación con que el resto de la población, esto puede atribuirse a la morfología de los dientes, maloclusión, macroglosia, falta de función masticatoria normal y bruxismo.⁶

Al tener una mayor probabilidad de desarrollar problemas de salud bucal, se debe enfatizar en orientar a los padres y cuidadores a tener una mejor higiene para evitar desarrollar enfermedades y así lograr una higiene bucal satisfactoria.⁷

Presentación del caso

Se presenta a la clínica de la especialidad en Odontopediatría del Centro Universitario de los Altos, un paciente masculino de 5 años de edad, que presenta Síndrome de Down (Figura 10-2), la madre informa que el paciente tiene un soplo en el corazón y que no acude a consulta con el cardiólogo pediatra desde hace año y medio, sin otro antecedente médico



de relevancia. A la exploración intraoral se observan amígdalas hipertróficas (por lo que se remite con el otorrinolaringólogo) presenta abundante placa dentobacteriana, xerostomía, gingivitis y múltiples lesiones de caries activas en los órganos dentarios, fragmentos radiculares en el OD 52 y 65 (Figura 10-1) y su madre refiere que se queja de dolor al masticar. El tratamiento inicia con profilaxis y se dan indicaciones a la madre acerca de la dieta, técnica de cepillado y se recomienda continuar sus citas con el cardiólogo para tener al paciente controlado. En las citas posteriores se procede a realizar los tratamientos correspondientes como TRA (Tratamiento de Restauración Atraumática) y obturación con ionómero de vidrio. El paciente no acudió a finalizar el tratamiento.

El consentimiento informado se obtuvo de los padres de la paciente para la publicación del presente caso al igual que las imágenes que lo acompañan.

Discusión

Las manifestaciones orales incluyen el inicio precoz de la enfermedad periodontal, menor prevalencia de caries dental, retraso en la erupción de los dientes permanentes, maloclusión, anomalías dentales, paladar alto arqueado, macroglosia, lengua fisurada, entre otros. La prevalencia de anomalías dentales en pacientes con Síndrome de Down es de aproximadamente 95,52%.^{8,9}



Figura 10 I. Fotografías intraorales.



Figura 10 2. Fotografía extraoral

La prevalencia e incidencia de caries en este tipo de pacientes es menor que en individuos que no presentan este síndrome y las pueden ser por la demora la erupción, el espaciamento de los dientes, la oligodoncia congénita y algunas características salivales. Algunos estudios asociaron un mayor nivel de caries en los individuos que tenían factores de riesgo como la ingesta de dulces, la fluoración, la mala higiene bucal, la poca o nula frecuencia de las consultas dentales, la deficiencia de la educación sanitaria, la falta de programas de prevención y la conciencia de los padres.¹⁰



Conclusiones

El paciente con Síndrome de Down tiene diversas complicaciones en su salud bucal que no solo dependen de la morfología dental, macroglosia, xerostomía entre otros, afectando también su respiración, sueño y por lo tanto su calidad de vida. Se debe hacer conciencia con los padres y cuidadores para orientarlos con respecto a su alimentación y su higiene oral, para evitar que progrese la enfermedad oral cuando esta se encuentre establecida.

Bibliografía

1. Mieke Maris, MD, Stijn Verhulst, MD, PhD, Marek Wojciechowski, MD, Paul Van de Heyning, MD, PhD, An Boudewyns, MD, PhD; Prevalence of Obstructive Sleep Apnea in Children with Down Syndrome, *Sleep*, Volume 39, Issue 3, 1 March 2016, Pages 699–704.
2. Gupta N. Kabra M. Diagnosis and Management of Down Syndrome. *The Indian Journal of Pediatrics* 2014, Volume 81, Issue 6, pp 560–567.
3. Grieco, J., Pulsifer, M., Seligsohn, K., Skotko, B., & Schwartz, A. Down syndrome: Cognitive and behavioral functioning across the lifespan. In *American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics 2015* (Vol. 169, No. 2, pp. 135-149).
4. Waldman H, Hasan F. Perlman S. Down Syndrome and Sleep-Disordered Breathing, the journal of the american dental association 2009. Volume 140, Issue 3, Pages 307-312.
5. Maris, M., Verhulst, S., Wojciechowski, M., Van de Heyning, P., & Boudewyns, A. Prevalence of obstructive sleep apnea in children with Down syndrome. *Sleep* 2016, 39(3), 699-704.
6. Rahul, V. K., Mathew, C., Jose, S., Thomas, G., Noushad, M. C., & Feroz, T. M. Oral manifestation in mentally challenged children. *Journal of international oral health* 2015: *JIOH*, 7(2), 37.
7. Buckley, S., & Sacks, B. Oral health problems and quality of life. *Down Syndrome Research and Practice* 2007, 12(1), 17-17.
8. Singh, A., Bhatia, H. P., & Sharma, N. Coexistence of fusion and concrescence of primary teeth: in a child with Down syndrome. *Special Care in Dentistry* 2017, 37(3), 147-149.
9. Diéguez-Pérez, M., de Nova-García, M. J., Mourelle-Martínez, M. R., & Bartolomé-Villar, B. Oral health in children with physical (Cerebral Palsy) and intellectual (Down Syndrome) disabilities: Systematic review I. *Journal of clinical and experimental dentistry* 2016, 8(3), e337.
10. Mubayrik, A. B. The Dental Needs and Treatment of Patients with Down Syndrome. *Dental clinics of North America* 2016, 60(3), 613-626.

Manifestaciones orales del Síndrome de Lennox-Gastaut y Síndrome de West

Carmen Celina Alonso Sánchez¹
Rubén Alberto Bayardo González¹
Carlo Eduardo Medina Solís²
María Casillas Franco³
Ariadna Guadalupe Romano Sánchez³

Resumen

Introducción: el Síndrome de Lennox-Gastaut (SLG) es una entidad constituida por la tríada de hallazgos electro-clínicos; múltiples tipos de crisis epilépticas, retraso en el desarrollo mental y/o alteraciones en el comportamiento. Su etiología es desconocida. El tratamiento es de por vida y tiene como objetivo de mejorar su calidad de vida. **Antecedentes:** estudios epidemiológicos realizados en pacientes con necesidades especiales, manifiestan índices más elevados de caries dental y enfermedades gingivales en niños con retraso mental, seguidos de parálisis cerebral y epilepsia. **Presentación del caso clínico:** paciente masculino de 13 años de edad que acude a atención dental a la Clínica de Odontopediatría diagnosticado con SLG y Síndrome de West. Actualmente presenta episodios espástico-musculares bajo tratamiento con leviteracetam, ácido valproico y clobazam. Presenta problemas en la coordinación locomotora haciendo necesaria la utilización de silla de ruedas. A la inspección intraoral presenta mordida abierta anterior, desviación de mandíbula con rigidez muscular, macroglosia, xerostomía, gingivitis, mal posición dentaria, lesiones cariosas en los órganos 75,84,14,15,16, y presencia de órgano dentario 54. Se realizó interconsulta con médico tratante. Se inició con indicaciones a la madre sobre higiene bucal y la

1 Profesor de la Especialidad en Odontopediatría del Centro Universitario de los Altos. Universidad de Guadalajara, Tepatitlán de Morelos Jalisco, México.

2 Profesor de Tiempo Completo de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

3 Estudiante de la Especialidad en Odontopediatría del Centro Universitario de los Altos, Universidad de Guadalajara, Tepatitlán de Morelos Jalisco, México.

dieta. Se realizó profilaxis seguido de terapia de flúor con barniz. Se restauró con resina en los órganos 75, 84, 14, 15 y 16. Se finalizó con extracción del órgano dentario 54 con previa profilaxis antibiótica. **Conclusiones:** el paciente con SLG fue atendido de manera multidisciplinaria, mejorando su calidad de vida. Se resalta que hay muy poca información acerca de este síndrome relacionado a rehabilitación oral. **Significancia clínica:** Es importante destacar la escasa información con enfoque odontológico acerca de este síndrome, representando este trabajo un aporte a la documentación en manifestaciones y tratamiento bucodental.

Palabras clave: Síndrome de Lennox-Gastaut, Síndrome de West, caries dental.

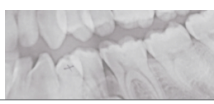
Introducción

El Síndrome de Lennox-Gastaut es una entidad constituida por la tríada de los siguientes hallazgos electroclínicos: electroencefalografía (EEG) interictal con punta onda lenta (POL) generalizada de 1.5 a 2.5 Hertz en vigilia y paroxismos generalizados de actividad rápida rítmica (PGARR) durante el sueño, múltiples tipos de crisis incluyendo crisis tónicas, ausencias atípicas, retraso en el desarrollo mental y/o alteraciones en el comportamiento.¹

En la clasificación de las epilepsias y síndromes epilépticos propuesta por la Liga Internacional Contra la Epilepsia (ILAE) en 1989 se incluyó como epilepsia criptogénica o sintomática generalizada, se trata de una forma de epilepsia infantil, de difícil tratamiento, se manifiesta entre los dos y seis años de vida. Su etiología es desconocida en 30% de los casos y en niños que tienen antecedente de encefalopatía previa en 60% de los casos.²

El tratamiento es de por vida y su objetivo es mejorar la calidad de vida del paciente a través de la disminución de la frecuencia de las crisis, ya que no existe terapia óptima para la remisión total. Los fármacos que han demostrado utilidad son Ácido Valproico, Lamotrigina, Topiramato, Ruinamida y Felbamato. Otras alternativas de tratamiento para los casos refractarios son la dieta cetogénica, la estimulación del nervio vago y el tratamiento quirúrgico. El Síndrome de Lennox-Gastaut presenta un pobre pronóstico a largo plazo, con una mortalidad de un 10% antes de los 11 años de edad.³

A menudo el Síndrome de Lennox-Gastaut se relaciona con el Síndrome de West, pudiendo presentarse ambas entidades en el paciente. El Síndrome de West se define como una encefalopatía epiléptica e infrecuente. La edad de inicio del Síndrome de West (SW) es entre los 3 y 12 meses, principalmente entre los 4 y 6 meses. Se calcula que la incidencia del SW es de 1 por 4.000 a 6.000 nacidos vivos. Su frecuencia oscila de



2 a 10% de todos los casos de epilepsia infantil y representa la forma más frecuente de los casos de epilepsia infantil durante el primer año de vida, excluyendo las convulsiones neonatales y las crisis febriles. Tiene un leve predominio en los varones de 1,5 a 1 en relación con las mujeres.⁴

Antecedentes

La enfermedad presenta sus primeras manifestaciones entre 1 y 8 años de edad. En el 30 a 50% de los casos, los pacientes mantienen las características clínicas del síndrome durante la edad adulta.⁵

