

Comunicaciones Pósters

P-1. DIENTES SUPERNUMERARIOS. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Urberuaga Erce M, Izaguirre Mendikute I
*Ambulatorio de Eibar. Guipúzcoa. Osakidetza –
Servicio Vasco de Salud*

Introducción: Los dientes supernumerarios pueden ser diagnosticados mediante exámenes de rutina o también se puede sospechar su presencia cuando exista una falta de erupción de uno o más dientes deciduos o permanentes, o también cuando existe la presencia de un diastema en la región de incisivos centrales superiores.

Los supernumerarios pueden ser únicos o múltiples.

Se presentan en el 0,5% de los niños, siendo más frecuentes en varones.

Cerca del 90% de ellos se presentan en el maxilar superior.

Cuando son localizados en la línea media reciben el nombre de mesiodens. Pero pueden estar en cualquier posición, incluso invertidos. Además pueden estar erupcionados o incluidos.

Su remoción se considera necesaria en las siguientes situaciones:

- Cuando impide la erupción del diente permanente.
- Cuando causa un diastema.
- Cuando genera un quiste dentario.
- Cuando causa una malposición del diente permanente.

La localización correcta del supernumerario es fundamental, no sólo para decidir el momento adecuado de la cirugía, sino también para escoger la mejor vía de acceso quirúrgico. Para ello es imprescindible el estudio radiográfico.

Caso clínico: Se presentan en consulta dos varones gemelos de 5 años, ambos con diastema entre incisivos centrales superiores.

En el caso 1 asoman los dos supernumerarios y se procede a la extracción de ambos.

En el caso 2 asoma sólo un supernumerario y hay otro superpuesto a 11, todavía sin erupcionar. Se proce-

de a la exodoncia del supernumerario, cuyo vértice está erupcionado.

Decidimos esperar un año antes de efectuar la cirugía para la extracción del supernumerario incluido, en principio para mejorar la madurez psicológica del niño y para no entorpecer la erupción del incisivo central. Este supernumerario se encontraba situado por palatino del incisivo central.

Realizaremos controles cada 6 meses para la erupción de los incisivos centrales en ambos hermanos.

Bibliografía

1. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. A text book of oral pathology. 3 ed. Philadelphia: Saunders, 1974. p. 236-84.
2. Grahnen H, Granath L. Numerical variation in primary dentition and their correlation with the permanent dentition. *Odont Rev* 1961; 12: 348.
3. Lepoivre M, Poidatz E. Anomalies dentaires et bucales. Julien Prelat. Paris, 1979.
4. Mjör IA, Fejerskov O. Embriología e histología oral humana. Barcelona: Salvat Editores, 1989.
5. Nadal Valldaura A. Patología dentaria. Barcelona: Ediciones Rondas, 1987.
6. Orban BJ. Histología y embriología bucales. México: La Prensa Médica Mexicana, 1969.
7. Parry R, Iver V. Supernumerary teeth amongst orthodontic patients. *Brit Dent J* 1961; 11: 256.

P-2. MACRI®: UNA ALTERNATIVA PARA LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA AL BEBÉ

Paiva E, Rios H, Ferreira L, Planells P
*Universidad Fernando Pessoa. Oporto, Portugal.
Universidad Complutense. Madrid*

La Academia Americana de Odontopediatría, la Academia Europea de Odontopediatría y la Sociedad Española de Odontopediatría recomiendan la primera visita al odontólogo durante el primer año de vida del niño para la promoción de la salud, evaluación del grado de riesgo y para que se pueda instruir a los padres sobre los cuidados preventivos desde el nacimiento. La atención

al bebé, principalmente en menores de 2 años, es un desafío para el odontopediatra debido a la falta de colaboración del joven paciente, por dificultad de comunicación y por falta de madurez del niño. Los principales motivos para la primera consulta en estas edades son los traumatismos y las caries de la primera infancia. Existen varios métodos posibles para la exploración del bebé como la técnica rodilla-rodilla, el sistema pediátrico de Walter y el sistema *Pap-poose board*. El objetivo de este trabajo es dar a conocer, la Macri®, una camilla diseñada para bebés (90 cm de extensión longitudinal, 45 cm de ancho, 70 cm de altura) que permite un contacto parcial entre padres/niño/profesional. Es la manera más segura y ergonómica de atención odontológica al bebé. Es un sistema co-participativo, facilitando la introducción de las medidas educativas-preventivas, pues los padres participan directa y visualmente del examen y de la atención de sus hijos.

