

Comunicaciones Pósteres

CARIOLOGÍA/EPIDEMIOLOGÍA/ ODONTOLOGÍA PREVENTIVA

1. PREVALENCIA DE CARIES DENTAL EN ESCOLARES DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE DÉNIA DE 2003 A 2014

Adam Llopis MI¹, Goig de la Concepción A¹,
Martínez Mañas A¹, Lloréns Ivorra C²

¹Hospital de Dénia. Alicante. ²Centro de Salud Pública
Dénia. Alicante

Introducción: La caries dental es la enfermedad crónica más frecuente en la infancia y puede ocasionar graves problemas en la salud en general, es una enfermedad infecciosa y transmisible de origen multifactorial en la que intervienen características del huésped (saliva y esmalte dental), de la flora bucal (placa bacteriana) y del sustrato sobre el que esta se desarrolla (higiene oral y dieta). En la Comunidad Valenciana (CV) se realizan exploraciones buco-dentales anuales en los colegios, a escolares de 5-6 años, desde que comenzó el programa de Salud Buco-Dental.

Objetivo: El objetivo de este trabajo es medir la prevalencia de caries, tanto en dentición temporal como en permanente, en escolares de 5-6 años en el Departamento de Salud de Dénia desde el año 2003.

Material y métodos: Se han recopilado los datos de las revisiones buco-dentales realizadas por la Unidad Odontología Preventiva (UOP) del Departamento de Salud de Dénia desde el año 2003 al 2014 en todos los centros docentes de dicho departamento. Las exploraciones han sido realizadas por las higienistas y/o por los odontólogos de la UOP, a primera hora de la mañana para evitar los restos de alimentos del almuerzo. Los recursos materiales utilizados son un espejo de exploración estéril por cada escolar, guantes de nitrilo, mascarilla, una linterna y hojas de registro. Se busca una zona con luz natural en el centro docente para obtener una mejor visión durante la exploración.

Resultados: Se han reunido los datos desde 2003 hasta 2014, siendo el total de escolares explorados de 15.552 (n = 15.552). La prevalencia de caries en dentición temporal se encuentra entre 25,26 y 35,8% oscilando estas cifras dependiendo del año sin seguir un patrón de aumento o de descenso y en dentición permanente entre 0,37 y 5,02% descendiendo en los últimos años. En cambio en el último estudio epidemiológico realizado en la CV en el año 2010 la prevalencia de caries en dentición temporal es de 30,0% y de permanente es de 5%.

Conclusiones: La prevalencia de caries sigue siendo elevada en dentición temporal, aunque está dentro de los índices

de la CV. La intervención se debería enfocar en la prevención a edades más tempranas y realizarse la revisión escolar el primer año de escolarización a los 3 años de edad.

2. ETIOLOGÍA DE LA HIPOMINERALIZACIÓN INCISIVO MOLAR: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Almerich Torres T, Bellot Arcés C,
Montiel Company JM, Catalá Pizarro M,
Almerich Silla JM

Departamento de Estomatología. Universitat de València.
Valencia

Introducción: La prevalencia de MIH (*Molar Incisor Hypomineralization*) ha aumentado notablemente en los últimos años entre la población infantil, en particular en los países europeos. Sin embargo, la presencia de estudios con metodologías adecuadas que nos permitan extraer conclusiones fiables sobre su etiología, prevención y control es escasa.

Objetivo: El objetivo de esta investigación fue realizar una revisión sistemática de la literatura publicada en los últimos 15 años, así como evaluar el grado de fiabilidad y calidad de la evidencia de dichas publicaciones.

Método: Se realizó una búsqueda bibliográfica *online* en diversas bases de datos (Medline, Embase, Scopus y WOS), mediante la combinación de 6 MeshTerms: “molar incisor hypomineralization”, “etiology”/“aetiology”, “dental caries”, “dental fluorosis”, “amoxicillin” and “MIH”. Se exploraron todas las posibles combinaciones entre dichas palabras. Dos revisores independientes evaluaron los títulos y abstracts de todos los artículos acordando cuáles serían incluidos y cuáles descartados. Posteriormente se estudiaron en profundidad y se valoró la calidad de su evidencia mediante un sistema de “check list” desarrollado por los autores, en base a los criterios Strobe.

Resultados: De 165 publicaciones encontradas, finalmente se seleccionaron 25. Tras la revisión de estas, no se ha encontrado conclusiones firmes que aclaren la etiología del MIH en el momento actual. El nivel de evidencia de las publicaciones al respecto es bajo en cuanto a metodología y no todos los estudios son específicos para MIH. Infecciones, tratamientos farmacológicos para las mismas y condiciones relacionadas con la nutrición en los 3 primeros años de vida, son las variables más repetidas en las publicaciones como posibles factores etiológicos o de riesgo para el desarrollo de MIH.

Conclusiones: El nivel de evidencia actual entorno a la etiología del MIH es escaso tanto en número como en calidad de publicaciones. Son necesarias nuevas investigaciones, preferiblemente de carácter prospectivo, que especifiquen mejor

la identificación del MIH y que sigan protocolos estandarizados y de fácil reproductibilidad.

Financiación: El presente estudio ha sido realizado dentro del proyecto PI12/02570 financiado por el PN de I+D+I 2008-2011 y el ISCIII-Subdirección General de Evaluación y Fomento de la investigación, cofinanciado por el FEDER.

3. EDUCACIÓN EN SALUD ORAL PARA EMBARAZADAS Y BEBÉS

Castejón Navas I¹, Magan Sánchez R¹, Alfaro Alfaro A², Austro MD¹, Cortés Lillo O¹

¹Universidad de Murcia. Murcia. ²USBD Albacete. Albacete

Introducción: De todos es sabido que en la mujer embarazada se pueden producir cambios orales tanto fisiológicos como patológicos, y que estos cambios tienen relación con la salud sistémica de la madre y del bebé.

Objetivo: El objetivo de este trabajo ha sido explorar los conocimientos y actitudes de las embarazadas frente a su salud oral, la del recién nacido y la del niño y adolescente, así como valorar la patología dental y la de tejidos blandos.

Metodología: El estudio se llevó a cabo en una USBD del SESCAM de Albacete durante diez años y se realizó previo consentimiento de todas las embarazadas que acudieron al programa de atención a las mismas.

Resultados: En los resultados presentamos la evolución en los conocimientos sobre salud oral a lo largo del embarazo, el aumento de motivación de las madres y la disminución de hábitos inductores de patología oral en los niños 0-6 años.

Conclusión: Como conclusión decir que la creación del programa de prevención de patología oral en las embarazadas en esta USBD ha supuesto un éxito a juzgar por las embarazadas y el personal que las ha atendido.

4. PREVALENCIA DE LA HIPOMINERALIZACIÓN INCISIVO MOLAR (MIH). REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Gascón Balaguer A, Sanchís Fores C, Armengol Olivares A, López Velasco A, Hueso Valladolid E

Universidad Católica de Valencia. Valencia

Introducción: La hipomineralización incisivo molar (MIH) es una alteración cualitativa del esmalte de origen sistémico y de etiología aún desconocida que afecta a los primeros molares permanentes pudiendo estar comprometidos, también, los incisivos permanentes. La prevalencia en la literatura varía de 2,8 a 40,2% en la población infantil mundial. En los países europeos en los últimos diez años, tras la disminución de la prevalencia de la caries en los niños, ha aumentado el interés por la inves-

tigación de los defectos en el desarrollo del esmalte, que ha ido creciendo sobre todo en la hipocalcificación del esmalte.

Objetivos: Realizar una revisión bibliográfica y actualización de la prevalencia de la hipomineralización incisivo molar.

Metodología: Se realizó una búsqueda en las bases de datos EBSCO, PUBMED, Google Academic y WOS de la literatura publicada entre los años 2003 y 2014, utilizando las palabras clave: “hipomineralization tooth”, “MIH” “molar”, “incisor” y “dentistry”.

Resultados: Un total de 64 artículos fueron encontrados, de los cuales fueron utilizados 28. Los criterios de elección fueron los más actuales y aquellos que trataban sobre prevalencia. *Análisis:* las tasas notificadas en Europa varían de 3,6% a 37,5%; en España tenemos una prevalencia de 7,94% en Barcelona registrada por Hernández y cols. en 2004, menor que la registrada por Martínez y cols. en 2012. Menos estudios se han llevado a cabo fuera de Europa, aunque los que lo hacen muestran una prevalencia muy baja como en Hong Kong (2,8%), Libia (2,9%) y muy altas en Brasil (40,2%). La prevalencia de esta alteración es variable a nivel mundial, situación explicada en parte porque los estudios no consideran las mismas edades de los pacientes, o porque los criterios diagnósticos o de inclusión de pacientes son diferentes.

Conclusiones: La prevalencia de la hipomineralización incisivo molar tiene gran variabilidad entre los diferentes estudios, sin embargo, llama la atención el aumento de esta entidad alrededor de todo el mundo. El MIH es una condición mundialmente aceptada, sin embargo, hacen falta actualizar algunos criterios diagnósticos para estandarizar las bases de las nuevas investigaciones.

5. CEPILLOS MANUALES VS. CEPILLOS ELÉCTRICOS. ¿ELEGISTE LA MEJOR OPCIÓN PARA LA HIGIENE ORAL DE TU HIJO?

Gasia Pérez MM, Castro Pérez A, Bartolomé Villar B, Albero Romano G, Beltri Orta P

Madrid

Introducción: Se llama control de placa a la remoción diaria de la placa bacteriana, lo que impide su acumulación sobre las superficies dentarias o zonas gingivales adyacentes. Eficazmente realizado previene la aparición de gingivitis, resuelve sus estadios incipientes y retarda la formación de cálculo.

La enseñanza al paciente sobre qué es la placa dental y cómo se la puede eliminar es uno de los pasos fundamentales de todo tratamiento odontológico. Para ello se pueden usar sustancias relevantes que colorean la placa bacteriana, y la hacen fácilmente visible.

El control de placa es parte fundamental en la prevención y el éxito de cualquier tratamiento odontológico.

Se entiende como cepillado dental eficaz la eliminación mecánica de la placa supragingival y subgingival llevada a cabo en el

ámbito doméstico por el propio individuo o, si sus capacidades psicomotoras están limitadas, por los cuidadores del mismo.

Hay diferentes tipos de cepillos y diferentes técnicas para realizar el cepillado dental.

La Federación Dental Internacional ha establecido que no hay una técnica mejor que otra para el cepillado dental personal. “No hay una técnica ideal para el cepillado dental” la mejor técnica de cepillado es la que cada persona desarrolla para lograr lo más importante, que es la eliminación total de la placa bacteriana.

Objetivo: La finalidad principal de este estudio fue comparar la eficacia en la disminución del índice de placa mediante el uso de cepillos dentales manuales y eléctricos en niños en edad escolar.

Materiales y métodos: El tipo de cepillo dental (manual o eléctrico) se evaluó mediante la anamnesis a los padres a través de la historia clínica de los pacientes en edad escolar que asistieron a la clínica odontológica.

A continuación se evaluó clínicamente la presencia de placa bacteriana mediante un revelador de placa tricolor. Este revelador de placa permite identificar la placa reciente (color rosa), placa de más de 48 horas (color azul o púrpura) y la placa madura y con fuerte producción ácida (color azul claro).

Resultados: En el estudio se observó que el cepillo manual fue el más utilizado por los pacientes en comparación al eléctrico. No se han encontrado diferencias significativas y por ende no se ha podido determinar cuál de los dos es más efectivo.

Conclusiones: Por los resultados de este estudio se puede concluir que tanto los cepillos dentales manuales como los eléctricos poseen una eficacia similar si se usan correctamente.

6. CARIES DE PRIMERA INFANCIA: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LAS CAUSAS, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Ghabani MK, Ferro MJ, Traver Ferrando C, Marín F
Universidad Católica de Valencia. Valencia

Introducción: Caries de primera infancia (CPI) es una enfermedad infecciosa que puede aparecer en edades muy tempranas y representa un grave problema de salud pública. CPI puede ser una forma virulenta de la caries, comenzando poco después de la erupción dental, desarrollándose en superficies lisas, progresando rápidamente, con impacto negativo duradero en las denticiones primarias y permanentes. La relación entre la lactancia materna y CPI probablemente sea compleja y confusa por muchas variables intervinientes como *Streptococcus mutans*, hipoplasia del esmalte, la ingesta de azúcares, así como variables sociales, como la educación de los padres y el nivel socioeconómico. Los dientes cariados requieren tratamiento profesional para eliminar los focos de infección; restaurar la estabilidad funcional dentaria; y mejorar los aspectos estéticos y fonéticos de los niños afectados.

Objetivo: Describir las características epidemiológicas, clínicas de la CPI. Analizar los factores de riesgos perti-

nentes; actualizar los métodos de prevención y tratamiento posibles.