El Síndrome de Lennox-Gastaut (SLG) fue descrito por primera vez en 1770 por Tissot, en un niño de 11 años que presentaba frecuentes ataques mioclónicos y disfunción funcional progresiva. En el año de 1950, Lennox encontró una correlación clínica entre este tipo de EEG y los pacientes con múltiples crisis epilépticas. En 1965, Dravet en su tesis doctoral bajo la tutoría de Henri Gastaut en la cual describe 100 pacientes con las características propias del síndrome, se sugiere llamar «Síndrome de Lennox», posteriormente la hija de Lennox, en agradecimiento a las contribuciones hechas por Gastaut, propuso en la XIV Reunión Europea sobre Información del EEG, expandirlo a Síndrome de Lennox-Gastaut.^{1,6}

El Síndrome de Lennox-Gastaut se presenta en 1% de los niños con epilepsia, y es considerado de las formas más graves de epilepsia infantil por la refractariedad demostrada a los antiepilépticos y el deterioro mental progresivo. El 90 % de los niños presentan retraso mental desde el inicio de la enfermedad, y más de 80% mantienen crisis convulsivas durante toda la vida. No se han demostrado en la actualidad bases genéticas específicas asociadas a este síndrome, sin embargo, es evidente los avances en la identificación de genes vinculados a las alteraciones del desarrollo cortical cerebral.²

Las estadísticas refieren que 5% de los pacientes con síndrome de Lennox-Gastaut fallece por ese desorden o por los problemas asociados en los primeros 10 años de vida. El 50% que llegan a la edad adulta refieren



Figura 11-1. Aspecto general del paciente con alteraciones ya descritas.



discapacidad en su totalidad, y solo el 17% pueden valerse por ellos mismos.¹

Estudios epidemiológicos refieren la prevalencia de condición de caries y enfermedades de las encías. En pacientes con las necesidades especiales mostraron índices más elevados en niños con retraso mental, seguidos respectivamente de niños con

Figura 11-2. Fotografías intraorales.

parálisis cerebral, ceguera, epilepsia, síndrome de Down y sordomudo.⁵

Presentación del caso clínico

Paciente masculino de 13 años de edad que acude a atención dental a la Clínica de Odontopediatría ubicada en el Centro de Atención Médico Integral perteneciente al Centro Universitario de los Altos de la Universidad de Guadalajara, debido a que se le negó la atención en otras instituciones de odontología general debido a la condición que presenta el paciente (Figura 11-1).

Durante la anamnesis la madre refiere ser diagnosticado con Síndrome de Lennox-Gastaut y Síndrome de West. El paciente es producto de la primera gestación, con edad materna de 20 años de edad a la concepción, control prenatal adecuado desde el segundo mes, sin ingesta de ácido fólico. Normoevolutivo, obtenido a las 40 semanas, vía parto ectóxico, ausencia de complicaciones en el parto. Sin dato de realización de tamiz, obteniendo 8-9 en la calificación de Apgar, cartilla de vacunación completa.

La madre refiere que su hijo presentó antecedentes de neumonía, neuroinfecciones, crisis convulsivas, criptorquidia, trombosis, deshidratación, irritabilidad, acidosis metabólica, así como, bronquiolitis, donde estuvo en tratamiento en el servicio de Neuropediatría del Antiguo Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde". Refiere haber asistido a terapias de estimulación psicomotora en el CRIT de Occidente, Guadalajara, Jalisco.



Figura 11-3. Fotografías de tratamientos realizados.



Actualmente solo presenta episodios espástico-musculares periódicamente, por lo que se encuentra bajo tratamiento con leviteracetam de 500 mg cada 8 horas, ácido valproico 300 mg cada 12 horas y clobazam 2.5 mg por la mañana, 2.5 mg por la tarde y 5mg por la noche. Presenta problemas en la coordinación motora, el habla y la locomoción, lo que hace indispensable la utilización de silla de ruedas. La madre refiere como motivo de consulta “Revisar sus muelas y atender caries”.

Debido a la condición que el paciente presentó hubo dificultad a la exploración, sin embargo, se logró realizar. A la inspección clínica se observó habitus ectomórfico, postura en sedestación, con proyección anterior y hacia la derecha de cabeza, cuello y tronco, movimientos cefálicos en rotaciones, estrabismo, lateralización de cabeza, extensión de brazos precedidas de llanto, reflejos superficiales ausentes, sensibilidad con respuestas no voluntarias en todos los estímulos, crecimiento dolicofacial, fontanelas cerradas, cuello móvil. Buena coloración e hidratación de piel y tegumentos.

A la inspección intraoral se observa mordida abierta anterior, desviación de mandíbula con rigidez muscular, macroglosia, xerostomía, gingivitis, mal posición dentaria, placa dentobacteriana en cantidad abundante en zona de molares principalmente, lesiones cariosas en los órganos dentarios 75, 84, 14, 15, 16, presencia de órgano dentario 54 exfoliación fisiológica (Fig. 11-2).

Se realizó una interconsulta con el médico tratante. Se inició el tratamiento dental con indicaciones de higiene bucal y dieta no cariogénica a la madre. Se procedió con profilaxis, se realizó terapia de flúor colocando barniz fluorado Clinpro™ White Varnish. Se retiró la dentina infectada de las lesiones cariosas con cucharilla, ofreciendo al paciente un tratamiento de mínima intervención evitando los estímulos sonoros de la pieza de alta. Posteriormente se restauró con resina Filtek™ Z350 XT los órganos dentarios 75, 84, 14, 15 y 16. Se realizó extracción del órgano 54 con previa profilaxis antibiótica. En cada cita se evitó estímulos sonoros o luminosos fuertes, con la finalidad de evitar desencadenar crisis convulsivas las cuales generan signos anticipados que son reconocidos por la madre la cual se encontró presente durante los tratamientos. El consentimiento informado fue firmado por la madre del paciente desde la primera cita. Finalmente se programaron citas periódicas de control en intervalos trimestrales (Figura 11-3).

Conclusiones

Debido a la condición que presenta el paciente es complicada la higiene bucal por parte de los cuidadores e imposible por parte del paciente, por lo que es más susceptible a desarrollar caries dental. El odontopediatra debe estar preparado para estos desafíos, teniendo en cuenta que es un trabajo multidisciplinario entre el médico tratante y cirujano dentista especialista en Odontopediatría para llevar a cabo los tratamientos y mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Al ser un síndrome poco común existe poca evidencia de las complicaciones orales que pueden presentar, por lo que esperemos que este capítulo del libro aporte al conocimiento.

Significancia clínica

Es importante destacar la escasa información con enfoque odontológico acerca de este síndrome, representando este trabajo un aporte a la documentación en manifestaciones y tratamiento bucodental.

Bibliografía

1. Córdova Arce, C. Síndrome Lennox-Gastaut. Manifestaciones odontológicas. Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría, 2014,53(1), 21-23.
2. Valdivia Alvarez I. Caracterización etiológica del síndrome de Lennox-Gastaut sintomático. 2012; 84(1): 22-32.
3. David P., García V., Meneses S. Síndrome de Lennox-Gastaut, una revisión actualizada. Dic 2014.
4. Sanz-Arrazola, Heydi; Andia-Berazain, C. Síndrome de West: etiología, fisiopatología, aspectos clínicos, diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Revista Médico-Científica "Luz y Vida", Universidad Mayor de San Simón. 2014, vol. 5, núm. 1, pp. 30-35
5. Da Conceicao, H. C., Salino, A. V., de Souza Queiroz, A. K., Ribeiro, E. D. O. A., Soares, K. S., & de Resende Prestes, G. B. Síndrome de Lennox-Gastaut: relato de caso. Archives of Health Investigación. 2017, 6(2).
6. Martino G.H., Martino R.H. Manual de Epilepsia. Serie Textos Neuropediátricos Básicos. 1ª. Edición. Nobuko. 2007. 620; 488.

Calidad de vida y manejo odontológico de un paciente con Síndrome de Turner

María Fernanda Yañez Acosta¹
Isaac Murisi Pedroza Uribe¹
Ana Esther Mercado González¹
Omar Alejandro Olivares Campos²
Verónica Vázquez González²

Resumen

Introducción: la salud bucal forma parte de la salud general y es esencial para la calidad de vida. En el 2003, la American Academy of Pediatric Dentistry definió la caries temprana de la infancia, como la presencia de uno o más superficies cariadas, faltantes o dañadas en cualquier diente deciduo desde la infancia hasta los 71 meses de edad. **Reporte de Caso:** paciente femenino de 4 años de edad, se presenta a la clínica de la Especialidad en Odontopediatría de la Universidad de Guadalajara. Paciente fue referida por el otorrinolaringólogo porque se le realizarán cirugías de amigdalectomía y adenoidectomía. En la primera cita se realizó profilaxis dental y topicación con flúor. En las citas posteriores se realizaron tratamientos restaurativos por cuadrantes, tales como: pulpotomía-corona del 75, pulpectomía-ionómero de vidrio en el 85, pulpotomía del 61 obturando con resina y resinas de los órganos 54, 74 y 84. Se concluyeron las citas con una topicación con flúor. **Conclusiones:** es importante realizar un diagnóstico y plan de tratamiento adecuado e individualizado, dirigido a las necesidades del paciente, para así, con esto reestablecer la función masticatoria, quitar el dolor y dar una mejor calidad de vida al paciente. **Significancia clínica:** es importante devolver la salud bucal del paciente, para así lograr una mejor nutrición, función masticatoria, garantizando una mejor calidad de vida.

Palabras clave: Síndrome de Turner, caries temprana de la infancia

1 Profesor de la Especialidad en Odontopediatría del Centro Universitario de los Altos. Universidad de Guadalajara. Tepatitlán de Morelos Jalisco, México.

2 Estudiante de la Especialidad en Odontopediatría del Centro Universitario de los Altos. Universidad de Guadalajara. Tepatitlán de Morelos Jalisco, México.

Introducción

El Síndrome de Turner es una enfermedad genética causada por la ausencia completa o parcial del segundo cromosoma X, afectando principalmente al sexo femenino.¹

La salud bucal forma parte de la salud general y es esencial para la Calidad de Vida. Todos los niños deben tener una condición de salud bucal que les permita hablar, masticar, reconocer el sabor de los alimentos, sonreír, vivir libres de dolor e incomodidad y relacionarse con otras personas sin apremio.⁴

El concepto de calidad de vida, además de comprender una representación subjetiva de la sensación de bienestar, es multidimensional e incluye tanto dimensiones positivas como negativas. En la atención pediátrica, además del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, es necesario tener en cuenta el punto de vista del niño y sus padres para determinar cómo el dolor afecta sus vidas.⁴

En el 2003, la American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) definió la caries temprana de la infancia, como la presencia de uno o más superficies cariadas, faltantes o dañadas en cualquier diente deciduo desde la infancia hasta los 71 meses de edad.⁵ La caries temprana de la infancia es una forma única de caries que se desarrolla en la dentición primaria, inmediatamente después de erupcionados los primeros dientes.⁴ Las lesiones cariosas no tratadas causan destrucción progresiva de las coronas de los dientes, frecuentemente acompañada de dolor y sufrimiento, afectando la calidad de vida.⁵

Un 30% de las niñas con ST presentan cardiopatía congénita, válvula aórtica bicúspide, coartación de aorta, y menos frecuentemente dilatación aórtica.² Entre otras manifestaciones destacan la obesidad, hipertensión arterial, intolerancia a la glucosa, diabetes mellitus tipo 2, enfermedades autoinmunes como hipotiroidismo, alopecia, vitíligo, psoriasis y artritis reumatoide juvenil, otitis media recurrente, malformaciones renales, sordera neurosensorial, estrabismo, escoliosis, enfermedad celiaca, gonadoblastoma.³

La relación entre altura facial posterior y altura facial anterior está claramente disminuida, lo que condiciona la aparición de mordida abierta anterior. El maxilar es estrecho, profundo y presenta rotación en sentido horario. La mandíbula también está rotada en sentido horario y su relación con el maxilar es con frecuencia de clase II.¹ Los dientes suelen ser más pequeños de lo normal debido a que el esmalte es hipoplásico, por ello es infrecuente observar apiñamiento dental¹.