P-3. EFECTO DEL CEPILLADO EN LA MICRODUREZA DE MATERIALES RESTAURADORES USADOS EN ODONTOPEDIATRÍA

Nosàs M, García Godoy F¹, Boj JR, Espasa E
Departamento de Odontopediatría. Universitat de Barcelona. ¹Biomaterials Research Center. NOVA Southeastern University, Florida

Objetivos: Estudiar la microdureza de materiales restauradores usados en odontopediatría tras un cepillado manual cíclico *in vitro* con cepillo y dentífrico infantil durante un periodo simulado de dos años; y evaluar la influencia de la aplicación o no de un barniz de ionómero sobre su superficie.

Material y método: Se analizaron tres cementos de ionómero de vidrio convencionales y dos tipos de cemento de ionómero de vidrio modificado con resina con y sin la aplicación del barniz de ionómero de vidrio. También se incluyeron un compómero y un composite híbrido. El test de desgaste se realizó en la máquina de cepillado cíclico (V-8 Cross-Brushing Machine, Sabri enterprises, Inc. Illinois) y la microdureza se midió con escala Vickers al inicio y después de cada ciclo correspondiente a un año de cepillado (10.000 ciclos).

Resultados: Los datos fueron analizados mediante test ANOVA y test de t-pareada ($p < 0,05$). Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la microdureza de todos los materiales estudiados desde el inicio hasta el primer y segundo ciclo respectivamente; no siendo significativo el cambio entre el primer y el segundo ciclo de cepillado. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas con la aplicación del barniz de ionómero de vidrio.

Conclusiones: La microdureza aumentó después de cada ciclo de cepillado frente al inicio. En los materiales que contienen resina puede ser debido a la abrasión de la capa de oxígeno inhibido y para los ionómeros de vidrio convencionales se podría explicar por una reacción en cadena continuada.

P-4. AUTOTRASPLANTE DENTARIO: EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO

Acosta A, Aznar M, Allakoud S, Rivera A, Casal C
Hospital Sant Joan de Déu. Universidad de Barcelona

Introducción: El autotrasplante es un procedimiento quirúrgico que consiste en la implantación de un diente o germen dentario en un nuevo alveolo receptor del mismo individuo.

Material y método: Estudio longitudinal retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas del Servicio de Ortodoncia del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. La muestra consistió en 10 pacientes (4 hombres y 6 mujeres), con un total de 14 autotrasplantes. En un primer tiempo se valoró indicaciones, pieza dentaria, formación radicular y alveolo receptor. Tras un período medio de seguimiento de 4 años, se analizó el estado periodontal, pulpar y oclusal.

Resultados: Las indicaciones del autotrasplante fueron por agenesia (57,1%), odontodisplasia (21,4%), pérdida por caries (14,2%) y por quiste (7,1%). El 57% de los autotrasplantes eran premolares.

De los doce dientes erupcionados, dos se anquilosaron (uno con menos de 2/3 raíz formada), uno presentó reabsorción radicular por lo que se endodonció y otro presentó vitalidad negativa por conducto obliterado. Dos autotrasplantes no erupcionaron y se exodonciaron (la raíz tenía menos de 2/3 radicular formada).

Conclusión: El mayor porcentaje de éxito se asoció a una mayor formación radicular (2/3) y a un lecho receptor natural.