Material y método: Se realizó una revisión de bibliografía utilizando Medline-PubMed como repositorio electrónico, limitando la búsqueda de artículos en idioma inglés o castellano, publicados en revistas odontológicas y en un margen de tiempo de los últimos 10 años.

Resultados: Con estos criterios se recuperaron 17 artículos de los que se procedió a leer el resumen seleccionando exclusivamente los que analizaban CPI, su etiología, influencia del tipo de lactancia y la aplicación del flúor, excluyendo los artículos no accesibles.

Conclusiones: CPI es una enfermedad incrementada últimamente y pasa sin tratamiento en niños de edad preescolar. Se aceptan como indicadores de riesgo importantes la exposición excesiva de fluoruro, el consumo de alimentos azucarados, un bajo nivel socioeconómico familiar, biopelícula visible en dientes, conocimientos de familia sobre CPI, y los niveles de *Streptococcus mutans*.

7. LACTANCIA MATERNA: BENEFICIOS Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA CARIES DE APARICIÓN TEMPRANA

Hueso Valladolid E, Fernández Mafé M, Marín Sanz F, Ferro de Farisato MJ, Sanchís Forés C
Universidad Católica de Valencia. Valencia

Introducción: La lactancia materna es uno de los mejores hábitos que la madre puede ofrecer al recién nacido, ya que favorece el desarrollo de las estructuras orofaciales. La correlación entre la lactancia materna prolongada y la caries de aparición temprana es un tema de gran controversia, ya que la caries es de origen multifactorial y no se puede asociar a un solo factor.

Objetivos: Revisar la literatura acerca de los beneficios de la lactancia materna en el lactante. Analizar la correlación que existe entre la lactancia materna y los factores de riesgo en la caries de aparición temprana. Advertir de la importancia de integrar medidas preventivas en el control de la caries de aparición temprana.

Metodología: Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed y EBSCO, delimitando entre los años 2009-2014. Utilizando las palabras clave: “breastfeeding”, “lactation”, “dental caries”, “early childhood caries”.

Resultados y análisis: La Academia Americana de Pediatría establece que la lactancia materna exclusiva es la nutrición ideal durante los 6 primeros meses de vida. Reconoce que podría existir un riesgo potencial de caries en niños con lactancia materna expuestos a una alimentación repetitiva y prolongada con carbohidratos fermentables y sin higiene oral adecuada. Sin embargo, la Asociación Española de Pediatría afirma que no existe evidencia científica para demostrar la relación entre la lactancia materna y caries de aparición temprana.

Algunos autores afirman que la lactancia prolongada, a demanda y por la noche, es una de las principales causas de caries en la infancia, existiendo otros factores como: la dieta, la higiene y la educación recibida. Argumentan fomentar la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida, desaconsejando la lactancia materna nocturna después de la erupción del primer diente.

Conclusiones: Se puede concluir que existe consenso entre los muchos y diversos beneficios que aporta la lactancia materna.

La lactancia materna prolongada, a demanda y nocturna, es una de las principales causas de la aparición de caries. La duración y el momento parecen ser los factores decisivos, siendo de gran importancia también factores como la dieta, la educación acerca de la salud bucal y la higiene. Sin embargo, no existe unanimidad sobre el papel de la lactancia materna en la caries de aparición temprana.

Se debe advertir de la importancia de acudir al odontopediatra durante el primer año de vida para ofrecer información a los padres sobre pautas preventivas.

8. ESTADO DE SALUD ORAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIABETES MELLITUS TIPO I

López MC, Pereda AP, Albero RG, Albajara VL, López MA

Universidad Europea de Madrid. Madrid

Introducción: La diabetes mellitus (DM) es un desorden metabólico caracterizado por una hiperglucemia crónica debida a la resistencia periférica a la insulina, disfunción secretora de esta hormona o ambas. Lo cual produce alteraciones en el metabolismo de carbohidratos, lípidos y proteínas. El aumento sostenido de altas concentraciones sanguíneas de glucosa genera disminución del flujo salival, disminución de la respuesta vascular periférica lo que favorece el acúmulo de placa bacteriana y la formación de sarro. También se le atribuye el desarrollo de caries, halitosis, xerostomía y enfermedad periodontal.

El paciente diabético presenta ciertas características que le confieren alto riesgo de padecer manifestaciones en la cavidad bucal.

Objetivos: Determinar la prevalencia de caries, acúmulo de placa bacteriana, gingivitis, periodontitis, xerostomía y halitosis en pacientes pediátricos con diabetes mellitus tipo I.

Metodología: Para el estudio nos hemos basado en una búsqueda bibliográfica de los últimos 6 años. El material bibliográfico lo constituyen libros de texto, tesis doctorales, artículos encontrados a través del servicio de búsqueda PubMed, Medline y Google académico, siendo las palabras claves: diabetes mellitus tipo 1, diabetes juvenil, caries dental, higiene oral, glucosa salival y xerostomía.

Como criterios de inclusión seleccionamos los estudios de pacientes con diabetes mellitus tipo 1 sin otras patologías y con edades comprendidas entre los 3 y 15 años. Se excluyeron estudios con pacientes mayores de 16 años y con otras

patologías asociadas como enfermedades cardiovasculares, obesidad y tabaquismo.

Resultados: Se obtuvieron 118 artículos en los buscadores anteriormente mencionados de los cuales 24 fueron seleccionados para hacer la revisión.

Conclusiones: En base a los resultados obtenidos los pacientes diabéticos presentan alta incidencia de lesiones bucales, prevaleciendo una relación altamente significativa entre la periodontitis, gingivitis y la caries dental. Estas manifestaciones resultan importantes para el conocimiento del odontólogo y deben ser tomadas en cuenta al momento de realizar el diagnóstico y tratamiento odontológico apropiado del paciente diabético.

9. ACTUALIZACIÓN ANTE LA ERUPCIÓN DENTARIA DECIDUA: DISTINTAS MEDIDAS A TOMAR

Navarro Garrido S, Hernández Fernández A, Fernández Miñano E, Germán Cecilia C, Martínez Hernández E

Universidad de Murcia. Murcia

Introducción: La dentición temporal o decidua erupciona en términos generales entre los seis meses y tres años de edad. Este proceso fisiológico desencadena tanto sintomatología general como local. Entre los síntomas sistémicos se encuentran fiebre, gastroenteritis e irritaciones cutáneas. Las patologías locales incluyen babeo, dolor y prurito.

Esto ha provocado que la erupción dental sea objeto de estudio por múltiples autores, ya que cada vez es más común atender en la consulta bebés con picos febriles, cuadros de gastroenteritis u otros problemas, que los padres asocian a la aparición de los dientes “de leche”.

Las manifestaciones durante la erupción dentaria temporal constituyen un reto actual que demanda un adecuado manejo y seguimiento tanto médico, como odontológico y familiar.

Objetivo: El trabajo que vamos a desarrollar tiene como objetivo exponer los síntomas y manifestaciones propios de la erupción dentaria en los bebés, así como los medios paliativos que podemos utilizar durante este período como: mordedores, geles para el babeo y homeopatía.

Metodología: Para el desarrollo de este tema se ha realizado una revisión bibliográfica a través de una búsqueda en base de datos electrónicos (PubMed/Medline, Google Academics y Web of Sciences) de artículos publicados en los últimos 15 años. Se utilizaron palabras clave como “deciduous tooth”/ “primaryteeth”/ “Síntomas erupción”/ “dentición temporal”/ “deciduous teeth manifestation” “eruption treatment”, con el fin de hacer una revisión bibliográfica sobre este tema.

Resultados: Se han encontrado 43 artículos relacionados con la erupción dentaria y sus consecuencias. Las principales manifestaciones de este proceso son: fiebre, gastroenteritis, irritaciones dérmicas, babeo; y como tratamiento para estos síntomas se utilizan principalmente los productos homeopáticos, mordedores, frío y geles, como productos paliativos.

Conclusión: El conocimiento de las manifestaciones de la erupción dentaria temporal es fundamental para el odontopediatra. El brote dentario deciduo requiere de una atención y manejo adecuado, para ello resulta importante la orientación familiar sobre el uso de medidas naturales como el frío, el uso de mordedores, geles y algún tipo de medicación tanto analgésica como homeopática que ayudan a paliar esos síntomas.

10. ACTUALIZACIÓN DE LA EDAD DE ERUPCIÓN DEL PRIMER DIENTE EN UNA POBLACIÓN DE 120 NIÑOS

Pérez Pardo A¹, Alcaina Lorente MA¹, Jiménez Rejon S², Fernández Miñano E¹, Hernández Fernández A¹

¹Universidad de Murcia. Murcia. ²Centro de Salud La Unión. Área 2 de Cartagena. Cartagena, Murcia

Introducción: Durante el crecimiento del niño la aparición y el desarrollo de los primeros dientes son de los aspectos más fáciles de observar y mantener un seguimiento. La erupción dentaria es el movimiento del diente desde su inicio en el proceso alveolar, hasta que alcanza una posición funcional dentro de la cavidad oral, estando íntimamente relacionado con el crecimiento de los maxilares. Según la literatura tomamos como la cronología eruptiva más frecuente, que los primeros dientes temporales son los incisivos centrales inferiores en un intervalo temporal de los 6 a los 8 meses. A pesar de ello, son muchos los factores que pueden inducir alteraciones a esta cronología determinada tales como el sexo, la raza, el peso, la talla, algunos trastornos sistémicos, el nivel socioeconómico o los hábitos o duración de la lactancia entre otros.

Objetivos: Determinar la edad de erupción del primer diente temporal en una población infantil y comparar entre la muestra de estudio qué diente erupciona primero.

Material y método: Se diseñó un estudio descriptivo transversal con una población de 120 pacientes pediátricos, 56 niños y 64 niñas, de edad comprendida entre 0 y 12 meses, que acudieron al centro de salud del área 2 de Cartagena. La recogida de datos se realizó por una pediatra en las revisiones correspondientes a los cero, dos, cuatro, seis, ocho y doce meses, anotando en su ficha clínica la fecha de erupción del primer diente.

Resultados: De los casos revisados en este estudio, de 0 a 2 meses, existe un 1% de erupción. Entre 3 y 4 meses, en un 12% erupciona el primer diente. Entre los 5 y 6 meses, el 43% erupcionan. Entre los 7 y 8 meses, el 17% erupcionan. Entre los 9 y 10 meses, erupcionan el 20%, y entre los 11 y 12 meses, solo en un 5% erupciona el primer diente.

Conclusiones: El proceso de la erupción dentaria varía mucho de unos casos a otros. Existe variabilidad en la cronología y secuencia de erupción de los primeros dientes. Serían necesarios más estudios para determinar la causa exacta de la erupción dental, ya que puede haber muchos factores implicados.

11. DESCONOCIMIENTO DE LOS ALIMENTOS CARIOGÉNICOS EN UNA MUESTRA DE POBLACIÓN ESPAÑOLA

Pérez Rodríguez AJ, Semisa A, Costa Ferrer F, López de la Hoz MA, López C

Universidad Europea de Madrid. Madrid

Introducción: Se realizó un estudio, el cual se cumplimentó con una revisión bibliográfica de la literatura existente sobre el tema a tratar, para obtener información sobre el tipo de dieta consumida por pacientes pediátricos y de esta manera identificar y resumir los alimentos cariogénicos con una ingesta más frecuente. En el presente estudio se realizaron una serie de encuestas a los padres sobre qué alimentos consideraban que influían en la aparición de caries y cuáles no.

Objetivos: Valorar el desconocimiento de una muestra de población española en referencia a qué alimentos presentan un mayor riesgo cariogénico.

Material y método: Examinamos a pacientes pediátricos con edades comprendidas entre los 2 a los 14 años. Pedimos a los padres que rellenen una hoja de dieta la cual nos es entregada en una segunda cita.

Además elaboramos una encuesta con el fin de determinar los alimentos más frecuentemente consumidos en la cual los padres responden que alimentos les parecen que provocan caries y cuáles no.

Resultados: Observamos que la conducta responsable de esta salud oral es la ingesta repetida de azúcares, muchos de ellos desconocidos por parte del paciente y de sus padres.

Conclusión: La caries de aparición temprana es en gran medida atribuible a la falta de conocimiento por parte de los progenitores sobre qué alimentos presentan un menor índice cariogénico.