Reporte de Caso

Paciente femenino de 4 años de edad, (Figura 12-1 y 12-2) se presenta a la clínica de la Especialidad en Odontopediatría de la Universidad de Guadalajara. La madre refiere como motivo de consulta “se le ven cafés los dientes”, la madre refiere que la paciente fue internada años atrás por infección en la sangre. La paciente fue referida por el otorrinolaringólogo porque se le realizarán cirugías de amigdalectomía y adenoidectomía, por lo que la paciente debía ser tratada antes de ser realizados los procedimientos quirúrgicos (Figura 12-3 y 12-4). En la primera cita se realizó profilaxis dental y topicación con flúor. En la segunda cita se realizó pulpotomía/corona en el órgano 75 y resina en el órgano 74. En la siguiente cita se realizó pulpectomía con recubrimiento de ionómero de vidrio en el 85 y resina en el 84. Posteriormente se realizó pulpectomía/resina en el órgano 61. Finalmente se colocó resina en el órgano 54 y se realizó topicación con flúor (Figura 12-5 y 12-6).



Figura 12-1. Fotografía frontal.



Figura 12-2. Fotografía lateral.



Figura 12-4. Fotografía oclusal superior inicial.

Conclusiones

En pacientes sindrómicos, es muy importante conocer perfectamente las características específicas y manifestaciones del síndrome, para poder realizar un tratamiento ideal, sin complicaciones. De igual manera debemos considerar la calidad de vida que presenta el paciente, ya que la caries temprana de la infancia es una enfermedad que además de causar dolor, tiene repercusiones psicológicas en los pacientes. Es importante realizar un diagnóstico y plan de tratamiento adecuado e individualizado, dirigido a las necesidades del



Figura 12-3. Fotografía oclusal inferior inicial.

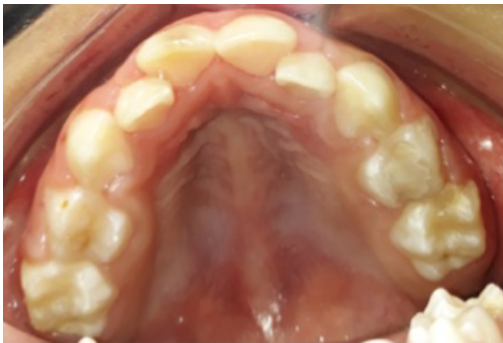


Figura 12-5. Fotografía oclusal superior final.



Figura 12-6. Fotografía oclusal inferior final.

paciente, para así, con esto reestablecer la función masticatoria, quitar el dolor y dar una mejor calidad de vida al paciente.

Significancia clínica

Es importante devolver la salud bucal del paciente, para así lograr una mejor nutrición, función masticatoria, garantizando una mejor calidad de vida.

Bibliografía

1. Raúl Ferrando Cascales, Domingo Martín Salvador, Benito Ramos Medina, Álvaro Ferrando Cascales. Tratamiento integral en el Síndrome de Turner (ST): A propósito de un caso. Revista Española de Ortodoncia. Vol. 43, N° 2, 2013, págs. 107-114.
2. AC Barreda Bonis, I González Casado, R Gracia Bouthelier. Síndrome de Turner. Protocolo diagnóstico pediátrico. 2011;1:218-27.
3. Carolina Domínguez Hernández, Andrea Torres Morales, Lucía Álvarez Hernández, Vesta Richardson López-Collada, Teresa Murguía-Peniche. Turner syndrome: experience with a select group from the Mexican population. Bol Med Hosp Infant Mex 2013;70(6):467-476.
4. Abanto JA, Bönecker M, Raggio DP. Impacto de los problemas bucales sobre la calidad de vida de niños. Rev Estomatol Herediana. 2010; 20(1):38-43.
5. Mishra P, Fareed N, Battur H, Khanagar S, Bhat MA, Palaniswamy J. Role of fluoride varnish in preventing early childhood caries: A systematic review. Dent Res J 2017; 14:169-76.

Tratamiento conservador de un quiste dentígero en un paciente pediátrico

Carlos Alberto Zarazúa González¹

María Fernanda Yáñez Acosta¹

Rubén Alberto Bayardo González¹

Carmen Celina Alonso Sánchez¹

Verónica González Vázquez²

Omar Alejandro Olivares Campos²

Resumen

Introducción: actualmente existen gran variedad de tratamientos conservadores para la preservación de los órganos dentarios en niños, pudiendo evitar problemas posteriores. El quiste dentígero es una de las patologías más frecuentes en el maxilar y la mandíbula. Son asintomáticos, se evidencian radiográficamente como una imagen radiolúcida y unilocular. Aparece en las primeras 3 décadas de vida. Está asociado frecuentemente a órganos dentarios impactados. **Presentación del caso:** paciente femenino de 8 años de edad, acude a la clínica de la Especialidad de Odontopediatría, de la Universidad de Guadalajara, con motivo de consulta “Tiene un abultamiento en el cachete”. Al realizar la anamnesis la paciente no refiere dolor, solo el crecimiento exagerado en muy poco tiempo, en la hemiarcada inferior derecha en la zona del órgano dental 75. Se realizó biopsia excisional y punción aspiración con aguja fina (PAAF) y se diagnosticó un quiste dentígero. El tratamiento realizado fue marsupialización de la lesión y control de la erupción dentaria. **Conclusiones:** realizar un tratamiento conservador para la preservación de órganos dentarios es de vital importancia en odontología. En este caso se realizó la marsupialización ya que la lesión rodeaba la corona clínica del órgano dentario 35 (primer premolar inferior izquierdo), el cual en este momento en formación y con un potencial de erupción ideal. **Significancia clínica:** es importante realizar un diagnóstico preciso y un tratamiento acertado para poder preservar los órganos dentarios, además de realizar un estudio histopatológico.

Palabras clave: Quiste dentígero, marsupialización.

¹ Profesor de la Especialidad en Odontopediatría del Centro Universitario de los Altos. Universidad de Guadalajara. Tepatitlán de Morelos Jalisco, México.

² Estudiante de la Especialidad en Odontopediatría del Centro Universitario de los Altos. Universidad de Guadalajara. Tepatitlán de Morelos Jalisco, México.



Figura 13-1. Exploración intraoral y extraoral.

Introducción

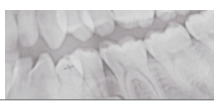
Realizar tratamientos conservadores para preservar órganos dentarios que son afectados por un quiste es indispensable, ya que el conservarlos nos ayuda a reducir problema de apiñamiento dentario, caries ocasionada por el apiñamiento de órganos dentarios, pérdida de órganos

dentarios y problemas en la ingesta de alimento. El quiste se define como una bolsa conectivo-epitelial, tapizada en su interior por epitelio y recubierta por tejido conectivo, que encierra un contenido líquido o semilíquido.^{1,2,8} El quiste dentígero es una de las patologías más frecuentes en el maxilar y la mandíbula.³ Son asintomáticos, se evidencian radiográficamente como una imagen radiolúcida y unilocular. Aparece en las primeras 3 décadas de vida. En Pacientes pediátricos tiene relación con procesos inflamatorios crónicos y caries en órganos dentarios temporales.³ Rodea a la corona dental y se encuentra unido al cuello de un órgano dentario no erupcionado y su desarrollo es por la acumulación del fluido entre el epitelio reducido del esmalte y la corona o entre las láminas del epitelio reducido del esmalte. Tiene predilección por el sexo masculino en una proporción de 2:1.⁴

Se asocia frecuentemente a dientes impactados o que aún no erupcionan, lo órganos dentarios más afectados son los terceros molares inferiores, seguidos de caninos y premolares superiores, siendo poco frecuente en incisivos y premolares inferiores.^{5,9} El diagnóstico diferencial de esta patología es: queratociste odontogénico, ameloblastoma, fibroma ameloblástico y tumor odontogénico adenomatoide.^{5,8}

En la actualidad existen diversas opciones terapéuticas para el tratamiento del quiste dentígero de la cuales pueden ser la descompresión, marsupialización o la enucleación según las características de las lesiones. El tratamiento de esta lesión depende la localización, tamaño y proximidad con estructuras anatómicas. Las lesiones pequeñas se eliminan a través de osteotomía, seguida de la exodoncia del diente retenido y remoción de la lesión. En lesiones más grandes se debe considerar la descompresión para reducir el tamaño del defecto óseo, seguida de la extracción del diente y posteriormente la enucleación.^{5,6}

Hoy en día, la marsupialización y la descompresión son tratamientos quirúrgicos conservadores cuando existen grandes quistes y se realizan



para minimizar el tamaño de estos, y por lo tanto limitar la extensión de la cirugía. Este tratamiento fue

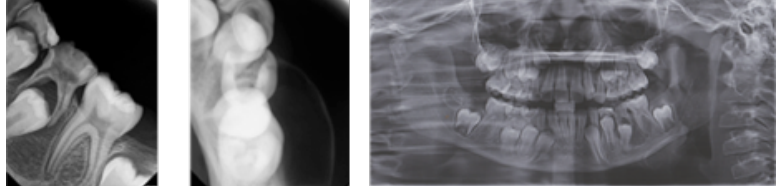


Figura 13-2. Radiografías de diagnóstico.

descrito por Partsch en 1892 para el tratamiento de las lesiones quísticas. Esta técnica se realiza para la externalización de los quistes, a través de una ventana quirúrgica en la mucosa bucal y en la pared quística, con márgenes que son suturados para crear un orificio que comunica con la cavidad oral. Este tipo de tratamientos puede ser algo largo y por esta razón requieren que los pacientes sean cooperadores cuando se trata de adultos, en niños este tratamiento puede ser más rápido debido a que los pacientes pediátricos tienen un mayor potencial de regeneración de hueso que los adultos y los dientes con ápices abiertos tienen un mejor pronóstico.¹²



Figura 13-3. Exodoncia del órgano dentario 75 y descompresión del quiste, obteniendo el tejido para la biopsia.



Figura 13-4. Seguimiento de la lesión a tres meses. Radiografía final.