P-5. VERIFICACIÓN DE LAS PREDICCIONES DE MOYERS Y TANAKA Y JOHNSON EN UNA POBLACIÓN ADULTA JOVEN

Macías A, De la Cruz J, Martínez MJ, Miguez M, Romero M
Universidad Rey Juan Carlos. Madrid

Introducción: Uno de los puntos fundamentales al realizar un análisis de modelos es la medición de la discrepancia óseo-dentaria. En dentición mixta es necesario estimar el tamaño aproximado de bicúspides y caninos permanentes utilizando métodos como el de Moyers y Tanaka y Johnson

Material y método: Se recogieron modelos de 44 adultos con una edad comprendida entre 20 y 30 años, considerándose como criterio de exclusión la persistencia de alguna pieza temporal. En los modelos se midió la suma del material dentario en el sector anteroinferior, en los sectores laterales superiores e inferiores y se diferenciaron por sexos. A continuación, y basándonos, en la suma de la distancia mesio-distal de los cuatro incisivos inferiores, se averiguó la longitud que, según las tablas de Moyers al 75% y las tablas de Tanaka y Johnson, deberían medir la suma de caninos y premolares en cada sector. Se utilizó un paquete estadístico (programa SPSS 12.0 para Windows) y se aplicó el índice de correlación de

Pearson, para ver la correlación entre el tamaño real de las piezas dentarias y el determinado por los distintos métodos de predicción.

Resultados: Se ofrecen los coeficientes de correlación de Pearson para las distintas variables determinando cuáles de las estudiadas son más significativas a la hora de predecir el tamaño de bicúspides y caninos permanentes.

Conclusión: Todos los métodos estudiados ofrecen un alto índice de correlación. El mayor índice se obtuvo con las piezas inferiores.

P-6. DICCIONARIO BREVE PARA UN TRATAMIENTO ODONTOPEDIÁTRICO MÁS FLUIDO DE LOS NIÑOS EMIGRANTES

Del Valle González A, Romero Maroto M, Macías Gago A, Miguez Contreras M, de la Cruz Pérez J
Universidad Rey Juan Carlos. Madrid

Los últimos datos reflejan que la población emigrante en España ha alcanzado, ya, el 8% del total. Los ciudadanos de países latino-americanos representan el mayor número, seguidos de otros de lengua árabe y de los de Europa del Este. El presente trabajo ha pretendido no obviar esta realidad.

La proximidad de un tratamiento dental, a menudo, acarrea cierta tensión en el paciente que se ve incrementada cuando este es un niño, y más si su idioma y cultura son distintos a los nuestros. Todo esto, imposibilita, o al menos dificulta, nuestro acercamiento psicológico.

Hemos pretendido hacer un breve diccionario multilingual con una serie de palabras habituales en terapia bucal, y pretendemos hacerlas llegar al mayor número posible de odontopediatras para que consigan mayor fluidez en la relación dentista-paciente con niños emigrantes. Este pequeño diccionario permitirá, aunque no consiga el entendimiento perfecto, romper ese hielo de desconfianza que, a veces, afecta a las primeras relaciones con los niños y familiares de otros países y culturas.

Para que el diccionario fuera práctico y en nada perdiera su finalidad, pensamos que no debería sobrepasar, por mucho, las veinte palabras. Se ha buscado su traducción en aquellos idiomas en los que era necesario y luego, a través de consultas con ciudadanos extranjeros se ha buscado conocer sus correspondientes fonemas, dado que la comunicación en nuestras consultorios es verbal y no escrita.

Para el caso de emigrantes de Latinoamérica presentamos palabras sinónimas o expresiones que pueden llevar a equívocos; en el resto de los casos es su traducción hablada lo que presentamos.

En color azul resaltamos las palabras o expresiones en español pero de países latinoamericanos; en rojo fonemas de lengua árabe, especificando las usadas en Marruecos por ser la población marroquí la que más nos afecta, pero también otros sonidos árabes que hemos recogido y que pueden ser más familiares a ciertos ciudadanos de estas lenguas; en verde, son los fonemas de idiomas del Este, el ucraniano y el ruso presentan similitudes y diferencias y por tanto las hemos reflejado. De

igual modo ocurre con el polaco, el rumano y otros, y con el fin de no hacer el diccionario más complejo, nos hemos circunscrito al rumano por representar una población muy numerosa y en momento de crecimiento en nuestro país. Aunque popularmente en varios países latinoamericanos se usen otras palabras sinónimas de las aquí estudiadas, se ha considerado innecesario citarlas, pues el entendimiento con esta población de emigrantes no presenta grandes problemas.