12. DIENTE DE TURNER. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y SU TRATAMIENTO CON MÍNIMA INTERVENCIÓN

Sandoval-Peñuelas S, Herrera-Gutiérrez B, Pacheco-Santiesteban R, Estrada-Macías M

Universidad Autónoma de Chihuahua. México

Introducción: El diente de Turner se define como un defecto localizado de la superficie del esmalte caracterizado por hipoplasia y/o hipocalcificación. Afecta exclusivamente la dentición permanente, atribuyendo como factor etiológico procesos inflamatorios o traumáticos en la dentición temporal, ejemplo de estos son: la presencia de fragmentos radiculares retenidos con focos infecciosos, extracción traumática de dientes anquilosados y fracasos de tratamientos pulpares durante el desarrollo temprano de la corona de su sucesor. Este tipo de hipoplasia se produce cuando existe una mayor destrucción local de los ameloblastos que determina el depósito de un material tipo cemento acelular, por efecto metaplásico, sobre la corona dentaria. El tratamiento puede abordarse

en dos momentos diferentes del desarrollo del niño realizando un tratamiento preventivo o un tratamiento curativo.

Objetivo: Mostrar el tratamiento de un diente de Turner con mínima intervención en un paciente adolescente.

Caso clínico: Paciente masculino de 12 años de edad quien acude a la Clínica de Estomatología Pediátrica de la UACH por sensibilidad en órgano dental 35, sin necesidad de ingesta de analgésicos. Al examen intraoral se observa dicho órgano dental estructuralmente afectado. A la exploración se observa pieza dental 35 hipoplásica, tipo IV según la clasificación Silberman. Dentro de los antecedentes de importancia para el padecimiento actual, refiere que hace 4 años se le realizó una pulpotomía y corona de acero cromo en órgano dental 75. Refiere sensibilidad en pieza dental 35 al aire, con ingesta de alimentos fríos y chocolate. Se inicia tratamiento por fases: con el objetivo de eliminar la sensibilidad se realiza remineralización con pasta tópica con calcio y fosfato bio-disponibles durante 10 minutos, el paciente menciona que de manera inmediata sintió disminución de sensibilidad excesiva. Se da la indicación al paciente de utilizar la pasta tópica en casa después del cepillado 2 veces al día, durante 15 días. La segunda fase del tratamiento consistió en la colocación de ionómero de vidrio tipo II durante 3 meses. La tercera fase es la reconstrucción con resina fotocurable devolviendo al diente su función y estética.

Conclusión: Gracias al desarrollo de nuevos biomateriales es posible rehabilitar de forma mínimamente invasiva, con resultados inmediatos y a largo plazo sin comprometer más estructura dental, disminuyendo e incluso aboliendo la sintomatología como el dolor o sensibilidad dental, mejorando el pronóstico, disminuyendo secuelas y ofreciendo mejores resultados estéticos.

13. RELACIÓN ENTRE EL pH SALIVAL Y LA APARICIÓN DE LA CARIES

Semisa A, Pérez AJ, Alonso Y, Albero G, Chung Leng I

Introducción: La caries dental es una enfermedad en cuya causalidad intervienen múltiples variables, directamente e indirectamente relacionadas entre sí.

Se considera que la saliva es el factor de mayor importancia en el medio bucal, previene la desmineralización del esmalte porque contiene calcio, fosfato y flúor, además de agentes buffer; es esencial en el balance ácido-base de la placa.

Las bacterias acidogénicas de la placa dental metabolizan rápidamente a los carbohidratos obteniendo ácido como producto final, el resultado es un cambio en el pH de la placa.

Niveles muy bajos salival hacen que el pH disminuya por debajo de 5-3 e incrementan así la desmineralización del esmalte y como consecuencia aumenta la aparición de la caries.

Objetivo: Evaluar la asociación entre el pH salival y la aparición de la caries.

Material y métodos: Estudio en un grupo de niños de la clínica de la Universidad Europea de Madrid y de una consulta privada de Italia, entre los meses de marzo-mayo de 2015.

La totalidad del estudio comprende a 100 niños de edades entre 5 y 10 años, ambos sexos.

Se evalúan el pH salival con tiras de control de pH, y el índice de caries presente.

Resultados: Se observa que en medios ácidos, hay una prevalencia mayor de caries.

Conclusiones: El pH salival podría ser considerado como factor de riesgo para el desarrollo de caries en la población estudiada.

14. CARIES DE PRIMERA INFANCIA. REVISIÓN Y RELATO DE UN CASO

Soares D¹, Lopes L¹, Rey-Joly Maura C², Bexiga F¹

¹Universidad Católica Portuguesa - Centro Regional das Beiras, Viseu. Portugal. ²Facultad de Odontología. Universitat de Barcelona. Barcelona

Introducción: En las últimas dos décadas la Asociación Americana de Odontopediatría (AAPD) adoptó el término caries de primera infancia (*Early Childhood Caries, ECC*) reconociendo que se trata de una patología definida por la existencia de uno o más dientes deteriorados (con presencia de cavitación o no), ausentes (perdidos por la presencia de caries) o restaurados en la dentición decidua, en niños con edades inferiores a los seis años. En los casos en los que tienen edades inferiores a los tres años el término adoptado es caries de primera infancia severa (*Severe Early Childhood Caries, S-ECC*). Es un cuadro clínico multifactorial y frecuentemente asociado a dieta y a higiene oral pobres en los cuales los marcadores microbianos revelan la presencia de *Streptococcus mutans* (SM) y *Lactobacillus* (L).

Caso clínico: Caracterización de un caso clínico diagnosticado de caries temprana de la infancia, en relación a las opciones de tratamiento y materiales restauradores. Se realiza una revisión bibliográfica actualizada sobre el tema.

Se realizó en una paciente de sexo femenino, fecha de nacimiento 27/03/2011; peso aproximado de 14 kg; sin ningún tipo de patología relevante ni medicación; acompañada por el pediatra y manteniendo una dieta equilibrada; ausencia de hábitos parafuncionales; y sin antecedentes familiares de patologías relevantes.

Antes de realizar su primera consulta (13-05-2014) no usaba pasta dentífrica con flúor y, a partir de esta, se prescribió pasta dentífrica con 1500 p.p.m. de flúor. Presentaba buena higiene oral, llevada a cabo por la madre y después por la paciente.

Lesiones inactivas de caries en los dientes 5.5 y 6.5 y lesiones activas en los dientes 7.5 y 8.5. Tratamiento de las lesiones de las piezas 8.5 y 7.5 en las fechas 06-10-2014 y 20-10-2014, respectivamente.

Uso de fresa esférica de turbina, excavador de dentina y restauración con ionómero de vidrio, Ketac fill.

Resultados: Este caso clínico es curioso tanto por la temprana edad en la que surgieron las caries; como por la his-

toria clínica, la cual no evidencia presencia de patologías, higiene oral pobre o dieta desequilibrada, así como por solo manifestar desmineralizaciones/caries en los molares deciduos. Según la AAP-AAPD (2014), epidemiológicamente, los casos de ECC presentan una elevada prevalencia en familias con un nivel económico bajo. Por otro lado, Darmawikarta et al. (2013) relata que en Canadá existe un bajo porcentaje de niños que son observados por el dentista con una edad inferior a un año, así como niños procedentes de familias con un poder adquisitivo bajo; uso prolongado del biberón y uso frecuente de bebidas azucaradas, contrastando con el caso clínico presentado.

Durante el tratamiento de los dientes cariados se observó una reacción favorable por parte de la niña cuando se dejó de usar la turbina y se empezó a emplear el excavador de dentina. De esta forma, se procedió con el designado *atraumatic restorative treatment* (ART) de acuerdo con las normas de la AAP-AAPD (2014). Se recurrió al ionómero de vidrio, Ketac fill, debido a las características de este material en la liberación de flúor. No en tanto, no existe mucha información con un valor estadísticamente significativo en referencia a su desempeño en comparación con otros materiales: ionómero de vidrio modificado; compómeros y amalgamas (Yengopal, V., 2009).

Conclusiones: De la revisión efectuada se desprende la existencia de beneficios reales, con evidencia científica, en la visita precoz a la consulta de odontopediatría. De esta forma, son posibles las observaciones y los controles regulares en niños con bajo riesgo de caries y tratamientos conservadores en el caso de niños con moderado y elevado riesgo de caries dentaria.

Con este caso clínico y tras la revisión efectuada, se puede afirmar que la prevención y motivación son factores cada vez más importantes a tener en cuenta para una correcta higiene oral, así como las visitas regulares al dentista con la finalidad de evitar pérdidas dentarias precoces.

Es esencial estipular programas de educación para la salud oral, con el fin de concienciar a los padres y a las personas encargadas de la educación odontológica de los menores con énfasis especial en esta área.

15. EDAD Y MOTIVO DE CONSULTA DE LAS PRIMERAS VISITAS EN PACIENTES ODONTOPEDIÁTRICOS DE LA UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE CATALUNYA

Vilella Pastor S, Cuadros C, Lorente Rodríguez A
Universidad Internacional de Cataluña. Barcelona

Introducción: Para el correcto cuidado preventivo de la salud oral de los niños, se aconseja realizar una primera visita al odontopediatra a una edad cada vez más temprana. La American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) y la Sociedad Española de Odontopediatría (SEOP) recomiendan que esta primera visita se realice con la erupción del primer diente de leche o antes de cumplir el primer año de vida.

Objetivo: Determinar la media de edad y el motivo de consulta más frecuente de las primeras visitas de pacientes odontopediátricos de la Clínica Universitaria de Odontología (CUO) de la Universitat Internacional de Catalunya (UIC).

Materiales y métodos: La muestra estuvo formada por pacientes pediátricos que acudieron a visitarse a la CUO desde diciembre de 2012 hasta diciembre de 2014. Se revisaron las historias clínicas de cada paciente y se confeccionó un documento de autodiseño para registrar la media de edad y principal motivo de consulta de cada niño en el momento de su primera visita. Se excluyeron los pacientes con historias clínicas incompletas y/o que hubiesen sido visitados anteriormente por un odontólogo. Se analizaron los datos con el programa estadístico Statgraphics® Plus versión 5.1 (Statpoint Technologies, Warrenton, VA, USA).

Resultados: La muestra inicial fueron 198 pacientes pero se excluyeron 10 historias por estar incompletas, quedándonos con una muestra final de 188 pacientes. De estos 188 pacientes, se observó que el 33,51% acudieron con principal motivo de consulta “Caries” con una media de edad de 71 meses; un 35,10% por “Revisión” con una media de edad de 85 meses; un 18,61% por “Ortodoncia” con una media de edad de 104 meses; y un 12,23% por “Urgencias” con una media de edad de 87 meses.

Conclusiones: Existe una mayor prevalencia de primeras visitas en el Departamento de Odontopediatría en pacientes de la Clínica Universitaria de Odontología (CUO) con media de edad de 87 meses siendo el motivo de consulta más observado la caries.

CIRUGÍA ORAL

16. TUMORACIÓN PARANASAL CON HISTOLOGÍA CON MIXOMA ODONTOGÉNICO EN UN PACIENTE ODONTOPEDIÁTRICO

López Jiménez AJ¹, Torres Moneu A¹, Padilla Miranda M¹, Muñoz Caro JM², Planells del Pozo P¹

¹Universidad Complutense de Madrid. Madrid. ²Hospital Universitario La Paz. Madrid

Introducción: Los mixomas son neoplasias mesenquimales benignas localmente invasivas que pueden tener un origen odontogénico, osteogénico o de tejidos blandos. Los mixomas faciales representan solo un 0,5% de los tumores del maxilar. Generalmente se presentan más en adultos durante la tercera década de vida, pero en niños, solo se han presentado un par de casos, teniendo estos una edad menor de 2 años. Se ha propuesto el nombre de *mixoma odontogénico infantil*, debido a la singularidad y excepción del caso en un paciente odontopediátrico.

Objetivo: Conocer y estudiar un nuevo caso de mixoma odontogénico infantil, su diagnóstico y su tratamiento

Caso clínico: Paciente varón de un año y medio de edad, acude a la consulta del servicio de maxilofacial infantil del

Hospital Universitario de La Paz de Madrid. Presenta una tumoración paranasal derecha producida tras un traumatismo de fisura nasal de crecimiento progresivo con expansión.

Se realizó un TAC para evaluar las dimensiones de dicha tumoración.

El diagnóstico de presunción que se realiza es de quiste óseo post-traumático. El diagnóstico diferencial se realiza con mucocele y tumores benignos del maxilar.

Se consideró de necesidad una prueba de anatomía-patológica, donde se observa una lesión intraósea paranasal con proliferación de células fusiformes y estrelladas en un estroma mixoide laxo, donde los cambios observados son compatibles con un mixoma odontogénico, pero cuyo comportamiento no corresponde con dicho mixoma.

El tratamiento indicado es su extirpación completa. Se realiza un abordaje intraoral, con la posterior extirpación de la lesión ósea expansiva compatible clínicamente con un mixoma odontogénico con destrucción ósea a nivel del hueso nasal, pared anterior del seno maxilar y reborde infraorbitario en una pequeña zona. Tras la extirpación, se procede a la colocación de una lámina de PDS (polidioxanona) paranasal y al cierre del abordaje. En la actualidad el paciente se encuentra en periodo de revisiones sucesivas para conocer la evolución.