El propósito de este trabajo es evidenciar el diagnóstico, tratamiento conservador y seguimiento a corto plazo de un quiste dentígero ubicado en la mandíbula de un paciente pediátrico, asociado al órgano dentario.³⁵

Reporte de caso

Paciente femenino de 8 años de edad, que acude a la clínica de la Especialidad de Odontopediatría, de la Universidad de Guadalajara, con motivo de consulta "Tiene un abultamiento en el cachete". Al realizar la anamnesis, la paciente no refiere dolor (corroborado con la madre), solo el crecimiento exagerado en muy poco tiempo, en la hemiarcada inferior derecha en la zona del órgano dental 75 (Figura 13-1).

Al realizar la exploración intraoral se confirma lo mencionado anteriormente, se observa abultamiento en mandíbula, a la altura del órgano dentario 75. Posteriormente se procede a realizar la toma de radiografía periapical y en la cual se observa una lesión en el área de la furca del órgano dentario 75 y correspondiente a la corona del órgano dentario 34. Como examen complementario, se solicitó una radiografía panorámica (Figura 13-2). Al obtener las imágenes radiográficas se decide realizar biopsia de la lesión. Posteriormente se procede a realizar la exodoncia del órgano dentario 75, para poder ingresar al sitio de la lesión y realizar la biopsia excepcional y la punción por aspiración fina (PAF). Al obtener la muestra se procede a mandar a examinación histopatológica, para determinar el capuchón del quiste y confirmar el diagnóstico (Figura 13-3). El resultado histopatológico fue el siguiente: “capuchón compatible”, donde se confirmó el diagnóstico de quisté dentífero.

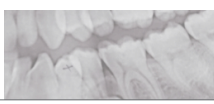
El tratamiento realizado fue conservador ya que se decide preservar el órgano dental 34, a pesar de estar involucrado en la lesión. El paciente se examinó cada tercer día durante la primera semana; durante el primer mes se realizaron revisiones cada semana y se le indicó que durante los primeros 6 meses se realizaran revisiones cada 6 meses. Actualmente la paciente se encuentra en observación, ya que se requiere que el órgano dentario erupcione completamente para la eliminación total de la lesión. Si este no erupciona el tratamiento de elección será la exodoncia¹(Figura 13-4).

El tratamiento ha sido favorable ya que la lesión quística disminuyó y la erupción ha evolucionado favorablemente.

Conclusión

Es importante que el Odontopediatra conozca este tipo de lesiones quísticas y su manejo multidisciplinario para llegar a un diagnóstico y tratamiento tempranos, como lo destacan Gurrola-López *et. al* (2014) en donde mencionan que el éxito del tratamiento depende del diagnóstico oportuno, lo cual evita deformaciones faciales, como se presentó en este caso, donde el paciente evolucionó favorablemente, corroborándose radiográficamente y observando una disminución de la lesión y la erupción normal del diente permanente afectado. Además, es fundamental el registro de los datos respecto a la incidencia y el manejo de estas lesiones en pacientes pediátricos para así abonar a la evidencia científica del seguimiento a corto, mediano y largo plazo.

Es importante también realizar un diagnóstico histopatológico cuando hay lesiones de este tipo, para así ofrecer un plan de tratamiento correcto



y evitar la pérdida prematura de órganos dentarios, pudiendo provocar problemas posteriores.

Significancia clínica

Es importante realizar un diagnóstico preciso y un tratamiento acertado para poder preservar los órganos dentarios, además de realizar un estudio histopatológico.

Bibliografía

1. Vega Llauradó A, Ayuso Montero R, Teixidor Olmo I, Salas Enric J, Marí Roig A, López López J. Opciones terapéuticas en quistes odontogénicos. Revisión. Avances en Odontoestomatología. 2013. Volumen 29. Número 2.
2. Gurrola-López ML, Castro-Linares NC, Aguilar Ayala FJ, Serrano Piña R, Rejón Pereza ME. Quiste dentígero, diagnóstico y resolución en paciente infantil. Revista Odontológica Latinoamericana. 2014. Volumen 6. Número 2.
3. Acosta Rangel M, Olivares Granados AM, Castro García F. Quiste dentígero. Revisión de la literatura y reporte de caso. Odontología Actual. 2014. Año 11. Número 129.
4. Sosa Gómez A, Cárdenas Centeno S. El quiste dentígero una entidad benigna con posible transformación maligna. Revista electrónica de investigación del CICS UST. 2014. Volumen 1. Número 7.
5. Albarrán G, Gutierrez R, Yépez Y. Marsupialización como tratamiento para quiste dentígero en un paciente pediátrico. Reporte de un caso. Revista odontológica de los Andes. 2014. Volumen 9. Número 1.
6. Sol C. Del Valle; José A. Cedeño; Raúl García-Arocha y César Guerrero. Sol C. Del Valle; José A. Cedeño; Raúl García-Arocha y César Guerrero. Acta odontol. venez v.45 n.3 Caracas sep. 2007.
7. Juan Carlos Quintana Díaz 1 Mayrim Quintana Giralt 2. Quiste dentígero que causa deformación facial en un niño. Presentación. Acta Odontologica Colombiana.
8. Jesus A. Calero, Martha L. Rodriguez. Quiste Dentogueno- Reporte de casos. Revista Estomatologia 2006.
9. Romero Yulis, Jiménez Cecilia, Hernández Patricia, Alexis Ganai. PRESENTACIÓN INUSUAL DE UN QUISTE DENTIGERO EN PACIENTE PEDIATRICO. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA. Acta Odontológica Venezolana - VOLUMEN 45 No 2 / 2007.
10. Adalberto Mosqueda Taylor (1), María Esther Irigoyen Camacho (1), Marco Antonio Díaz Franco (1), Marco Antonio Torres Tejero (2). Quistes odontogénicos. Análisis de 856 casos. Revista Medicina oral, Vol. 7/N. 2. Marzo-Abril 2002.
11. Allais de Maurette, Marvis E.* Maurette O'Brien, Paul E.* Haiter-Neto, Francisco** de Moraes, Márcio. Tratamiento de quiste dentígero bilateral mandibular por medio de dos tipos de tratamientos. relato de caso clínico y comparación entre las técnicas. Acta Odontológica Venezolana - VOLUMEN 45 No 1 / 2007.
12. Vega Llauradó A.* , Ayuso Montero R.** , Teixidor Olmo I., Salas Enric J.*** , Marí Roig A.**** , López López J.****. Opciones terapéuticas en quistes odontogénicos. Revisión. Avances en odontoestomatología Vol. 29 - Núm. 2 – 2013.

Herramientas endodónticas para el tratamiento pulpar en dentición temporal

Yannette Concesa Velázquez Jiménez¹

Katia Alcalá Barbosa¹

Isabel del Carmen Medrano González²

Fabiola Esparza Ramos²

Cristina Marisol Martínez Lua³

Resumen

Introducción: la determinación de la longitud de trabajo es un paso crítico durante el tratamiento del conducto radicular en los dientes primarios debido al posible daño al germen dental sucesor permanente. **Presentación del caso:** paciente masculino de 5 años de edad, aparentemente sano. A la exploración clínica se observó múltiples lesiones cariosas activas. Se diagnosticó Caries Temprana de la Infancia. En la radiografía del OD 75 se observa zona radiolúcida en corona dental y la furca por lo que se realizó pulpectomía utilizando el localizador apical Ápex ID para obtener la longitud de los conductos radiculares. **Conclusión:** con el uso de un localizador apical se puede determinar la longitud de los conductos radiculares evitando lesionar el germen del diente permanente sucesor. **Significancia clínica:** con el uso de nuevas herramientas se puede disminuir el tiempo de consulta, así como también es posible realizar un mejor abordaje del tratamiento.

Palabras clave: localizador apical, pulpectomía, Vitapex.

1 Profesor de la Especialidad en Odontopediatría del Centro Universitario de los Altos. Universidad de Guadalajara. Tepatitlán de Morelos Jalisco, México.

2 Estudiante de la Especialidad en Odontopediatría del Centro Universitario de los Altos. Universidad de Guadalajara. Tepatitlán de Morelos Jalisco, México.

3 Odontopediatra egresada de la Especialidad en Odontopediatría, Centro Universitario de los Altos, Universidad de Guadalajara. Tepatitlán de Morelos Jalisco, México.

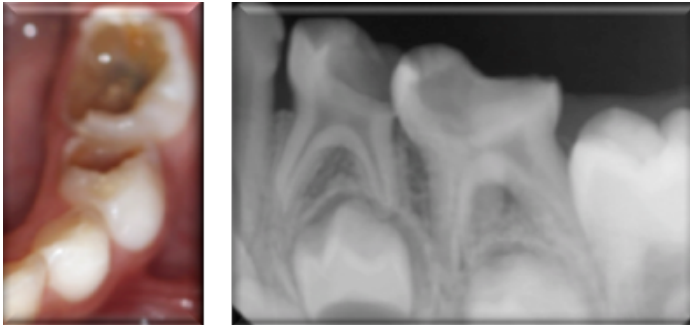


Figura 14-1. Fotografía y radiografía inicial.

Introducción

La dentición temporal es de suma importancia para la fonación, masticación, estética y bienestar psicosocial de los niños, además mantiene el espacio para una erupción favorable de los dientes permanentes.¹

La pulpectomía es definida como la extirpación del tejido pulpar necrótico o infectado, seguido del llenado de los conductos radiculares con un cemento reabsorbible. Para lograr éxito en el tratamiento se requiere de la eliminación total del tejido pulpar necrótico o infectado y de los microorganismos presentes en los conductos radiculares. Lo anterior es posible solo si la longitud del conducto radicular es determinada con exactitud,^{2,3} ya que así se asegura una desinfección químico-mecánica casi completa del sistema de conductos sin dañar los tejidos periapicales y los gérmenes dentales permanentes subyacentes.³

Es difícil para los odontólogos pediátricos realizar estos tratamientos debido a la cooperación del paciente, el acceso limitado, las variaciones anatómicas y la compleja anatomía de las raíces primarias.⁴

La determinación de la longitud de trabajo es un paso crítico durante el tratamiento del conducto radicular en los dientes primarios debido al posible daño al germen dental sucesor permanente.^{1,5}

El ápice anatómico es el extremo de la punta o el extremo de la raíz determinado morfológicamente, el ápice radiográfico es la punta o extremo de la raíz determinada radiográficamente. El agujero apical es la abertura apical principal del conducto radicular.¹

En la práctica clínica, la radiografía ha sido el método de elección para la determinación de la longitud de trabajo. Sin embargo, la evaluación radiográfica tiene limitaciones debido a variaciones anatómicas del sistema del canal, interferencia de estructuras anatómicas adyacentes o errores técnicos en la proyección. El método radiográfico descrito por Ingle es uno de los métodos más comunes y confiables usados para determinar la longitud de trabajo de los dientes sometidos a tratamiento de conducto radicular. El examen radiográfico en los niños generalmente se logra con dificultad debido al tamaño del sensor que no se puede usar cómodamente en la boca pequeña del niño. En segundo lugar, hay exposición a la