Es posible que el póster final obligue, por espacio o por nuestro acceso a nuevos conocimientos, a ligeras modificaciones del diccionario actual.

El póster al que hace referencia esta exposición irá acompañado de unos folletos, que también editaremos y que estarán a disposición de los congresistas, en los que vendrá reproducido el diccionario.

<i>Diente:</i>	Dientú (que tiene los dientes grandes, en R. Dominicana). Essenna (en marroquí). Lashnan. Zuub(p) (en ruso). Dinte (en rumano). Xube (en Ucrania).
<i>Muela:</i>	<i>La expresión "bajarse muela" en Cuba, quiere decir "seducir a una persona".</i> <i>La expresión "darme muela" en R. Dominicana quiere decir "tratar de convencerme".</i> Darsa (en marroquí). Zuub(p) (en ruso). Massá (en rumano). Desna (en Ucrania).
<i>Labio:</i>	Bemba (en Cuba y República Dominicana, p. ej.). La expresión de aquí "morderse los labios" allí es "sujetarse la lengua" (en Cuba). Chemba y Bembe también es sinónimo en R. Dominicana. Bembú (de labios gruesos en R. Dominicana), idem: Bembudo, bembón. Chaffa (en marroquí). Shafaf o showar Hube (en ruso). Gube (en Ucrania). Busse (en rumano).
<i>Paladar:</i>	Paladar o paladares son comedores familiares abiertos al público en Cuba. Halk (en marroquí). Cheruguri (en rumano). Ñobo (en Ucrania).
<i>Encía:</i>	Lham essnan (en marroquí). Gingi (en rumano). Xelepa (en Ucrania).
<i>Lengua:</i>	Lisan (en marroquí). Elshan Yassik (en ruso). Yassek (en Ucrania). Limba (en rumano).
<i>Dentista:</i>	Sacamuélas (en varios países latinoamericanos) Tabib el asan (en marroquí). Dentist/a (en rumano). Estomatolog (en Ucrania).
<i>Caries:</i>	Carie (en Cuba y en otros países latinoamericanos). Dientes picaos (en R. Dominicana). Assousa (en marroquí). Carie (en rumano). Carie (en Ucrania).
<i>Nervio:</i>	Erk (en marroquí). Nervio (en Ucrania), Nerv (en rumano).

<i>Abre:</i>	Houll (en marroquí). Otrich (en Ucrania), Desquide (en rumano).
<i>Cierra:</i>	Choudd (en marroquí). Xacrich (en Ucrania), Enquide (en rumano).
<i>Dolor</i> (de muelas):	Waje eddras (en marroquí). Wayadons el ajed Umiña balit zoop (en ruso). Dor de massá o Durere (en rumano). Volit (en Ucrania).
<i>Colmillo:</i>	Nib ou nab (en marroquí, si es superior o infe- rior). Canino (en rumano). Clek glas noi (en Ucran- ia, el colmillo superior).
<i>Boca:</i>	Pico (en Cuba). Foumm (en marroquí). Rot (en ruso). Rot (en Ucrania). Gura (en rumano).
<i>Empaste:</i>	Emplomadura o tapadura (en Argentina). "Empastar" en Argentina o Chile se puede entender por "hincharse el vientre de gases", también "sembrar un terreno de hierbas". Aghcha dessnan (en marroquí). Plomba (en rumano). Plomba (en Ucrania).
<i>Anestesia:</i>	Meskar (en marroquí). Anestesia o narkos (en Ucrania). Anestesia (en rumano).
<i>Extracción</i> (del diente):	Haiid eddarsa (en marroquí). Extraccio (en rumano). Udalach (en Ucrania).
<i>Dientes de leche:</i>	Snan del Lib. (en marroquí). Lashman shagira Diente de latte (en Rumanía). Molochnei sub (en Ucrania).
<i>Ortodoncia:</i>	Tarkib essnan (en marroquí).
<i>Lavar los dientes:</i>	Espelat pedino (en rumano).