Conclusiones:

- El mixoma odontogénico infantil es un caso singular en edades odontopediátricas.
- Se debe realizar un diagnóstico diferencial con los tumores benignos del maxilar.
- El tratamiento de elección es la extirpación total del tumor.

17. ODONTOMA COMPUESTO. A PROPÓSITO DE UN CASO

López Velasco A, Hueso Valladolid E, Sanchís Forés C, Gómez Adrián MD, Gascón Balaguer A

Universidad Católica de Valencia. Valencia

Introducción: Los odontomas son los tumores odontogénicos más frecuentes en la cavidad oral (34,6%-73,8%). Son malformaciones odontogénicas, benignas, de crecimiento lento y de etiología desconocida. La mayoría son asintomáticos y se diagnostican radiográficamente. Por lo general causan retenciones en la dentición, y retrasan la erupción dentaria. Según la OMS se clasifican en: odontoma compuesto y odontoma complejo. El "odontoma compuesto" se trata de tejidos que se disponen de forma ordenada y originan estructuras similares a dientes en diferentes formas y tamaños. Se localizan preferentemente en la región anteromaxilar, usualmente son lesiones solitarias.

Objetivo: Exponer un caso clínico de un odontoma compuesto.

Caso clínico: Varón de 9 años y 10 meses de edad que acudió como primera visita al Máster Universitario de Odontopediatría por UCV. El motivo de consulta fue un retraso

eruptivo del 2.1 respecto al 1.1 ya erupcionado.

A la exploración intraoral, el paciente presentaba el 1.1 totalmente erupcionado; el 6.1 seguía en boca.

Se realizó una exploración radiográfica con ortopantomografía y RX periapical, observando la presencia de una colección bien delimitada de estructuras radiopacas en número, tamaño y de formas variadas, rodeadas por un halo radiolúcido que representa la cápsula de la lesión.

El diagnóstico fue un odontoma compuesto localizado en el ápice del 6.1.

Para la extracción del odontoma se aplicó anestesia local infiltrativa en vestibular con refuerzo palatino. Primero se extrajo el 6.1, y a través del alvéolo, se realizó la exodoncia de todos los fragmentos del odontoma (aproximadamente siete formaciones dentarias del tamaño de un grano de arroz a una lenteja). Mediante seguimiento con Rx de control sucesivas se confirmó el descenso eruptivo del incisivo 2.1.

Discusión: El odontoma es el tumor odontogénico más frecuente. Da Silva y cols. en 2009 concluyeron que suponen el 73,9% de los tumores odontogénicos. En concreto, la frecuencia del odontoma compuesto es del 61,3% para Hidalgo y cols., tras realizar un metaanálisis, con una muestra de 1.340 casos, y del 62,3% para Amado y cols. en un estudio de 61 odontomas.

Conclusiones:

- El diagnóstico del odontoma compuesto clínicamente se manifiesta por una alteración en la erupción de dientes permanente. El diagnóstico definitivo es radiográfico.
- El tratamiento de elección de un odontoma compuesto es la extracción quirúrgica; las recurrencias son poco frecuentes, según la revisión bibliográfica.
- El diagnóstico precoz de odontomas nos permite un control y regularización de la erupción dental así como prevenir futuras complicaciones.

18. QUISTE SOLITARIO MANDIBULAR

Seguí Rubio M, Redondo Martínez I, Martí Guillem MJ, Sanchís Bielsa JM, Catalá Pizarro M

Universidad de València. Valencia

Introducción: La presencia de una imagen radiolúcida bien delimitada y próxima a los ápices radiculares de los dientes, hace sospechar que se trata de una patología quística y a menudo se orienta la exploración a descartar caries o antecedentes traumáticos y necrosis pulpar secundaria en los dientes adyacentes. Cuando esta patología se presenta en relación a varios dientes sanos y sin antecedentes, el diagnóstico obliga a reconsiderar la naturaleza y clasificación de los quistes óseos maxilares.

Objetivo: Presentar un caso de pseudoquiste óseo de los maxilares haciendo hincapié en su diagnóstico, tratamiento y evolución.

Caso clínico: Se trata de un niño de 12 años y 3 meses de edad que en una ortopantomografía rutinaria por motivos

ortodóncicos presenta una imagen radiolúcida bien delimitada a nivel periapical de 4.2 4.3 y 4.4. Clínicamente, los tejidos blandos no están afectados y no hay una expansión del hueso cortical y el paciente no presenta dolor ni linfadenopatías asociadas. Los dientes supra-adyacentes a la zona radiolúcida responden positivamente a la estimulación por frío. La exploración clínica y radiográfica apoya el diagnóstico de presunción de quiste óseo solitario y en consecuencia se decide una cirugía abierta para enucleación y curetaje del lecho. La cirugía y la evolución confirman posteriormente el diagnóstico inicial

Comentarios: El quiste óseo solitario es una lesión cavitaria ósea benigna que puede contener líquido sero-hemático, sangre o estar vacía. Al no presentar cápsula epitelial se denomina también pseudoquiste. La etiología y patogénesis son desconocidas y aunque existen varias hipótesis, la más aceptada es el trauma hemorrágico. Sin embargo, esta teoría se cuestiona al no darse una historia traumática en más del 50% de los casos. Habitualmente el diagnóstico definitivo de los quistes maxilares se confirma mediante el estudio histopatológico de la lesión. Sin embargo, en la gran mayoría de los casos de quiste óseo solitario, la cavidad se encuentra vacía. Se sugiere que los quistes óseos solitarios pueden tener una resolución espontánea pero la cirugía al confirmar las características y la naturaleza de la lesión, descarta posibles errores en el diagnóstico.

Conclusiones: El quiste óseo solitario mandibular suele ser un hallazgo casual en jóvenes en la segunda década de la vida. En estos casos la exploración clínica debe ser cuidadosa y si los dientes adyacentes muestran signos de vitalidad, la cirugía abierta confirmará la naturaleza del quiste y favorecerá la resolución del proceso.

19. COLOCACIÓN DE IMPLANTES POST-TRAUMATISMOS EN NIÑOS. CASO CLÍNICO

Sotoca Tobarra A, Pagán Cánovas E, Cepillo Boluda AJ, Germán Cecilia C, Sotoca Tobarra S

Albacete

Introducción: La utilización de los compactadores y del plasma rico en factores de crecimiento (PRGF) nos ayudan a colocar implantes en huesos de mala calidad y a solventar problemas de crestas óseas estrechas. Es de vital importancia reponer las piezas perdidas a edades tempranas, debido a la posibilidad de migraciones y extrusiones dentarias.

Objetivo: Exponer un caso clínico que requirió rehabilitación implantológica post-traumatismo con dificultad por presentar densidad ósea pésima para la colocación de implantes.

Caso clínico: Paciente de 17 años que acudió a nuestra consulta tras sufrir un traumatismo dentario con fractura radicular complicada de las piezas 15 y 16. Tras realizar las exodoncias y utilizar la tecnología PRGF, realizamos un tratamiento ortodóncico para alineación de piezas. Tras lo cual

pasamos a colocar los dos implantes en las piezas exodonciadas, teniendo la paciente 19 años de edad.

Comentarios: Gracias al uso de los compactadores y del PRGF podemos solventar un caso de mala calidad ósea. Tal y como asegura Anitua (2004), podemos obtener una buena estabilidad primaria con el uso conjunto de los compactadores y del PRGF.

Conclusión: Con el uso de los compactadores y del PRGF podemos obtener un elevado éxito en implantología que hace años era prácticamente imposible conseguir.

ODONTOLOGÍA RESTAURADORA

20. ABORDAJE MULTIDISCIPLINARIO DE LA REHABILITACIÓN FUNCIONAL Y ESTÉTICA EN PACIENTE ADOLESCENTE CLASE III AMELOGÉNESIS IMPERFECTA

Mezquita Mulet S, Cañadas Murillo A, Bartolomé Villar B, Pérez Márquez F, Ramos González V

Universidad Europea de Madrid. Madrid

Introducción: El término amelogenesis imperfecta (AI) hace referencia a un grupo de desórdenes hereditarios, clínica y genéticamente heterogéneos, caracterizados por alteraciones en el esmalte dentario. Pueden presentarse acompañados de otras alteraciones en la cavidad oral o fuera de ella. Genéticamente la AI es transmitida ligada al cromosoma X, bien de forma autosómica dominante o recesiva. Se clasifica según el fenotipo, el mecanismo de desarrollo y la forma de herencia en cuatro tipos principales: hipoplásico, hipocalcificado, hipomaduro e hipomaduro-hipoplásico con taurodontismo.

Objetivo: Revisar aspectos diagnósticos/tratamiento de y describir el manejo terapéutico de una adolescente con amelogenesis imperfecta, para restablecer la estética y función a través de un tratamiento conservador de transición, ortopédico y rehabilitación oclusal estética.

Caso clínico: Paciente de género femenino de 10 años de edad, que consulta por sensibilidad dentaria a los cambios térmicos e insatisfacción con su apariencia física. Entre los antecedentes familiares destaca que su madre presenta amelogenesis imperfecta tratada con coronas de porcelana. A la exploración se observa cómo todos sus dientes presentan un esmalte opaco con manchas amarillas. Los dientes en el sector posterior presentan una gran destrucción y existe falta de erupción de los primeros molares permanentes, observándose una gran destrucción coronaria de los mismos en la radiografía. Clínica y radiográficamente se diagnostica como amelogenesis imperfecta tipo hipoplásico, con gingivitis moderada asociada a abundante placa bacteriana, mordida abierta anterior, clases III esquelética y patrón facial dólico. La planificación de su tratamiento incluye una fase preventiva simultánea

a la fase restauradora con carillas de resinas compuestas en incisivos; tratamiento ortopédico aprovechando el retraso en el crecimiento y un tratamiento de rehabilitación oclusal/estético con coronas de metil metacrilato.

Conclusión: Un diagnóstico oportuno y un tratamiento de transición adecuado es fundamental para mantener y devolver la estética y función al paciente adolescente afectado con esta condición, contribuyendo a la vez a mejorar su calidad de vida, en espera de la rehabilitación definitiva.

21. DENTINOGÉNESIS IMPERFECTA TIPO II: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Sarango Calero LJ¹, Mendoza Mendoza A¹, Iglesias Linares A², Huertas López MD¹, Laplana Farre S¹

¹Universidad de Sevilla. Sevilla. ²Universidad Complutense de Madrid. Madrid

Introducción: Los defectos hereditarios de la dentina son patologías raras que afectan principalmente a la matriz de la dentina orgánica. Se clasifican en tres tipos de dentinogénesis imperfecta (DI-I/DI-II/DI-III) y en dos tipos de displasia dentinaria (DD-I y DD-II). La matriz extracelular de la dentina se compone de un 10% de proteínas no colágenas cruciales en la dentinogénesis. Dichas proteínas son codificadas por el gen dentinosialofosfoproteína (DSPP). Las mutaciones humanas del DSPP son responsables de tres enfermedades dentinarias aisladas, la DI tipo II, III y la displasia dentinaria tipo II. La DI tipo II es una displasia mesodérmica localizada que afecta a la dentición primaria y permanente. Afecta a 1/8.000 nacidos vivos con herencia autosómica dominante de alta penetrancia.

Los tratamientos enfocados en estos pacientes pueden resultar complejos y difíciles dependiendo de la gravedad de la fractura del esmalte, el desgaste dentario, y la participación pulpar. Los dientes afectados no son propensos a la caries dental, no obstante, sufren desgaste severo pudiendo conllevar pérdidas dentales y una disminución acusada de la dimensión vertical.

Objetivos: Describir la evolución, el tratamiento y las guías terapéuticas actualizadas mediante la exposición de un caso clínico y una revisión de la literatura que nos permitan sacar conclusiones en cuanto al enfoque de tratamiento adecuado en esta patología.

Caso clínico: Se muestra el desglose hereditario de la enfermedad, se detallan las pautas terapéuticas y la monitorización de un paciente masculino de 8 años afectado de DI tipo II, que acudió al Servicio de Odontopediatría de la Universidad de Sevilla a los 4 años. Al examen clínico y radiográfico se observó coloración ámbar generalizada de la dentición, atrición severa y fracturas radiculares en dentición temporal, acompañado de molestias en la masticación e hipersensibilidad dental. Actualmente, presenta dentición mixta, con coloración ámbar y dimensión vertical mantenida con coronas de Cr-Ni.

Comentarios: Las recomendaciones terapéuticas de la AAPD más reciente (2013) describen las principales consideraciones generales acerca de la DI, la importancia de la actuación preventiva, diferentes posibilidades en la fase restauradora y consideraciones endodónticas. No obstante el momento de inicio del tratamiento y de la severidad de la patología condicionan dichos protocolos, siendo siempre esenciales los enfoques multidisciplinarios.