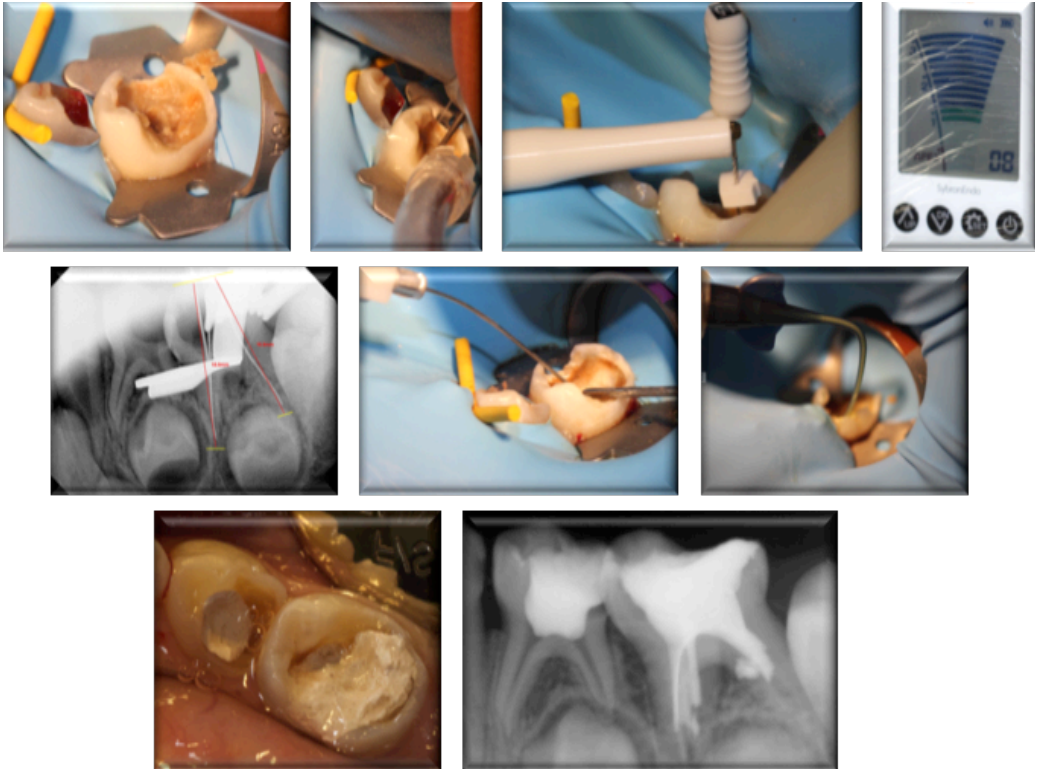
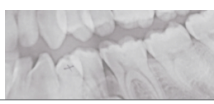


Figura 14-2. Conductimetría y pulpectomía con localizador apical.

radiación. Por lo tanto, se prefiere un método que minimice la necesidad de exponer a los niños a la radiación durante esta parte del tratamiento del conducto radicular. Todos los factores en conjunto han estimulado el desarrollo de dispositivos electrónicos de medición del conducto radicular, también conocidos como localizadores de ápice electrónicos.^{1,4}

El localizador de ápices es un dispositivo electrónico, con dos extremos en forma de gancho, de los cuales uno se coloca en la lima que está dentro del conducto radicular y el otro en el carrillo. Emite señales eléctricas que van al monitor indicando la proximidad al foramen apical. El objetivo del uso de este dispositivo es la determinación precisa de la longitud radicular, proporcionando lecturas precisas, consistentes y confiables.⁶

En 1962, se desarrollaron localizadores electrónicos de ápices en un intento de obtener mediciones más precisas de la longitud radicular usando principios electrónicos. Desde entonces, se han desarrollado notablemente y han ganado popularidad en la determinación de la longitud radicular



Figura 14-3. Rehabilitación.

de dientes permanentes. Ha habido varios estudios desde Katz *et. al* (1996), en los que se propusieron por primera vez el uso de localizadores apicales en la dentición primaria. En general, estos estudios demostraron que los localizadores apicales tienen una alta precisión incluso en presencia de reabsorción fisiológica de las raíces, son rápidos y cómodos tanto para el clínico como para el paciente y evitan algunas de las limitaciones de la técnica radiográfica incluyendo la exposición a la radiación ionizante, superposición de estructuras e interpretación subjetiva.^{2,3}

Presentación del caso

Paciente masculino de 5 años de edad que acude a la Clínica de la Especialidad de Odontopediatría del Centro Universitario de los Altos de la Universidad de Guadalajara, cuyo motivo de consulta fue “trae cuatro muelas y dos dientes bien picados”. En la entrevista, la madre no refirió datos patológicos heredofamiliares o personales relevantes, solo mencionó un episodio de dermatitis por causa desconocida. En la anamnesis se observó cráneo mesocefálico, sin alteraciones. A la exploración bucal se observaron tejidos blandos sin lesiones y múltiples lesiones cariosas activas. En la radiografía del OD 75 se observó zona radiolúcida afectando cámara pulpar, así como zona radiolúcida en la furca (Figura 14-1). Se diagnosticó Caries Temprana de la Infancia y patología pulpar irreversible en el OD 75, confirmando el diagnóstico de necrosis pulpar una vez hecho el acceso a la cámara pulpar.

El plan de tratamiento comenzó con la concientización de la madre sobre la etiología de la enfermedad y la importancia de la higiene bucal para lograr éxito en el tratamiento y así mantener la salud bucodental.



Posteriormente se realizó el acondicionamiento del medio bucal por medio de profilaxis y topicación con flúor.

Se realizó pulpectomía en el OD 75 con aislamiento absoluto, para su realización se retiró el tejido cariado con fresa bola de diamante y se hizo comunicación a cámara pulpar, siguiendo con fresa endoZ para retirar el techo de la cámara y así localizar la entrada a los conductos radiculares. Una vez localizados los conductos radiculares se obtiene la conductometría utilizando el localizador apical Ápex ID y tomando una radiografía con un radiovisiógrafo para corroborar la longitud de trabajo, y así obtener un dato preciso. Se prosiguió con la instrumentación con limas tipo K y desinfección de los conductos irrigando con hipoclorito de sodio y finalizando con la obturación de los conductos radiculares con Vitapex, se utilizó IRM como material temporal de restauración (Figura 14-2). Posteriormente se rehabilitó con corona metálica (Figura 14-3).

Conclusión

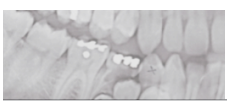
El uso del localizador apical en la dentición temporal es de herramienta que favorece el tratamiento dental en la práctica del Odontopediatra, ya que proporciona una mayor exactitud al momento de buscar la longitud de trabajo, reduce los tiempos en el sillón dental, la toma de radiografías y con ello la exposición a la radiación tanto del paciente como del odontólogo. Herramientas como estas permiten además de evitar dañar el germen del diente permanente.

Significancia clínica

Con la utilización de nuevas herramientas se puede disminuir el tiempo de consulta, así como también es posible realizar un mejor abordaje del tratamiento.

Bibliografía

1. Luengo Fereira J, Ramos Medina A, Hernández Montoya ME, Díaz Rosas CY, Carlos Medrano LE, Toscano García I. Efectividad clínica y radiográfica de la pasta antibiótica CTZ en pulpotomías de molares primarios. Ensayo clínico aleatorio Controlado. International Journal of Odontostomatology. 2016. 10(3):425-43.
2. Karkare S, Jadhav H, Siddiki F, Jaiswal K. Apex locators in primary teeth- review. International Dental Journal of Student's Research. 2015;(3(4):159-162.
3. Ahmad IA, Pani SC. Accuracy of electronic apex locators in primary teeth: a meta-analysis.
4. Oznurhan F, Ünal M, Kapdan A, Ozturk C, Aksoy S. Clinical evaluation of apex locator and radiography in primary teeth. International Journal of Pediatric Dentistry. 2014;25(3):199-203.



5. Rodríguez Niklitschek C, Gonzalo H. Determinación de la longitud de trabajo en endodoncia. Implicaciones clínicas de la anatomía radicular y del sistema de canales radiculares. *Internacional Journal of Odontostomatology*. 2014. 8(2):177-183.
6. Gudiño D., Alvear A. M. Estudio comparativo en vivo de la toma de longitud de trabajo en pulpectomías con técnica radiográfica versus localizador apical realizadas en la clínica odontológica de la universidad de las américas y clínicas particulares de la Ciudad de Quito[Tesis]. Ciudad de Quito: Facultad de Odontología. 2016.

Rehabilitación integral en paciente pediátrico con caries temprana de la infancia

Isaac Murisi Pedroza Uribe¹
Yannette Concesa Velázquez Jiménez¹
María Fernanda Yáñez Acosta¹
Sandra Berenice Vázquez Rodríguez¹
Karla Estefanía Verduzco Núñez²

Resumen

Introducción: la caries dental es una de las enfermedades con mayor prevalencia en el mundo, una de sus variables más severas es la caries temprana de la infancia afectando a menores de 7 años de edad comprometiendo su desarrollo bio-psicosocial. Una rehabilitación integral articulada con una orientación dietética y de higiene oral permiten un tratamiento exitoso. **Presentación del caso:** paciente femenino de 5 años de edad acude a consulta con diversas lesiones cariosas, tractos sinuosos, destrucción parcial de órganos dentarios. Se realiza rehabilitación integral en 3 fases: preventiva, restaurativa y protésica. **Conclusión:** la realización oportuna de una rehabilitación integral aunado a la prevención y control de factores etiológicos cariogénicos lograron impactar de forma positiva en la calidad de vida del paciente pediátrico mejorando su desarrollo y desenvolvimiento social. **Significancia Clínica:** la rehabilitación integral, planificada de forma individualizada es de suma importancia para reestablecer función, estética y fonética, mejorando la calidad de vida de los pacientes.

Palabras clave: caries temprana de la infancia, rehabilitación integral.

¹ Profesor de la Especialidad en Odontopediatría del Centro Universitario de los Altos. Universidad de Guadalajara. Tepatlán de Morelos Jalisco, México.

² Estudiante de la Especialidad en Odontopediatría del Centro Universitario de los Altos. Universidad de Guadalajara. Tepatlán de Morelos Jalisco, México.



Figura 15-1. Fotografía extraoral.
Paciente mesocefálico y simétrico.