Bibliografía

1. Diccionario de Uso del Español en América y España, VOX. Barcelona: Editorial Spes SL, 2002.
2. Haensch G, Werner R. Nuevo diccionario de Americanismos. Santa Fe de Bogotá: Ed. Instituto Caro y Cuervo, 1993.
3. Diccionario práctico de americanismos. León: Ed. Everest, 1997.
4. Arcos de la Cruz MA. Diccionario Temático: Americanismos. Madrid: Ed. Everest DL, Madrid, 1980.
5. Corriente Córdoba F. Diccionario Español-Árabe. Barcelona: Editorial Herder, 1988.
6. Diccionario simultáneo en 21 idiomas. Barcelona: Editorial Dis-
tein DL, 1977.

P-7. LESIONES POSTANESTESIA EN TEJIDOS BLANDOS

Cortés Suárez R, Martín Molina L, Troyano Martínez M, Cerdán Gómez F, Martín Olivera E
Departamento de Odontostomatología. Hospital Infantil San Rafael. Madrid

Introducción: La administración de anestesia local permite realizar el tratamiento odontológico en los niños sin molestias. Requiere de un conocimiento adecuado de las diferencias anatómicas y fisiológicas del

paciente infantil, en cuanto a las estructuras bucales y de un manejo cuidadoso del mismo.

La complicación mas usual es una úlcera traumática postanestésica por mordisqueo del labio, lengua o superficies internas de las mejillas.

Es necesario dar instrucciones claras a los padres y al niño para los cuidados de la zona anestesiada y así evitar este tipo de lesiones:

—No dar de comer inmediatamente.

—Evitar alimentos calientes mientras persiste el efecto anestésico.

—Evitar la manipulación y el mordisqueo de la zona anestesiada.

Cuando se producen, en la mayoría de de las ocasiones los padres pueden creer que son lesiones provocadas por el odontólogo.

El índice de prevalencia oscila entre el 1-7% de los pacientes infantiles.

Objetivos: Hacer un diagnostico diferencial con otro tipo de lesiones como son las quemaduras.

Conclusión: A pesar de que cada vez son más los profesionales que advierten del peligro de morderse tras la administración de anestesia local, todavía siguen siendo muy frecuentes este tipo de lesiones y más aún en el paciente infantil.

Es importante hacer un diagnostico diferencial con otro tipo de lesiones como las quemaduras por ácido o por calentamiento excesivo del material rotatorio, por el bienestar del paciente y por las implicaciones legales que puedan ocasionar al odontólogo.

P-8. MANIFESTACIONES ORALES EN LA DISÓSTOSIS CLEIDOCRANEAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Bermejo Jorge M, Correa Rancel H, Méndez Zunino M, Cerdán Gómez F, Martín Olivera E
Departamento de Odontopediatría. Hospital San Rafael. Madrid

La disóstosis cleidocraneal es un síndrome de etiología desconocida que suele transmitirse con carácter autosómico dominante y que afecta a hombres y mujeres con igual frecuencia.

Se manifiesta clínicamente con: talla baja, aplasia clavicular, retraso en la osificación de las fontanelas y suturas de la bóveda craneal, retraso en la erupción y presencia de dientes supernumerarios.

Presentamos el caso clínico de un niño de 6 años de edad con disóstosis cleidocraneal diagnosticada, que acudió al departamento de Odontopediatría del Hospital San Rafael de Madrid para consulta odontológica. Tras un examen clínico y radiográfico, se observó la presencia de 4 dientes supernumerarios con el consecuente retraso eruptivo.

Gracias a la fluida comunicación entre los departamentos de Odontopediatría, Ortodoncia y Cirugía Maxilofacial, se está realizando un tratamiento odontológico integral que busca la restauración funcional y estética del paciente.