Conclusiones: Uno de los mayores desafíos para el odontopediatra es proporcionar un tratamiento adecuado para lograr la restauración funcional y estética en los casos de DI, lo que lleva implícito un diagnóstico y tratamiento temprano.

ODONTOLOGÍA CONDUCTUAL

22. FACTORES ESTRESORES EN LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA INFANTIL

Cadore G, de Oliveira J

Universidad Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Brasil

Introducción: El estrés se constituye en un proceso que abarca múltiples estímulos y respuestas, que llevan el organismo a adecuarse frente a determinado factor estresor (Klatchoian, 2002). Los académicos de odontología, así como los cirujanos dentistas, son sometidos a diversos factores potencialmente estresantes a diario que pueden conducir al agotamiento profesional (Cardoso, Loureiro, 2004).

Objetivo: Evaluar la percepción de los estudiantes del curso de Odontología de la Universidad Federal de Santa Catarina (UFSC) sobre los principales factores estresores en relación con la atención odontológica infantil.

Materiales y métodos: Se recolectó información por medio de un cuestionario aplicado colectivamente en el aula, conteniendo en la primera parte cuestiones abiertas, como datos sociodemográficos, especialidad que se identifica y la relación con la odontopediatría. En la segunda parte, cuestiones cerradas con una lista de los principales factores estresores de la práctica odontológica (Klatchoian, 2002) relacionados con el paciente infantil. Han participado del estudio alumnos matriculados en la asignatura teórica de Odontopediatría del 8.º periodo, los cuales han respondido el cuestionario un semestre antes que se empezó el atendimiento odontológico y alumnos del 9.º periodo cursando la Práctica Supervisada del Niño y del Adolescente (ESCA) I. El 9.º periodo ha sido dividido en grupo A, que ha respondido el cuestionario cuando ya estaba realizando atención odontológica infantil y grupo B, que no había todavía empezado el atendimiento clínico.

Resultados: Han participado del estudio 130 alumnos, de los cuales 39 estudiantes del género masculino y 91 del género femenino con edades entre 21 y 32 años (media = 24 años).

Han sido tres las especialidades que los alumnos más se han identificado, Odontología Estética (23,1%), Prótesis (16,9%) y Endodoncia (16,9%). A pesar de la Odontopediatría haya sido elegida por 3,8% de los estudiantes, 114 (87,7%) han respondido que les gustaban los niños y 77 (59,2%) han relatado que les gusta atender niños.

Los principales factores estresores señalados han sido: manejar comportamientos no colaboradores (84,6%), pacientes que no aceptan el tratamiento (67,7%); tratar con el dolor y la ansiedad del paciente (65,4%), y padres que no siguen las instrucciones (60,8%).

Conclusión: Manejar comportamientos no colaboradores ha sido el principal factor estresor relacionado con la atención odontológica infantil.

23. LA ADOPCIÓN Y LA ODONTOPEDIATRÍA

Díaz M, Boj JR, Espasa E, Hernández M

Universidad de Barcelona. Barcelona

Introducción: La adopción es un fenómeno cada vez más frecuente, llegando a países niños y niñas de diferentes nacionalidades y grupos de edad. En otras épocas, por la elevada natalidad, junto con el menor desarrollo socioeconómico, se abandonaban niños en instituciones u orfanatos, con lo que existía una gran oferta de niños para su adopción. El presente trabajo nos ayuda a conocer como estos niños se ven afectados físicamente y neuropsicológicamente dependiendo de los diferentes países de origen de cada uno.

Objetivo: Determinar la problemática que presentan los niños adoptados de los diferentes países de origen y su relación en atención odontológica.

Metodología: Búsqueda bibliográfica en revisiones neurológicas, en artículos relacionados al comportamiento, trastornos y adaptación psicológica de los niños adoptados en inglés y español. Palabras clave: *behavior/conducta, adoption/adopción, pediatric dentistry/odontopediatría, neurologic disorder/trastornos neurológicos, autism/autismo*.

Los criterios de inclusión son artículos en inglés y en español a partir del año 1990 hasta la actualidad.

Resultados: De acuerdo a la literatura se observa que juega un papel muy importante el origen de los niños adoptados, que con mayor tendencia se encuentran en el continente Asiático (China, India y Tailandia), en el Este de Europa (Rumanía, Rusia y Ucrania) y en Latinoamérica (Colombia, Ecuador, Perú, Guatemala y Nicaragua). Debido a que un elevado porcentaje de los niños adoptados en el extranjero tienen problemas de salud (desnutrición y las infecciones de cada país) en la evaluación médica inicial y conocidos los factores de riesgo sociosanitario a los que han estado expuestos, son niños con riesgo de presentar problemas y trastornos de comportamiento y de adaptación social. Por todo ello se puede ver afectada la colaboración en la consulta dental.

Conclusiones: Ya que la adopción es un proceso complejo que se produce lentamente y que requiere la adaptación tanto

de la familia como del niño. Es muy importante la atención de estos niños y conocer las patologías que presentarán. Dependerán mucho de su procedencia, y ello nos ayudará a tener una mejor idea de las problemáticas en salud que pueden presentar.

Como odontopediatras es nuestro deber atender bien a estos niños, y facilitar su adaptación familiar e integración en su nuevo entorno social y comunitario, para lo cual es muy importante poner en práctica todas aquellas técnicas que nos ayudarán a mejorar el comportamiento del niño y así tener éxito en los tratamientos que se le realizarán.

24. SITUACIÓN ACTUAL DE LAS ESCALAS DE MEDICIÓN DE CONDUCTA EN ODONTOPEDIATRÍA

Galicia A, Boj JR, Espasa E, Hernández M

Universidad de Barcelona. Barcelona

Introducción: Debido al cambio educacional y generacional que estamos viviendo, los problemas en la conducta de los niños han aumentado dificultando la práctica odontológica. De acuerdo a la literatura existen diversas escalas que nos ayudan a medir la conducta y niveles de ansiedad de los niños, ayudando al odontopediatra a prever y conocer la conducta del niño y así poder tener éxito en los diferentes tratamientos a realizar.

Objetivos: Pretendemos conocer las escalas que se utilizan en la actualidad y el por qué son las más utilizadas.

Metodología: Búsqueda bibliográfica en PubMed con las palabras clave: *scale/escala, comportamiento/behaviour, niños/child, Odontopediatría/pediatric dentistry*.

Los criterios de inclusión son artículos en inglés y en español a partir del año 1997 hasta la actualidad.

Resultados: Las escalas pueden ser un medio útil para pronosticar el comportamiento del niño en consulta y de esta manera poder brindar la atención adecuada. Al revisar la literatura nos encontramos con diversas escalas, entre las más utilizadas están; Corah's dental Anxiety Scale, que estas compuesta por 5 preguntas básicas que pueden ser contestadas por el paciente o en caso de niños muy pequeños, por los padres. La escala de Frankl dividida en cuatro categorías, desde la definitivamente negativa a la definitivamente positiva. Escala de Houpt donde se puede medir el llanto, la somnolencia y los movimientos, compuesta de cuatro niveles, mayormente utilizada en casos de sedación. Escala visual análoga (EVA) de Wong y Baker, escala facial del dolor, dependiendo de la expresión del niño podremos saber si el tratamiento le causa o no molestia.

Conclusiones: La dirección o manejo de conducta es el medio por el cual el odontopediatra realiza eficazmente el tratamiento, por esto, es él el encargado de seleccionar la escala que esté indicada. Cada escala depende de la observación de conductas específicas. Hasta el momento la más utilizada por odontopediatras es la escala de Frankl por ser la

más concreta y de más fácil aplicación, además de poderse adaptar a cualquier edad.

25. SEDACIÓN CONSCIENTE INHALATORIA Y FARMACOLÓGICA, EFICACIA EN RECONducIR LA CONDUCTA EN LA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA

Guerrero F, Umaña A, Sanchís C, Onrubia X, Fernández M

Universidad Católica de Valencia. Valencia

Introducción: La fobia, el estrés, la ansiedad son factores que impiden realizar un tratamiento habitual en la consulta odontopediátrica. Es beneficioso reconducir el manejo de estas conductas disruptivas, mediante técnicas farmacológicas como la inhalación de óxido nítrico combinado con hidroxizina y/o benzodiacepinas. Existen otros orígenes de conductas disruptivas no basadas en el miedo dental. Son los niños desafiados. El uso de estas técnicas de ansiólisis inhalatoria en este grupo de pacientes está en controversia.

Objetivos:

- Analizar si la sedación consciente reconduce o no la conducta del paciente durante y posterior a la sedación.
- Conocer el perfil de paciente que se deriva a sedación consciente y aquellos fármacos que son más eficaces y sus posibles combinaciones según el niño.
- Evaluar si la sedación consciente permite realizar el tratamiento previsto.

Material y métodos: Se realizó una búsqueda bibliográfica de las publicaciones científicas que abordan el tema relacionado con los criterios para derivar a un paciente pediátrico a sedación consciente inhalatoria. Para ello se consultó en las bases de datos PubMed, Scielo, EBSCO y la Sociedad Española de Odontopediatría (SEOP) utilizando como palabras clave comportamiento, niños, odontopediatría, sedación consciente, óxido nítrico, midazolam, *hydroxycyane*, Atarax®, *child*, *dentistry*.

Resultados y discusión: Los resultados de la revisión bibliográfica respecto a la valoración del perfil del paciente pediátrico que se deriva a sedación consciente inhalatoria y a determinar la eficacia de los fármacos utilizados de forma individual y combinada con sedación consciente inhalatoria, coinciden la mayoría de los autores en que para el tratamiento de pacientes infantiles con dificultades de colaboración, está indicada la sedación consciente inhalatoria combinada.

Conclusiones: Se concluye que el uso del óxido nítrico para la atención de pacientes con un comportamiento disruptivo ha resultado positivo y permite en la mayoría de los casos realizar el tratamiento previsto. En los niños con perfil desafiado, con colaboración nula y conducta aversiva, pudiera estar contraindicada la sedación inhalatoria que podría desinhibir y posiblemente potenciar dicha conducta disruptiva. Faltarían más estudios que analizaran si se reconduce el

comportamiento del paciente posteriormente a la sedación, permitiendo su atención en la consulta odontopediátrica sin fármacos orales y/o inhalados.

26. INFLUENCIA DE LAS BARRERAS DE PROTECCIÓN EN LA CONDUCTA DEL NIÑO

Lluch C, Boj JR, Espasa E, Hernández M

Universidad de Barcelona. Barcelona

Introducción: Existen varios factores que afectan al manejo de la conducta del niño durante un tratamiento dental (edad, experiencias dentales desagradables previas, actitud de los padres...) que influyen en la colaboración del niño en la consulta dental. Es por ello que el odontopediatra debe tener en cuenta todos estos factores para conseguir individualizar el manejo de la conducta para cada niño y, de este modo, asegurar las mejores condiciones para cada tratamiento y mantener, de este modo, la seguridad tanto del niño como del odontólogo. En los últimos años se ha producido un cambio favorable frente a la actitud sobre las barreras de protección durante la práctica odontológica. Es por ello que actualmente el uso de guantes, gafas y mascarilla se utiliza de manera rutinaria para proteger, tanto al operador como a los pacientes, de la infección cruzada así como aumentar el grado de seguridad y confianza por parte de los pacientes.

Objetivo: Observar si las barreras de protección influyen en el comportamiento del niño en la consulta dental.

Metodología: Se realizó una búsqueda bibliográfica en la base de datos de PubMed de artículos, en inglés y español, publicados desde el año 2007 hasta el 2014, así como de las guías de la American Academy of Pediatric Dentistry.

Resultados: Las barreras de protección en Odontopediatría tienen un efecto positivo sobre los padres, proporcionando un aumento en la satisfacción, seguridad y confort frente al odontopediatra. Por otro lado, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la conducta del niño cuando el tratamiento era realizado con o sin barreras de protección, ni según el color o forma de estas.

Conclusiones: La conducta del niño en la consulta dental tiene una etiología multifactorial (factores ambientales, psicológicos, familiares y educativos), aun así, el comportamiento se puede ver mejorado con el manejo de la conducta particular de cada odontopediatra. Las barreras de protección son un medio necesario para prevenir la infección cruzada entre pacientes y dentista y no son influyentes en el comportamiento del niño durante un tratamiento dental.

27. INFLUENCIA EN LA COLABORACIÓN DEL NIÑO CON LA EDAD DEL ODONTOPEDIATRA

Romo C, Boj JR, Espasa E, Hernández M

Universidad de Barcelona. Barcelona

Introducción: La colaboración del niño es un factor importante ante los procedimientos odontológicos. El éxito de la práctica odontológica depende no solo de las habilidades técnicas del odontólogo, sino también de su capacidad para lograr y mantener la cooperación infantil. La mayoría de los niños se esfuerzan por ser cooperadores; en estos casos el profesional deberá no sólo apoyar su conducta sino además mantenerla. Se ha reconocido la ansiedad y el miedo como fuente de problemas en el manejo de conducta en la clínica dental. Sin embargo como factores que pueden influir en la ansiedad ante el dentista se relacionan con ella el sexo y la edad del paciente entre otros factores.