Introducción

Uno de los problemas más comunes en la Odontopediatría es la pérdida parcial o total de los órganos dentarios primarios debido a las afecciones severas provocadas por lesiones cariosas. Dicha pérdida afecta no solamente la estética del niño, comprometiendo su desarrollo bio-psicosocial, sino también una masticación y fonética adecuadas interfiriendo así en su crecimiento y desarrollo, además incrementa la probabilidad de presentar hábitos perniciosos.^{1, 2, 3}

La caries dental es una de las enfermedades, más prevalentes a nivel mundial, afectando a todas las poblaciones durante el transcurso de su vida,⁴ así mismo una de sus variables más severas ocurre en niños de edad temprana, llamándose Caries temprana de la infancia⁵, que de acuerdo a la Academia Mexicana de Odontología pediátrica (AAPD) será definida como “la presencia de uno o más dientes cariados (cavitado o no cavitado) y/o superficies perdidas u obturadas en cualquier diente deciduo de un niño menor de 7 años de edad.”⁶

Por tal motivo la rehabilitación funcional y estética en pacientes que presenten Caries temprana de la Infancia será uno de los principales objetivos del tratamiento, buscando siempre que sea posible preservar los órganos dentarios en óptimas condiciones hasta su erupción fisiológica. La rehabilitación de estos puede ir desde la colocación de restauraciones directas con composites, en órganos dentarios que han sido parcialmente destruidos hasta la colocación de coronas metálicas, en caso de no ser viable su restauración y preservación, realizar entonces la sustitución de estos mismos para preservar el espacio evitando el desarrollo de maloclusiones y hábitos perniciosos.^{1,7}

Presentación de Caso

A la Clínica de Especialidad de Odontopediatría del Centro Universitario de los Altos de la Universidad de Guadalajara se presenta paciente femenino de 5 años de edad, originario de Tepatlán de Morelos, Jalisco. Acude con motivo de consulta “Tiene dolor y su pediatra me mando a atenderla”.

A la anamnesis no presenta antecedentes patológicos en aparatos y sistemas ni antecedentes familiares de relevancia, medicamente la madre refiere estar suministrando al paciente antibiótico (amoxicilina con ácido



Figura 15-3. A. Aspecto de sonrisa inicial. B. Fotografía anterior en oclusión. C. Arcada inferior inicial. D. Arcada superior inicial.

clavulánico) 5 ml cada 12 horas y analgésico (Ibuprofeno) prescrito por su médico de cabecera debido al dolor y proceso infeccioso que presentaba en uno de sus órganos dentales. Refiere ser el cuarto de cinco hijos, llevar una dieta altamente cariogénica y una deficiente higiene bucal.

En la exploración física extraoral se clasifica como paciente mesocefálico, simétrico, (Figura 15-1). En la examinación intraoral se observa abundante biofilm provocando inflamación generalizada en encía (gingivitis), presenta 20 órganos dentarios (OD), lesiones cariosas activas en OD 54,55,64,74,75,84,85, presencia de tracto sinuoso en OD 85, pérdida parcial de OD 52, y restos radiculares de 51,61,62 (Figura 15-2).

Se formula el diagnóstico de caries temprana de la infancia debido a las características del paciente. Se realizó un plan de tratamiento de acuerdo con 3 fases.

La *primera fase* involucró orientación dietética, profilaxis y técnica de cepillado.

La *segunda fase* involucró tratamientos restaurativos tales como: Pulpectomías de OD 54, 55, 64 y 75 bajo aislamiento absoluto, previa anestesia de mucosa con benzocaína tópica al 20%, anestesia infiltrativa con turbocaína (articaina HCl 4 % / epinefrina 1:100,000) los conductos fueron obturados con Vitapex y obturación cameral con Óxido de Zinc y Eugenol (ZOE). Posteriormente se realizó la preparación y colocación

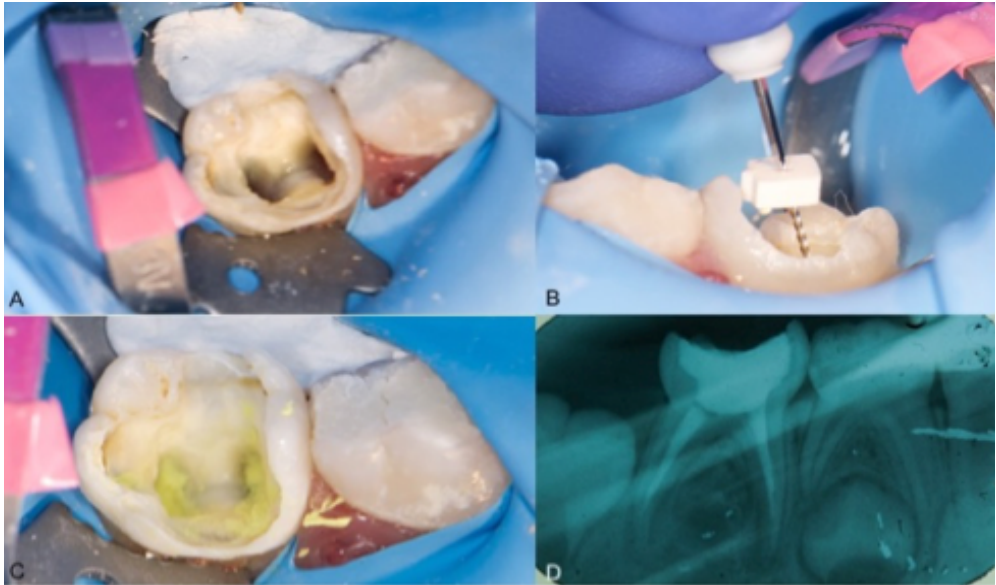


Figura 15-2. A. Apertura y visualización de los conductos. B. Instrumentación. C. Obturación con Vitapex. D. Radiografía final.

de coronas metálicas en mismos órganos dentarios y en el OD 85 (Figura 15-3). Se retiró tejido carioso de OD 74 bajo la técnica mínimamente invasiva, utilizando cucharilla para dentina y obturación con ionomero Ketac N100, bajo aislamiento absoluto (Figura 15-4). Debido a la extensa destrucción y el foco de infección que representaban los restos radiculares de OD 51, 52, 61, 62 se realizaron las extracciones bajo los mismos criterios de anestesia local (Figura 15-5).

En la tercera fase del tratamiento involucró la rehabilitación protésica, se llevó a cabo la toma de impresión con alginato, previa colocación de bandas en OD 55 y 65, se envió al laboratorio para confeccionar el aparato protésico y así sustituir los órganos dentales extraídos. 8 días posteriores a las extracciones se colocó el aparato protésico, el cual fue cementado con ionómero de vidrio teniendo como finalidad evitar la formación de hábitos perniciosos y extrusión de los órganos dentarios antagonistas, así como reestablecer la estética y regresar la confianza en su desarrollo social. De esta manera se restableció la función masticatoria, fonética y estética de forma exitosa (Figura 15-6).

Se realizaron citas control a 15 días, 3 y 6 meses post-tratamiento para el control de agentes principales etiológicos de caries, la paciente se presenta con disminución de biofilm, además higiene bucal mejorada.

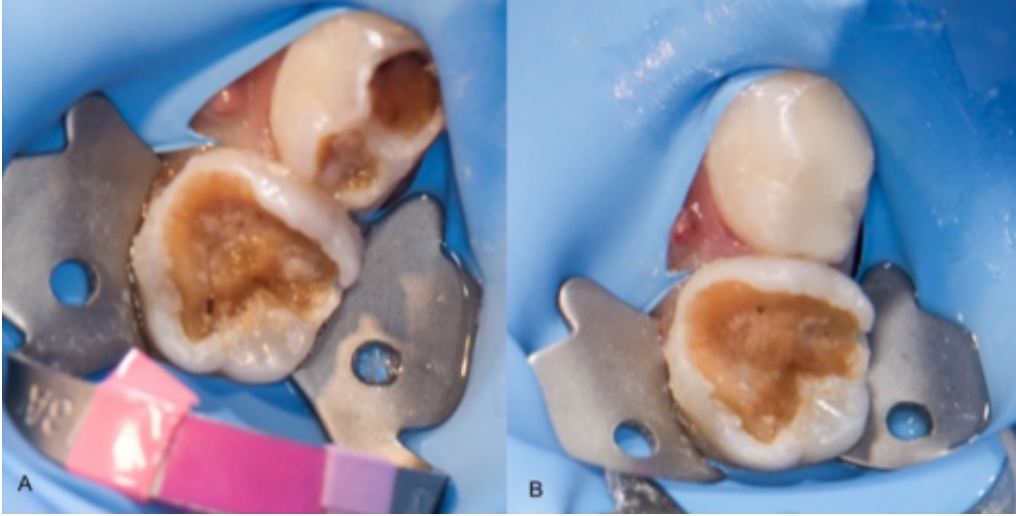


Figura 15-4. A. Visualización de dentina infectada OD 74. B. Obturación con Ketac NI100.

Tras el tratamiento realizado la calidad de vida de la niña mejoró de manera importante permitiendo tener un crecimiento y desarrollo adecuado (Figura 15-7).

El consentimiento informado se obtuvo de la paciente para la publicación del presente caso al igual que las imágenes que le acompañan.

Conclusión

Aunque la odontología actual sea mayormente preventiva, como Odontopediatras aún nos enfrentamos a destrucciones severas en órganos deciduos por lesiones cariosas, por esa razón es de vital importancia el realizar una



Figura 15-5. A. Fragmentos radiculares previa intervención quirúrgica. B. Defecto post-extracción. C. Órganos dentales extraídos.

planificación adecuada para la rehabilitación del paciente, incluyendo principalmente la orientación tanto a padres de familia como a los pacientes pediátricos sobre la higiene bucal y dieta, principales factores etiológicos de la enfermedad caries. Cabe mencionar que manteniendo controlados dichos factores nuestro tratamiento restaurativo tendrá un mayor éxito permitiendo de esta forma que los órganos dentarios deciduos exfolien de forma fisiológica, logrando así el objetivo principal de la restauración integral que es restablecer función, estética y fonética y con ello mejorar la calidad de vida del paciente.

Significancia Clínica

La rehabilitación integral, planificada de forma individualizada es de suma importancia para reestablecer función, estética y fonética, mejorando la calidad de vida de los pacientes.

Bibliografía

1. Gugnani N, Pandit IK, Gupta M, Nagpal J. Esthetic Rehabilitation of Primary Anterior Teeth using Temporization Material: A Novel Approach. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2017 Jan-Mar;10(1):111-114. doi: 10.5005/jp-journals-10005-1418.
2. SIEGL RMC, LENZI TL, POLITANO GT, BENEDETTO M De, IMPARATO JCP, PINHEIRO SL, et al. Two endodontics techniques analysis in primary molars with fistula. *RGO - Rev Gaúcha Odontol* [Internet]. 2015 ,63(2):187-94.
3. Corona Zavala Agustín, Guerrero Castellón Martha, Rehabilitación oral en niños, con enfoque preventivo y psicológico: reporte de un caso, *Rev Tamé* 2014; 3 (7):223-229.
4. Selwitz R, Ismail A, Pitts N. Dental caries. 2007;369(9555):51-59. Available from: <http://search.proquest.com.etechnologycollection/docview/199052707?pq-origsite=summon&http://search.proquest.com/technologycollection>.
5. Montero C. Prevalencia de caries de la infancia temprana y nivel socioeconómico familiar. *Revista Odontológica Mexicana.* 2011;15(2):96-102.
6. American Academy of Pediatric Dentistry, 2017.
7. Barrios Z. Rehabilitación bucal en el paciente pediátrico: reporte de caso. *Revista de facultad de medicina, Universidad de los Andes.* 2011;20 (1):67-72.

Diagnóstico de paciente con displasia ectodérmica

*María Fernanda Yáñez Acosta¹
Yannette Concesa Velázquez Jiménez¹
Isaac Murisi Pedroza Uribe¹
Fabiola Esparza Ramos²*

Resumen

Introducción: la displasia ectodérmica (DE) es una anomalía que es determinada por factores genéticos, la cual tiene la capacidad de cambiar las estructuras derivadas del ectodermo como lo son: uñas, piel, cabello, dientes y glándulas. **Presentación del caso:** paciente femenino de 9 años de edad se presenta en la clínica de Odontopediatría con anodoncia parcial, la madre refiere haber visitado 3 dentistas anteriormente los cuales le aseguraban que la paciente contaba con todos sus órganos dentarios y que pronto iban a erupcionar. **Conclusión:** Es importante tener el conocimiento de los diferentes síndromes y patologías que existen para brindar un mejor plan de tratamiento, o en su caso si se desconoce derivar a un experto. **Significancia clínica:** la importancia del diagnóstico. **Palabras clave:** oligodoncia, displasia ectodérmica.

¹ Profesor de la Especialidad en Odontopediatría del Centro Universitario de los Altos. Universidad de Guadalajara. Tapatitlán de Morelos Jalisco, México.

² Estudiante de la Especialidad en Odontopediatría del Centro Universitario de los Altos. Universidad de Guadalajara. Tapatitlán de Morelos Jalisco, México.



Figura 16-1. Fotografía de frente.



Figura 16-2. Fotografía de perfil.

Introducción

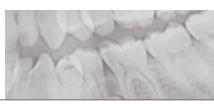
La displasia ectodérmica es una anomalía de tipo hereditaria que está ligada al cromosoma X, este gen es transportado por la madre y principalmente los hombres son los que la expresan, sin embargo, las mujeres no quedan exentas¹. Su principal característica es la displasia de los tejidos ectodérmicos².

Esta anomalía debe presentar al menos una de las siguientes condiciones: disminución de la cantidad de cabello, disminución en el número de órganos dentarios, oncodisplasia, hiperqueratosis palmo plantar o disminución en la transpiración.³

Esta enfermedad fue descrita en 1848 por Thurnam y en 1972 fueron observados los primeros casos de displasia ectodérmica, y a la fecha se han reportado más de 170 tipos diferentes, y la más común es la displasia ectodérmica hipohidrótica (DEH) o síndrome de Christ-Siemens-Touraine⁴. La prevalencia que existe es de 1.10,000 a 1:100,000 nacidos vivos⁴.

Para realizar un diagnóstico correcto, se debe realizar una biopsia de piel que determinará la disminución o ausencia de transpiración y como consecuencia de esto los pacientes suelen tener lapsos de altas temperaturas. Las características faciales más comunes son frente amplia, puente nasal aplanado, nariz pequeña con alas hipoplásicas, arcadas supraorbitales y labios muy prominentes, además de hipopigmentación periorbitaria, implantación baja de las orejas con pabellones auriculares prominentes. Las características en piel demuestran una sequedad de ésta, así como una mayor visibilidad de las venas debido a que la piel esta hipopigmentada. El cabello es muy delgado, seco y escaso; en cuanto a las manifestaciones orales encontramos que por lo general los órganos dentarios son cónicos y estos pacientes presentan ausencia de uno o más dientes.^{6,7}

Este tipo de pacientes se encuentra bajo tratamientos a lo largo de su vida, en lo que corresponde a la cavidad oral el tratamiento es prácticamente protésico para devolver la función y estética ya que además de las múltiples complicaciones que presentan, estos pacientes se encuentran la mayoría de las veces con una autoestima baja debido a la apariencia que presentan.



Presentación del caso

Se presenta paciente femenino de 9 años de edad en la clínica de la especialidad en Odontopediatría de la Universidad de Guadalajara del Centro Universitario de los Altos. Al momento de la anamnesis la madre menciona que el motivo de consulta es porque “no le salen los dientes”, la paciente fue prematura de 7.5 meses de gestación, presenta alergia a la penicilina,

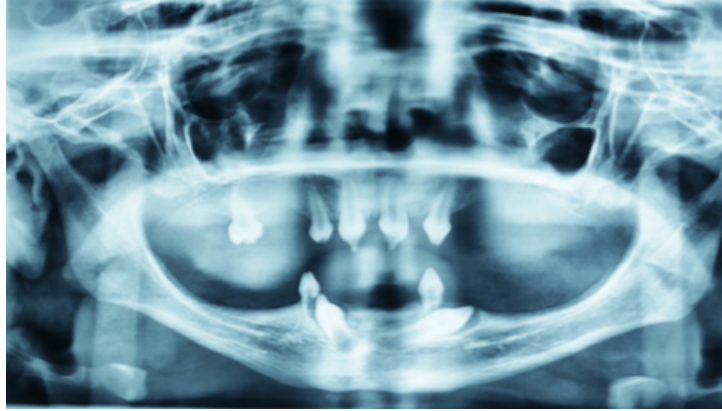


Figura 16-3. Radiografía panorámica.

no presenta complicaciones sistémicas y cuenta con su esquema de vacunación completo. Además, la madre refiere que la paciente no cuenta con un diagnóstico de enfermedad, síndrome o alteración genética. A la exploración extraoral pudimos observar diferentes características que nos indicaban una displasia ectodérmica como son: resequedad en la piel, cabello fino, seco y alopecia, labios prominentes, pigmentación en la piel, ausencia parcial de cejas (Figura 16-1 y 16-2). A la exploración intraoral solo presenta 7 órganos dentarios. La madre comentó haberla llevado con 3 dentistas anteriormente los cuales le mencionaron que los órganos dentarios erupcionarían y que todo se encontraba bien, pero al paso del tiempo la madre se percató de que no era así y decidió acudir a nuestra clínica donde le indicaron como examen complementario, una ortopantomografía, en la cual nos pudimos dar cuenta que la paciente no contaba con los gérmenes de los órganos dentarios permanentes (Figura 16-3).

El consentimiento informado se obtuvo de la paciente para la publicación del presente caso al igual que las imágenes que le acompañan.

Conclusión

Es de suma importancia el saber identificar las anomalías que se pueden presentar en nuestros pacientes, para con ello determinar que tipo de tratamiento podemos realizar; sin embargo, aún existen profesionales que no saben cómo actuar ante estas circunstancias, por lo que el tratamiento se puede ver retrasado y el paciente afectado en su calidad de vida.

Bibliografía

1. Bakri H, Rapp R, Headeed G. Clinical management of ectodermal dysplasia. *J Clin Pediatr Dent* 1995; 19(3): 167-172.
2. Clarke A. Hypohidrotic ectodermal dysplasia. *J Med Genet* 1987; 24(11): 659-663.
3. Kupietzky A, Houpt M. Hypohidrotic ectodermal dysplasia: characteristics and treatment. *Quintessence Int* 1995; 26(4): 285-291.
4. De Aquino SN, Paranaíba LMR, Swerts MSO, Martelli DRB, de Barros LM, Junior HM. Orofacial features of hypohidrotic ectodermal dysplasia. *Head and neck pathology*, 2012; 6(4): 460-66.
5. Vieira EMM, Casela LFP, Botter M, Volpato LER. Tratamiento protético de paciente com displasia ectodérmica hipohidrotica. *Revista de clínica e pesquisa odontológica*. 2008; 4(2):113-18.
6. Thurnam J. Two cases in which the skin, hair and teeth were very imperfectly developed. *Proc R Med Chir Soc (Lond)*1848;31:71-82. En: Donnai D, Winter RM. *Congenital Malformation Syndromes*. London. Chapman and Hall. 1995.
7. Donnai D, Winter RM. *Congenital Malformation Syndromes*. London. Chapman and Hall, 1995.



Casos clínicos en Odontopediatría



I. Hiperodontia



Ortopantomografía en la que se observan múltiples órganos supernumerarios. Fuente: propia



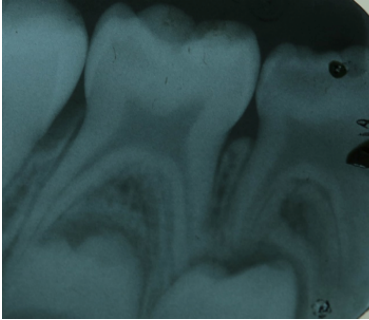
Fotografía de cuadrante inferior derecho. Evidencia de tumefacción a nivel radicular del órgano 84. Fuente: propia.



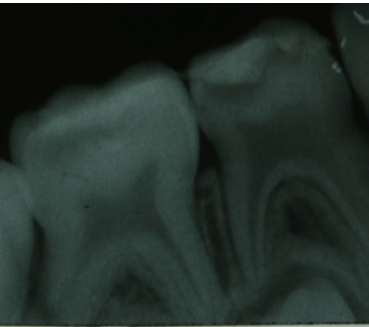
2. Sellado de caries en paciente pediátrico



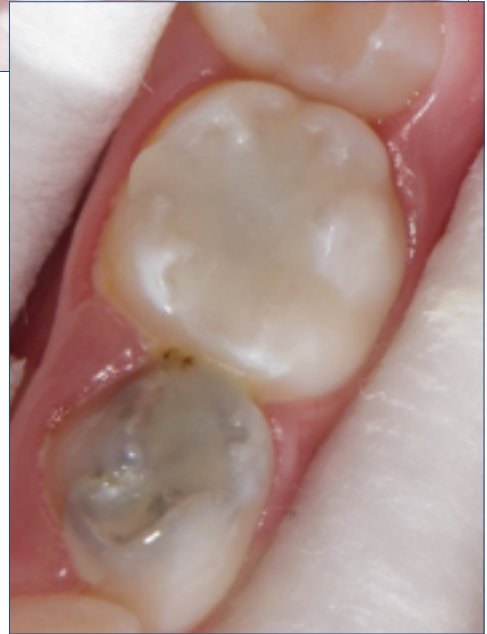
Fotografía inicial O.D. 74 y 75. Fuente: propia



Radiografía inicial. Fuente: propia.



Radiografía posterior al sellado. Fuente: propia.



A. Obturación con ionómero de vidrio Ketac NI00. B. Organos dentarios sellados. Fuente: propia.

3. Manejo de Caries Temprana de la Infancia con fluoruro diamino de plata al 30%



Fotografías iniciales (Fuente propia)



Profilaxis



1ra. Aplicación



2da. Aplicación



3ra. Aplicación



4ta. Aplicación



Rehabilitación



Fotografías del tratamiento. (Fuente propia)



4. Rehabilitación Oral en un paciente pediátrico con Diabetes Mellitus Tipo I.



Fotografía lateral derecha final.