Objetivos: Conocer si existe influencia en la edad del odontopediatra sobre la conducta del niño en base a una búsqueda bibliográfica y un estudio mediante encuestas.

Materiales y métodos: Búsqueda de artículos en PubMed con las palabras clave miedo y ansiedad, influencia sobre el comportamiento del niño con la edad del odontopediatra.

Resultados: No se encontraron artículos que relacionen la edad del odontopediatra sobre el comportamiento del niño pero sí otros aspectos del odontopediatra. Sesenta pacientes pediátricos los cuales 38 son niñas y 22 niños atendidos en el Hospital Odontológico de la Universidad de Barcelona fueron encuestados sobre el tema utilizando material visual; se contó con niños mayores de 8 años los cuales respondieron que elegían al odontólogo joven debido a que se muestra más accesible, simpático y tiene más paciencia.

Conclusiones: De acuerdo al estudio llevado a cabo el odontopediatra joven puede influenciar en el comportamiento y la colaboración del niño obteniendo una respuesta positiva a los tratamientos dentales, pero esto depende más de la habilidad que de la edad del operador para relacionarse con ellos y buscar opciones para reducir el miedo y la ansiedad, logrando el éxito del tratamiento.

28. ANESTESIA LOCAL CONVENCIONAL VS. ANESTESIA COMPUTARIZADA

Vistós Aliaga JL, Carmona Santamaría M, Borrel García C, Garcovich D, González Gandía D
Universidad Cardenal Herrera CEU. Valencia

Introducción: Uno de los problemas con los que nos enfrentamos los que nos dedicamos a la Odontopediatría es el temor al pinchazo y la sensibilidad o dolor que produce la infiltración del anestésico local. Los anestésicos tópicos eliminan la sensación molesta de la introducción de la aguja, pero la presión ejercida manualmente en la jeringa y la velocidad de inyección del anestésico es difícilmente controlable, produciendo una sensación de distensión en los tejidos circundantes que puede llegar a ser molesta y confundirse con dolor.

Objetivos: Mediante la valoración subjetiva del grado de dolor al realizar la técnica de anestesia local infiltrativa, comparar dos técnicas anestésicas, convencional con jeringa y con el sistema Calaject®, para valorar cuál es el sistema

que puede tener más aceptación por ser el menos molesto y producir menor sensación dolorosa; y estudiar, a la vez, las posibilidades como técnica de distracción en el manejo de la conducta infantil del sistema Calaject®.

Materiales y métodos: Sistema Calaject® de la casa Akura de anestesia computerizada, jeringa de anestesia local odontológica, carpules de lidocaína con vasoconstrictor al 2%. Tras informar debidamente a padres o tutores de los pacientes de entre 4 y 12 años, que acuden a la Clínica Odontológica de la UCH-CEU para las prácticas de Practicum Infantil, asignatura de 5.º de Odontología, y haber firmado estos el consentimiento informado, hemos realizado la técnica anestésica infiltrativa en la arcada superior con los dos sistemas disponibles, el convencional y el Calaject®, y dándole al paciente tras realizar cada una de ellas la escala de caras del dolor para obtener su opinión sobre la sensación producida por cada uno de ellos.

Resultados: La técnica anestésica usando el sistema Calaject® es la mejor aceptada (entre 95 y 98%) por una muestra total de 100 niños, comentando que no notan ninguna sensación de molestia o dolor durante la perfusión del líquido anestésico, y además permite mantenerles distraídos fácilmente.

Conclusiones: El sistema Calaject® es de gran ayuda en Odontopediatría al minimizar la distensión de los tejidos durante la infiltración anestésica y por las posibilidades que ofrece de distracción debido a sus características de diseño y sus señales acústicas.

ORTODONCIA

29. URGENCIAS DE ORTODONCIA EN EL MÁSTER DE ODONTOPEDIATRÍA

Berasategui Sánchez M, Fernández Freire A, Chung Leng I, Torres L, López C
Universidad Europea de Madrid. Madrid

Introducción: En los últimos años el aumento de la demanda de tratamiento ortodóncico ha sido más que evidente y con ello las urgencias relacionadas con este campo. Estas urgencias suponen una incomodidad para el paciente que puede llevar incluso a interferir en su vida cotidiana.

Existe gran variedad de efectos adversos relacionados con esta disciplina, algunos más banales como pueden ser lesiones mínimas producidas por roces hasta problemas más comprometidos como reabsorciones radiculares.

Objetivos: Se realiza una revisión bibliográfica para el estudio de las urgencias ortodóncicas más relevantes que podemos encontrar en la consulta dental y se hace un seguimiento de las mismas ocurridas en el Máster de Odontopediatría de la Universidad Europea de Madrid con el fin de orientar sobre su tratamiento y prevención.

Material y métodos: Revisión bibliográfica de los últimos 15 años en bases de datos como PubMed de revistas (*Dental Press Journal of Orthodontics, Journal of Oral Rehabilitation, American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics...*) y libros de texto.

Resultados: Tras un estudio sobre las diferentes urgencias que acudieron a la consulta del Máster de Odontopediatría de la Universidad Europea de Madrid entre los años 2014 y 2015 se identificó que las Urgencias que se presentaban con mayor frecuencia fueron: descementado de aparatos; llagas, úlceras y heridas en labios, mejillas o lengua producidas por diferentes elementos del propio tratamiento ortodóncico (por desinserción del arco, heridas producidas por brackets...); descementado de brackets y gingivitis.

Conclusiones: El mayor aliado contra estas urgencias es la prevención. Debemos asesorar a nuestros pacientes sobre la nueva situación en la que se encuentran. La motivación en la higiene oral sobre todo en personas con deficiencias en este campo se acentuará mientras el paciente lleve cualquier tipo de aparatología ya que tendrá una mayor acumulación de placa que se suma a la peor técnica de cepillado dificultada por estos nuevos elementos (instruir sobre tipo de cepillo, técnica, pastas y elementos accesorios como irrigadores...). Se les explicará a su vez cómo deben cuidar y mantener sus aparatos, encerado de brackets y superficies punzantes que puedan llevar a lesiones en mucosas y las diferentes superficies orales, y que tipo de alimentación deberían de evitar con el fin de minimizar el riesgo de descementado y caída de aparatos. Cuando la prevención no ha sido suficiente recomendamos el uso de diferentes tratamientos paliativos para las diferentes urgencias que hemos comentado.

30. LACTANCIA MATERNA Y MORDIDA CRUZADA POSTERIOR EN DENTICIÓN MIXTA

Boronat Catalá M¹, Bellow Arcís C¹, Montiel Company JM¹, Estarlich Estarlich ML², Alrerich Silla JM¹

¹Universitat de València. Valencia. ²FISABIO, Consellería de Sanitat. Generalitat Valenciana

Introducción: La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida, pues reduce el riesgo de enfermedades infecciosas del tracto gastrointestinal y del aparato respiratorio. La lactancia materna también se ha asociado con un crecimiento y desarrollo de los maxilares más favorable, y podría tener un efecto beneficioso sobre el desarrollo de la oclusión.

Objetivos: El objetivo principal de esta investigación fue analizar la relación entre la duración de la lactancia materna y la oclusión a los 9 años de edad.

Material y método: Se trata de un estudio observacional. La muestra estuvo compuesta por 170 niños pertenecientes a una cohorte en seguimiento longitudinal. Una odontóloga calibrada realizó una exploración bucodental a los 9 años de

edad en un sillón dental utilizando índices epidemiológicos de maloclusión. La información sobre lactancia materna se recuperó de los cuestionarios que fueron contestados por las madres de los niños cuando estos cumplieron 1 año de edad. Se analizaron las semanas de lactancia materna con respecto a la mordida cruzada posterior (ausencia, mordida cruzada posterior unilateral y mordida cruzada posterior bilateral) con un ANOVA de un factor y pruebas *post hoc*.

Resultados: Se halló una relación inversa entre las semanas de lactancia materna y la mordida cruzada posterior, de modo que los niños con menor tiempo de lactancia materna tenían mayor prevalencia de mordida cruzada posterior. Se realizó un ANOVA de un factor, resultando en una diferencia significativa con una tendencia lineal desde la no presencia de mordida cruzada posterior a mayor número de semanas de lactancia, hasta la mordida cruzada posterior bilateral a menor número de semanas de lactancia ($p = 0,007$). La lactancia materna resultó ser un factor protector frente a la mordida cruzada posterior (pruebas *post hoc* $p = 0,022$).

Conclusiones: Existe una relación estadísticamente significativa entre el tiempo de lactancia materna y la ausencia de mordida cruzada posterior a los 9 años. A mayor número de semanas de lactancia materna durante el primer año de vida se da una menor prevalencia de mordida cruzada posterior a los 9 años.

Financiación: El presente estudio ha sido realizado dentro del proyecto PI12/02570 financiado por el PN de I+D+I 2008-2011 y el ISCIII-Subdirección General de Evaluación y Fomento de la investigación, cofinanciado por el FEDER.

31. DIFERENTES OPCIONES DE TRATAMIENTO PARA MISMA SITUACIÓN CLÍNICA: PACIENTES MELLIZOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Cañadas Murillo A, Mezquita Mulet S, Pérez E, Beltri Orta P, Pérez F

Universidad Europea de Madrid. Madrid

Introducción: La maloclusión clase II es la que mayor prevalencia presenta dentro de las alteraciones dentoalveolares a nivel mundial, siendo una alteración que se manifiesta desde muy temprana edad originando disfunciones en la respiración, masticación, deglución, fonación, etc.

Debido a la extensa variedad que existe dentro de la maloclusión clase II, es ilógico tratar todos los casos por igual. El diagnóstico diferencial es la base para el tratamiento. Por consiguiente se deben identificar los rasgos discriminatorios de la clase II en cada caso individual. El estudio cefalométrico es una necesidad en el diagnóstico y plan de tratamiento de las maloclusiones de clase II y debe proporcionar la localización e identificación de las regiones anatómicas afectadas para sugerir así un adecuado plan de tratamiento, teniendo en cuenta el factor etiológico.

En la actualidad el tratamiento oportuno en ortopedia maxilar ha ganado campo entre los investigadores y los clí-

nicos, tratando de demostrar cuál es el mejor momento y que condiciones individuales favorecen la respuesta al tratamiento con aparatos ortopédicos funcionales.

Objetivos: Comparar los resultados obtenidos entre dos posibles opciones de tratamiento de clase II en mellizos.

En uno de los casos se utilizó aparatología funcional (Activador Abierto Elástico de Klammt) en el que se requiere un adelantamiento de la mandíbula para corregir la maloclusión y expansión maxilar con el coffin y por otro lado eliminación del hábito de interposición labial mediante Lip-Bumper y expansión maxilar con placa de Hawley para que la mandíbula siga su curso de crecimiento.

Caso clínico: Se presenta el caso de dos hermanos mellizos de 8 años y 11 meses de edad, que acuden a la Clínica Universitaria Odontológica por motivos ortodóncicos; se les realiza un examen clínico en el cual se observa que los dos presentan clase II div.1. e interposición labial.

El varón fue tratado mediante un activador elástico abierto de klammt mientras que en la mujer se utilizó un Lip-Bumper y una placa de Hawley.

Conclusiones: Los tratamientos de la maloclusión clase II son variados y dependen de un diagnóstico adecuado, del momento de crecimiento y de la colaboración del paciente.

Obtenemos resultados similares en ambos pacientes; estos resultados van a depender en gran medida de las habilidades y preferencias del profesional y del tipo de paciente.

32. EXTRACCIÓN TEMPRANA DE PRIMEROS MOLARES PERMANENTES CON HIPOPLASIA SEVERA: FACTORES A CONSIDERAR

Del Barrio Valiente MP¹, Heranz Martínez M¹,
Rivero Lesmes JC¹, Planells del Pozo P²

¹Institución Universitaria Mississippi. ²Universidad Complutense de Madrid. Madrid

Introducción: El término hipomineralización incisivo-molar se introdujo para describir la apariencia clínica de uno o varios dientes permanentes, que presentan un esmalte y dentina de condiciones muy porosas, frágiles y de coloración amarillo, blanco o marrón. La causa es debida a un disturbio en la etapa de maduración de la amelogenénesis, es decir, en los tres primeros años de vida, cuando se produce la calcificación de las coronas de estos dientes. Tiene una prevalencia de entre el 3,6% al 25%. Su tratamiento varía desde un sellador de fisuras hasta un tratamiento más agresivo como la exodoncia. Debemos considerar esta opción en casos de gran afectación, cuya restauración no sea factible y su mantenimiento a largo plazo presente desventajas.

Objetivos: Considerar la extracción de los molares permanentes con gran destrucción coronaria como una opción terapéutica válida. Determinar el periodo ideal para dicha extracción, que ayude a favorecer el cierre de espacio espontáneo y mediante el tratamiento ortodóncico posterior.

Metodología: Se realizó una búsqueda bibliográfica en la base de datos MedLine (PubMed) sobre la extracción temprana de primeros molares permanentes afectados de hipomineralización, su evolución en el tiempo, y las ventajas y desventajas de la extracción temprana de los mismos.

Resultados: La exodoncia de los primeros molares permanentes con hipomineralización severa es una buena alternativa de tratamiento para casos con apiñamiento y presencia del germen de los terceros molares. La exodoncia de los primeros molares superiores no suele plantear un reto a la hora de conseguir la mesialización del segundo molar permanente, pudiendo realizar la exodoncia del primer molar después de su emergencia. En cuanto a los molares inferiores, para que se produzca un cierre de espacio óptimo, se recomienda realizar la exodoncia de los primeros molares permanentes antes de la emergencia del segundo molar permanente, momento en el que ya podremos observar la presencia del germen del tercer molar. La decisión final se debe tomar teniendo en cuenta las características faciales y esqueléticas del pacientes, junto con el tipo de maloclusión.

Conclusiones: La exodoncia de primeros molares permanentes con hipomineralización severa, es una buena alternativa de tratamiento para el paciente con gran afectación por MIH. Se puede esperar cierto cierre de espacio espontáneo, en el caso de la exodoncia de molares superiores antes de la emergencia de los segundos molares permanentes y en inferiores, antes de la emergencia de los mismos, lo que facilitará el tratamiento de ortodoncia posterior ayudando a conseguir un oclusión estable.

33. TRATAMIENTO PRECOZ DE LA MORDIDA CRUZADA UNILATERAL EN DENTICIÓN TEMPORAL

Muñoz Mulero MJ
Almería

Introducción: Es importante corregir la mordida cruzada unilateral (MCU) lo más precozmente posible para restablecer el correcto desarrollo dentoalveolar. Si bien, existe aparatología auxiliar para la corrección de la misma en edades tempranas con dentición temporal; es posible tratarlas con un tallado selectivo de los dientes y la colocación de unas rampas guías de composite, cuando la mordida cruzada es generada por un desplazamiento de la mandíbula por una interferencia oclusal. No obstante, todo caso debe ir precedido de una historia clínica que haga reflejar la presencia de hábitos que sean los posibles causantes de dicha maloclusión.

Objetivo: Corregir la MCU de pacientes en edades tempranas con dentición temporal.

Material y método: Exposición de dos casos clínicos de pacientes pediátricos con dentición temporal y un caso con dentición mixta en primera fase de recambio que presentan mordida cruzada unilateral, tratados con tallado selectivo y colocación de planos guía para la corrección de la misma. Evolución de los casos durante tres años después del tratamiento.

Resultados: Tras la revisión de 23 casos tratados con tallado selectivo y colocación de topes de composite se corrigió la mordida cruzada unilateral en dentición temporal en todos los casos. En la dentición permanente hubo un caso que mantuvo la mordida cruzada unilateral, si bien era por inclinación palatina del primer molar permanente. Diecinueve casos presentaban clase I esquelética y 4 clase II esquelética al inicio del tratamiento y en todos los casos había antecedentes de hábitos orales. Los resultados obtenidos se mantuvieron durante los tres años de seguimiento en los 23 casos.

Conclusión: La corrección de la mordida cruzada unilateral a edades tempranas conlleva el restablecimiento correcto del desarrollo dentoalveolar a nivel transversal, previniendo maloclusiones futuras y disfunciones esqueléticas.

34. DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO POR EL USO DE MÁSCARA FACIAL EN PACIENTES EN DENTICIÓN MIXTA

Paredes V, Peiró MA, Tarazona B, Zamora N, Gandía JL

Unidad Docente Ortodoncia y Odontopediatría. Universidad de Valencia. Valencia

Introducción: La dermatitis alérgica de contacto es una reacción alérgica tras el contacto con una sustancia capaz de ser absorbida por la piel. Las reacciones alérgicas debidas a aparatología ortodóncica intraoral con níquel son relativamente frecuentes en los pacientes ortodóncicos siendo más raras las reacciones alérgicas debidas a aparatos extraorales como la máscara facial para el tratamiento interceptivo de las clases III. Estas reacciones alérgicas aparecen por los materiales metálicos, elásticos o plásticos que forman parte de estos aparatos ortodóncicos extraorales. En estos pacientes portadores de esta aparatología extraoral, este tipo de reacciones alérgicas se pueden manifestar como dermatitis a nivel de la cara y cuello e incluso reacciones alérgicas intraorales, siendo en la mayor parte de los casos de severidad ligera o media sin alterar el curso del tratamiento de ortodoncia interceptivo.

Objetivos: Los objetivos de este estudio son: a) describir las características de este tipo de lesiones en cada uno de los tres pacientes seleccionados; y b) proponer un tratamiento adecuado para cada uno de ellos.

Casos clínicos: Se describen tres casos de pacientes en dentición mixta diagnosticados con maloclusiones de clase III y tratados con un aparato intraoral fijo tipo disyuntor junto a una máscara facial tipo Petit. Los pacientes presentaron lesiones cutáneas tanto en el mentón como en la frente (lugares de contacto del aparato extraoral), bien delimitadas, con inflamación, de color rojo, con sensación de calor y de escozor.

Comentarios: Las lesiones de los pacientes que presentamos fueron similares a las encontradas por otros autores en los pocos estudios que hay publicados en la literatura. Estos

estudios describen reacciones alérgicas debidas a los aparatos de tracción cervical u occipital pero ningún estudio hace referencia al uso de la máscara facial como en nuestro estudio. No existen estudios en España hasta la fecha actual para cuantificar la prevalencia de las reacciones alérgicas entre pacientes portadores de aparatología ortodóncica.

Conclusiones: El diagnóstico precoz de esta patología es fundamental para poder tratarla de manera eficaz. Los odontopediatras deben tener en cuenta que los pacientes que usen este tipo de aparatología extraoral como la máscara facial pueden presentar este tipo de lesiones.

35. PREDICCIÓN DE LA IMPACTACIÓN DEL CANINO SUPERIOR MEDIANTE LA TRAYECTORIA ERUPTIVA DEL SEGUNDO PREMOLAR INFERIOR

Peiró Guijarro MA, Tarazona B, Zamora N, Cibrián R, Gandía JL

Universidad de Valencia. Valencia

Introducción: La impactación del canino superior por palatino es una alteración eruptiva cuya etiología y diagnóstico temprano tiene una gran importancia. Recientes investigaciones relacionan esta impactación del canino con otras anomalías dentarias, como la desviación del trayecto eruptivo del segundo premolar inferior, pudiéndose utilizar esta desviación como factor predictivo para la detección temprana de la impactación del canino maxilar.

Objetivos: a) desarrollar un método de medida que caracterizase adecuadamente la inclinación de los segundos premolares mandibulares en una radiografía panorámica; b) determinar si existe relación entre la inclinación de estos y el desplazamiento a palatino del canino maxilar; y c) Establecer un ángulo que nos permita pronosticar si estamos ante un paciente susceptible de presentar desplazamiento a palatino del canino maxilar.

Material y método: La muestra estaba compuesta por 100 pacientes: 51 presentaban caninos maxilares desplazados a palatino y un grupo control de 49 pacientes. Se introdujo un nuevo sistema de determinación de la angulación de los segundos premolares para lo que medimos 4 ángulos en cada radiografía panorámica: ángulo: pm-MP y ángulo pm-OP en ambos lados de cada paciente.

Resultados: El método para la medición de la inclinación de los segundos premolares mandibulares presentó un error intraobservador del 2,7% e interobservador del 3,5%. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (control y pacientes con PDC) con un p valor de 0,003 para pm-MP y de 0,004 para pm-OP.

Conclusiones:

1. El método propuesto para la medición de la angulación de los segundos premolares inferiores sin erupcionar en una radiografía panorámica es adecuado para caracterizar su inclinación y es reproducible.

2. La relación entre la inclinación de los segundos premolares inferiores no erupcionados y el desplazamiento a palatino del canino maxilar es estadísticamente significativa.
3. Un valor superior a 35°, de la suma de los valores obtenidos para MP-pm y OP-pm debe hacernos sospechar que estamos ante un paciente susceptible de presentar desplazamiento a palatino del canino maxilar.
4. Este hallazgo puede ser usado en la clínica para la detección temprana del desplazamiento a palatino del canino maxilar con un factor predictivo positivo.

36. PREDICCIÓN DEL TAMAÑO DENTARIO DE DIENTES NO ERUPCIONADOS EN NIÑOS MEDIANTE ECUACIONES DE REGRESIÓN

Tarazona Álvarez B, Peiró Guijarro MA, Zamora Martínez N, Paredes Gallardo V, Gandía Franco JL

Unidad Docente Ortodoncia. Facultad de Medicina y Odontología. Universidad de Valencia. Valencia

Introducción: Conocer el tamaño de los dientes no erupcionados en dentición mixta es una herramienta muy importante en el diagnóstico del paciente. Las tablas de Moyers o las de Tanaka-Johnston no son empleadas en la práctica clínica debido a su complejidad y a que no están basadas en los tamaños dentarios de la población española.

Objetivos: a) Evaluar la aplicabilidad de los métodos de Moyers y Tanaka-Johnston en niños españoles; b) proponer nuevas ecuaciones de regresión utilizando el tamaño de los cuatro incisivos inferiores permanentes para conocer el tamaño de los canino y premolares; y c) comparar nuestros resultados con otras poblaciones.

Material y método: Se seleccionaron 359 niños españoles para el presente estudio, el cual fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación en Humanos de la Universidad de Valencia. Los tamaños dentales se midieron sobre los modelos de estudio usando un sistema digital 2D. En primer lugar, las mediciones reales de los dientes se compararon con los tamaños predichos con las tablas de Moyers y con las ecuaciones de Tanaka-Johnston. En segundo lugar, se desarrollaron unas ecuaciones de regresión utilizando el tamaño de los cuatro incisivos inferiores permanentes para predecir el tamaño de caninos y premolares.

Resultados: Los resultados mostraron que las predicciones del tamaño de los caninos y de los premolares fueron muy diferentes en función de los métodos empleados. Las ecuaciones de regresión para estimar el tamaño conjunto de los caninos y los premolares tanto en la arcada superior como inferior en ambos sexos fueron: niños: canino y premolar superior = $12,68 + 0,42$ incisivo inferior. Canino y premolar inferior = $11,71 + 0,44$ incisivo inferior; niñas: canino y premolar superior = $12,06 + 0,43$ incisivo inferior. Canino y premolar inferior = $10,71 + 0,46$ incisivo inferior.

Conclusiones: Las tablas de Moyers tienden a subestimar el tamaño real de los dientes mientras que las ecuaciones de

Tanaka-Johnston tienden a sobreestimarlos. Las ecuaciones de regresión descritas son un instrumento adecuado para la predicción del tamaño dentario de caninos y premolares.

37. EVALUACIÓN DE LAS DOSIS DE RADIACIÓN DEL CONE BEAM COMPUTED TOMOGRAPHY EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Zamora Martínez N, Peiró Guijarro MA, Tarazona Álvarez B, Paredes Gallardo V, Gandía Franco JL

Unidad Docente Ortodoncia. Facultad de Medicina y Odontología. Universidad de Valencia. Valencia

Introducción: La introducción de la tomografía computarizada de haz cónico o Cone Beam Computed Tomography (CBCT), ha supuesto un gran paso en el diagnóstico por la imagen proporcionando información en los tres planos del espacio. Son múltiples las ventajas que ofrece el CBCT tales como: posibilidad de visualizar las imágenes en alta calidad sin superposiciones ni distorsiones, reconstrucciones a escala real, rapidez y comodidad en la realización de la prueba mediante escaneados más cortos, posibilidad de medición de las imágenes y, por último, un coste aceptable para el paciente. La única desventaja que presenta es la elevada dosis de radiación, siendo uno de los aspectos que debe tenerse en cuenta a la hora de efectuar esta prueba diagnóstica sobre todo en pacientes infantiles o adolescentes.

Objetivos: Analizar las dosis de radiación del CBCT en comparación a las radiografías convencionales y describir los parámetros que influyen a la hora de valorar esta radiación en el niño y adolescente.

Metodología de la revisión: Se realizó búsqueda bibliográfica utilizando el buscador PubMed de artículos en inglés y una búsqueda manual de revistas de ortodoncia y odontopediatría para artículos publicados en español.