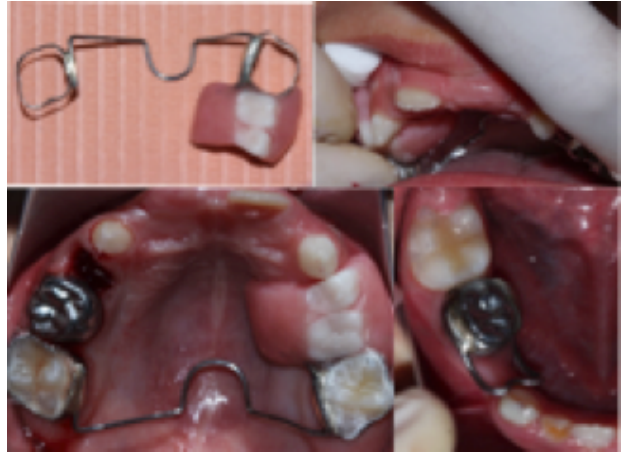


Fotografía lateral izquierda final



Fotografía oclusal final superior.

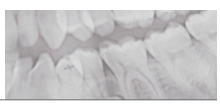
5. Caries temprana de la infancia y su impacto sobre la calidad de vida



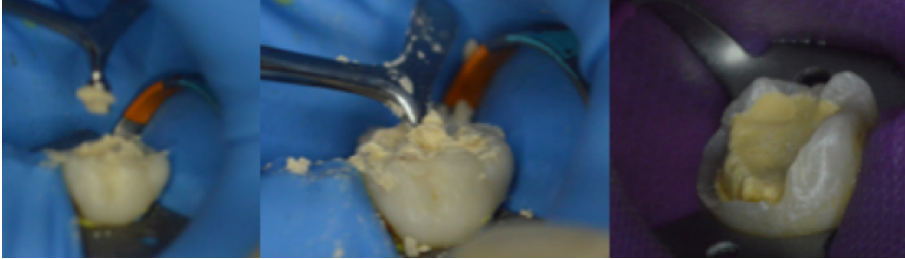
Mantenedores de espacio.
Maxilar superior arco transpalatino con reposición de órganos dentarios. Mandíbula banda y anza.



A) antes. B) después.



6. Restauración indirecta de un molar temporal con tratamiento pulpar



Obturación con Biodentine. Fuente Propia.



Preparación de la restauración y el diente para la cementación. Fuente propia



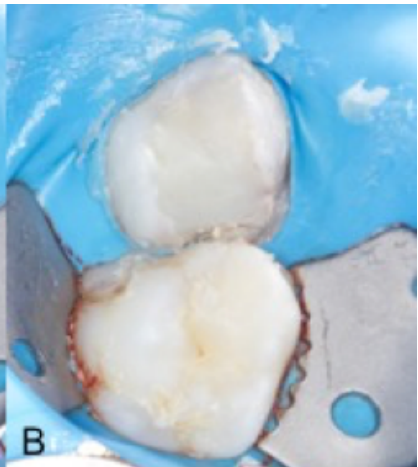
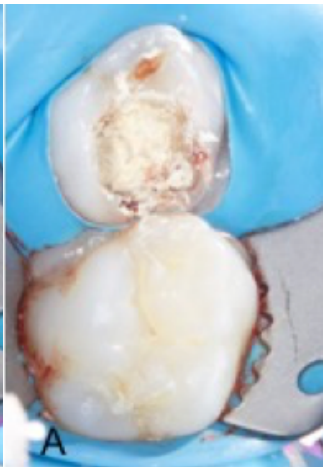
Restauración terminada. Fuente propia.

7 Material Bioactivo como material de obturación en pulpotomía de molar deciduo

Aspecto clínico inicial del O. D. 54.



Apertura de la cavidad.



A. Colocación de MTA. B. Restauración con ionómero Ketac N100.



8. Elaboración de funda de celuloide para diente inferior en paciente pediátrico con fisura palatina



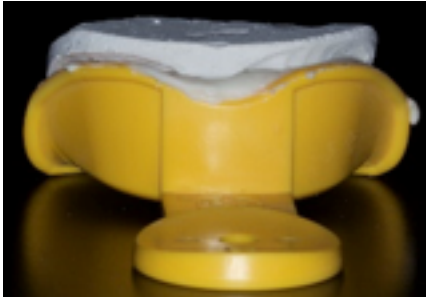
Fotografía Inicial.



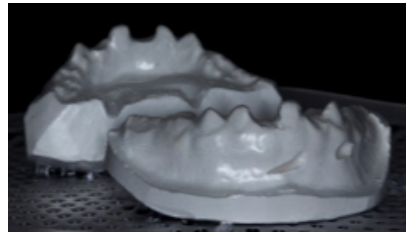
Encerado.



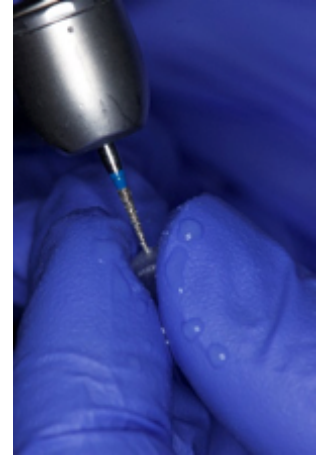
Impresión inicial.



Segunda impresión



Acetato.



Orificio palatino.

Llenado de la funda con ionómero.

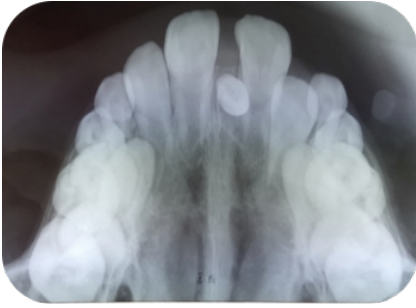


Colocación de funda de celuloide.



Fotografía final

9. Mesiodens



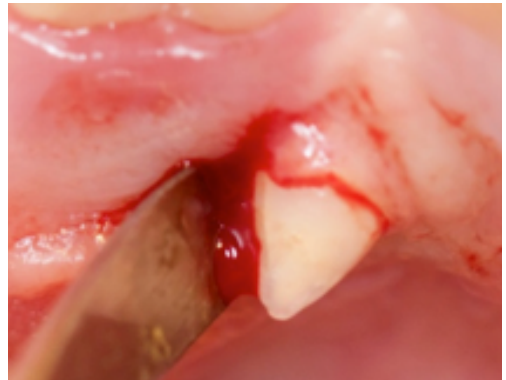
Radiografía oclusal. Se observa presencia de mesiodens. Fuente: propia.



Presencia de cúspide en línea media de paladar duro. Fuente: propia



Infiltración de lidocaína al 2% con epinefrina y aguja extracorta. Técnica nasopalatina.



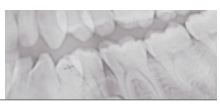
Debridamiento del órgano supernumerario.



Aspecto palatino posterior a la extracción del mesiodens.



Mesiodens extraído



10. Manifestaciones clínicas en paciente pediátrico con síndrome de Down



Fotografía extraoral



Fotografías intraorales

II. Manifestaciones orales del Síndrome de Lennox-Gastaut y Síndrome de West

Aspecto general del paciente con alteraciones ya descritas. Fuente: propia



Fotografías intraorales. Fuente: propia.



12. Calidad de vida y manejo odontológico de un paciente con Síndrome de Turner



Lateral



Frontal.



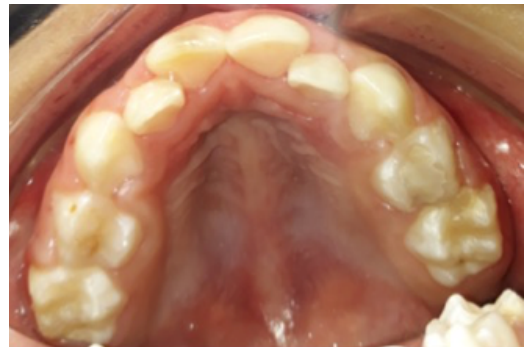
Oclusal inferior inicial.



Oclusal superior inicial.



Oclusal inferior final.

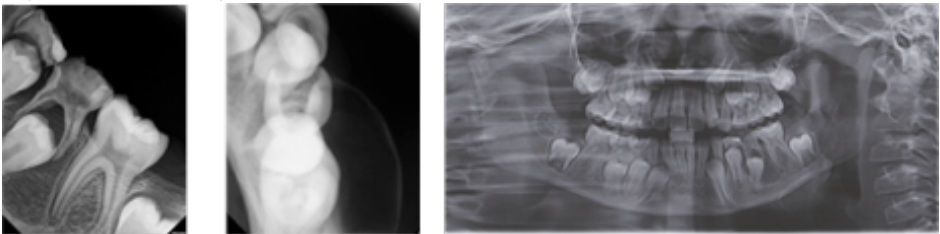


Oclusal superior final

13. Tratamiento conservador de un quiste dentígero en un paciente pediátrico



Exploración intraoral y extraoral.

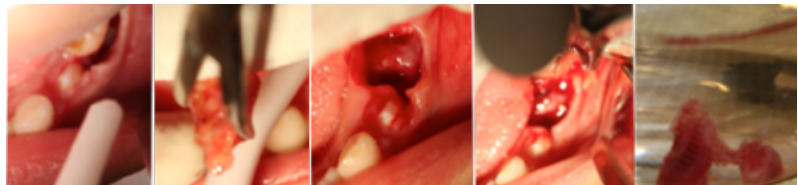


Radiografías de diagnóstico

Exodoncia del órgano dentario 75 y descompresión del quiste, obteniendo el tejido para la biopsia.



Seguimiento de la lesión a tres meses. Radiografía final





14. Rehabilitación integral en paciente pediátrico con caries temprana de la infancia



Extraoral.
Paciente mesocefálico y simétrico.



Final extraoral. Seguimiento a 6 meses.



A. Aspecto de sonrisa inicial. B. Fotografía anterior en oclusión. C. Arcada inferior inicial. D. Arcada superior inicial.



A. Aspecto de sonrisa post-tratamiento. B. Fotografía anterior en oclusión tras colocación de frente estético. C. Arcada inferior final. D. Arcada superior final.



*Casos clínicos en
Odontopediatría*
se terminó de imprimir
en agosto de 2018 en los
talleres de Integra, Arista
2086, Col. Villaseñor,
Guadalajara, Jalisco
33 2200 0850

Hoy estamos cosechando el fruto de poco más de tres años de esfuerzo, de trabajo arduo, de vencer obstáculos y romper paradigmas; gracias a la dedicación de nuestros alumnos y la entrega de los docentes que laboramos en la Especialidad de Odontopediatría de CUAltos, así como el apoyo con el que siempre hemos contado de parte de las autoridades del Centro Universitario, y del Director del Centro de Atención Médico Integral, es que hoy podemos ver plasmado en este libro un poco de lo mucho que la población se ha beneficiado de este posgrado.

Aquí se refleja la tenacidad y la búsqueda incansable por estar a la vanguardia en la apropiación de conocimiento de las técnicas y la manipulación de los nuevos materiales dentales, y la consecuente aplicación en el diseño de planes de tratamiento, con el propósito de mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes, modificando hábitos de higiene y de nutrición.



Centro Universitario de los Altos

ISBN: 978-607-547-380-2



9 786075 473802