Resultados: Todos los estudios destacan la elevada dosis de radiación del CBCT frente a la radiografía digital convencional, dependiendo de varios aspectos (tipo de haz, cantidad, tipo y forma del filtro del aparato, tiempo de escaneado, parámetros de imagen empleados, rotación de 360° del tubo y el campo de visión). Los estudios concluyen que se debe tener especial atención y preocupación cuando tratamos con niños ya que las diferencias en sus factores de peso los hacen más susceptibles a los efectos de la radiación, a pesar de que la mayoría de estudios consultados están basados en adultos jóvenes.

Conclusiones: Por tanto, considerando las dosis de radiación de este tipo de registros, el CBCT no se reconoce como herramienta rutinaria diagnóstica para los niños y adolescentes, teniendo que estar justificada por motivos como: impacaciones dentarias, presencia de dientes supernumerarios y agenesias, casos de anomalías esqueléticas, dientes traumatizados con sospecha de fracturas radiculares o sospecha de posibles lesiones quísticas o tumorales.

PACIENTES CON NECESIDADES ESPECIALES

38. ACTITUD TERAPÉUTICA ANTE EL PACIENTE INFANTIL CON MASTOCITOSIS

Andrés Planells P, Vidal Montolio I, Estrela Sanchis F, Valls Meyer P, Catalá Pizarro M
Universitat de València. Valencia

Introducción: La mastocitosis constituye un grupo heterogéneo de enfermedades que se caracteriza por un aumento en el número de mastocitos en diversos tejidos del cuerpo. La piel es la región que se afecta con mayor frecuencia, si bien los mastocitos suelen aumentar en otros tejidos como la médula ósea, el hueso y el tracto gastrointestinal.

Los mastocitos son un tipo de células que se encuentran en situaciones normales en nuestro organismo y que participan en las reacciones inflamatorias e inmunológicas del mismo. Los mastocitos tienen en su citoplasma diversos gránulos que contienen histamina y otras sustancias químicas que cuando se liberan al tejido que los rodea provocan reacciones que incluyen la dilatación de los capilares, hinchazón y picor.

Existen diferentes tipos de mastocitosis que se distingue por su sintomatología, cantidad de mastocitos, número de órganos afectados y otros aspectos. En el niño puede aparecer desde el nacimiento hasta los 3-4 años; y se han descrito tres tipos: mastocitoma solitario, urticaria pigmentosa y mastocitosis cutánea difusa.

Objetivo: Realizar una actualización bibliográfica sobre la utilización de protocolos específicos para el manejo odontológico del paciente infantil con mastocitosis.

Metodología: Se realiza la búsqueda de literatura científica en la base de datos PubMed utilizando como palabras clave "dental", "oral", "management", "mastocytosis".

Resultados: Los pacientes con mastocitosis tienen un mayor riesgo de sufrir reacciones anafilácticas relacionadas con la liberación masiva de mediadores, secundarios a diversos agentes desencadenantes. Por ello, es fundamental que tanto el tutor responsable del niño, como el odontólogo los conozcan con exactitud para extremar las medidas preventivas y evitar aquellos estímulos, materiales o fármacos que los puedan desencadenar.

Entre los factores desencadenantes emocionales se encuentra el estrés y la ansiedad, muy comunes en el ambiente odontológico; respecto a los materiales, se han descrito alérgenos como el látex, el eugenol o el níquel; y entre los fármacos destacar la penicilina o el ácido acetilsalicílico.

Por lo tanto es importante instaurar un protocolo de sedación para evitar el riesgo de ansiedad, una premedicación con antihistamínicos H1 y H2 y evitar la utilización de ciertos materiales.

Conclusiones: Los pacientes con mastocitosis deben recibir una atención especial por parte del odontopediatra, no

sólo en el manejo del tratamiento dental, sino también en la prescripción y uso de fármacos para el tratamiento de las complicaciones que se puedan desencadenar en aquellos casos con un riesgo evidente de crisis anafiláctica.

39. QUERUBISMO: DIAGNÓSTICO Y ACTITUD TERAPÉUTICA

Aznar Marín A, Rangel López J, Bonafé Monzó N, Bagán Sebastián JV, Catalá Pizarro M
Universitat de València. Valencia

Introducción: El querubismo es una enfermedad hereditaria, autosómica dominante. Es una entidad no neoplásica, progresiva caracterizada por afectar únicamente al hueso de los maxilares, de manera bilateral y simétrica, produciendo una reabsorción de tejido óseo y sustitución por tejido fibroso. Esta afectación se debe a una mutación de origen desconocido. La prevalencia es mayor en el sexo masculino que en el femenino en una proporción 2:1 y no tiene predilección racial. El nombre hace referencia a la deformidad facial característica, que progresivamente va dándole al paciente el aspecto de querubín. Cabe destacar las manifestaciones orales que se asocian como: agenesias, pérdida prematura de dientes temporales, impactaciones y maloclusiones entre otras.

Objetivo: Presentar dos casos clínicos de querubismo de diferente severidad, haciendo hincapié en el diagnóstico diferencial y la actitud terapéutica.

Casos clínicos: *Caso clínico 1:* Niño de 8 años y 2 meses que clínicamente presenta caries, pérdida prematura de dientes temporales y diastemas. El aspecto facial no llama la atención. A nivel radiográfico se observan lesiones de aspecto quístico multiloculares bilaterales a nivel de los maxilares, agenesias e impactaciones. *Caso clínico 2:* Niño de 9 años y 5 meses, que a la exploración clínica presenta caries, maloclusión, erupción ectópica de 4.6, un diente erupcionado por vestibular de otro en el tercer cuadrante y unas protuberancias óseas en palatino y en vestibular de la rama horizontal marcadas. El aspecto facial es llamativo. Radiográficamente se aprecian lesiones quísticas multiloculares, a modo de pompas de jabón, en ambos maxilares, impactaciones, y alteraciones de número difíciles de etiquetar.

Comentarios: En ambos casos con los datos clínicos y radiológicos se estableció el diagnóstico de presunción de querubismo, planteándose el diagnóstico diferencial con entidades tales como tumor marrón de hiperparatiroidismo, síndrome de Noonan y lesiones de células gigantes. El tratamiento se estipula que depende de la severidad de la patología, del compromiso funcional, estético y las repercusiones psicológicas de esta patología sobre el paciente. No obstante, la mayoría de los casos se resuelven espontáneamente, con el tiempo.

Conclusiones: El querubismo es una displasia ósea benigna que requiere un seguimiento estrecho a largo plazo de las

lesiones por su naturaleza progresiva y el compromiso estético y funcional. El odontopediatra debe conocer esta patología ya que puede ser el primero en diagnosticarlo, de manera temprana.

40. APOYO VISUAL PARA COMUNICACIÓN CON PACIENTES ESPECIALES EN LA CONSULTA DENTAL

Canorea Díaz E¹, Cruz Vázquez S¹,
Martín-Rubio Zamorano N², Valcarcel Soria R³,
Mora Fernández MG³

¹SESCAM. ²Odontología. Madrid. ³SERMAS

Introducción: Cada vez son más las familias que tienen miembros con trastornos de espectro autista (TEA), buscando atención odontológica especializada.

La comunicación, interacción social y falta de flexibilidad en el razonamiento y comportamiento de pacientes con TEA hacen que realizar cualquier tratamiento odontológico puede resultar muy complejo. Por ello, se recurre demasiado a sedación y a anestesia general.

El uso de ayudas visuales (fotografías, vídeos, pictogramas, dibujos, gestos, etc.) es básico en el tratamiento de los pacientes con TEA. Estas estrategias disminuyen la ansiedad ante lo desconocido, facilitan su autonomía, favorecen su comprensión y garantizan su colaboración.

Al realizar la búsqueda bibliográfica para profundizar en este trabajo, se aprecia que hay guías creadas en urgencias pediátricas y enfermería para la atención primaria, no existiendo en odontología un protocolo de actuación con estos pacientes.

Conocer las características del paciente TEA y manejar las ayudas visuales necesarias, mejorará su intervención odontológica y su salud bucodental.

Objetivos: Elaboración de un cartel de comunicación para niños TEA, aplicable a otros pacientes especiales para el examen de SBD.

Metodología: Análisis bibliográfico sobre dicho tema usando como bases de datos PubMed, Scielo, Medline y Google Académico. Para comenzar la confección del trabajo contactamos con la Asociación ARASSAC y con el equipo multidisciplinar que realiza el trabajo, formado por odontólogos, higienistas y una maestra especialista en audición y lenguaje.

Resultados: En la revisión descrita se encuentran métodos visuales descritos para otros procedimientos médicos, pero no para la atención dental específica.

A partir de dicha base, se diseña un cartel visual de comunicación para el tratamiento dental y el manejo en consulta de las necesidades odontológicas de estos pacientes.

Se presenta una serie de cuadros asociados a los aspectos más importantes en la consulta dental, tratamientos, instrumental e instrucciones de SBD, usando principalmente pictogramas.

Comentarios: Creemos conveniente crear un cartel-póster que permita realizar una desensibilización en la consulta dental, trabajando desde un punto multidisciplinar e involucrando a los profesionales sanitarios habituales en las revisiones de niños (pediatría y enfermería), padres, y maestros especialistas en audición y lenguaje.

Este material puede utilizarse con otros tipos de pacientes que tengan necesidades especiales debido a diferentes causas tales como déficit de atención con y sin hiperactividad, pacientes con miedo, retraso mental, etc.

Conclusiones: Todo equipo de SBD que atienda a pacientes con TEA debe conocer los procedimientos de desensibilización sistemática, el uso de ayudas visuales y tener muy presente la técnica decir-mostrar-hacer.

Se debe producir una instrucción precisa a padres/educadores sobre la importancia de la prevención oral, siendo necesarias la protocolización de visitas periódicas que minimicen el riesgo de patología oral en dichos pacientes.

41. SÍNDROME CARDIO-FACIO-CUTÁNEO Y PERIODONTITIS AGRESIVA. ¿UNA NUEVA VARIANTE FENOTÍPICA? CASO CLÍNICO

Del Llano Fernández A, Varela Aneiros I,
Pico Blanco A, Caneiro Queija L, Blanco Carrión J
Universidad de Santiago de Compostela. A Coruña

Introducción: El síndrome cardio-facio-cutáneo (SCFC) es una anomalía congénita que se caracteriza por déficit intelectual y retraso psicomotriz, y una serie de hallazgos físicos comunes, como defectos cardíacos congénitos, anomalías craneo-faciales y alteraciones del cabello (pérdida de las cejas), uñas y piel. Su prevalencia se desconoce. El diagnóstico definitivo es genético, aunque todos los casos diagnosticados son espontáneos, presumiblemente por una mutación *de novo*. Hasta la fecha, los hallazgos intraorales descritos entre los pacientes con SCFC son: fisura palatina submucosa, hipoplasia de esmalte y dientes supernumerarios.

Objetivo: Describir un caso de periodontitis agresiva en una paciente con SCFC.

Caso clínico: Paciente de 7 años de edad con sospecha clínica de SCFC, confirmada mediante estudio genético (mutación Tyr130Cys en heterocigosis en el gen MAP2K1). Acude a consulta en la Unidad de Pacientes Especiales de la Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad de Santiago de Compostela (USC) con un diagnóstico inicial de "pérdida prematura de dientes temporales y movilidad de los remanentes". La exploración clínica y radiológica confirmó el diagnóstico de periodontitis agresiva y el cultivo subgingival demostró un predominio de flora anaerobia (*F. nucleatum* y *P. intermedia*). Se realiza tratamiento periodontal convencional (raspado y alisado radiculares); a pesar de un control de placa aceptable, a los 6 meses presentó una exacerbadura de la periodontitis que requirió tratamiento antibiótico y nuevo curetaje.

Comentarios: No hemos encontrado en la literatura ningún caso de periodontitis agresiva en pacientes diagnosticados de SCFC. La paciente presentó pápulas hiperqueratósicas durante los primeros días de vida, que desde entonces recurren periódicamente, lo cual obliga a descartar que en la etiopatogenia de la periodontitis participen factores inmunológicos especialmente en relación con la inmunidad celular y/o la funcionalidad de los neutrófilos, como ocurre en otros síndromes hiperqueratósicos como el Papillon-Lefevre.

Conclusiones: El diagnóstico de periodontitis agresiva en una paciente con SCFC podría formar parte de una expresión fenotípica del síndrome y obliga a descartar una deficiencia inmunológica de base.

42. INTERVENCIÓN DEL ODONTOPEDIATRA EN LA DISTRACCIÓN OSTEOGÉNICA CRANEOFACIAL EN PACIENTE CON SÍNDROME DE GOLDENHAR

Morales Loya NI¹, Barraza Lerma N¹, de la Riva V^{1,2}

¹Departamento de Estomatología Pediátrica. Universidad Autónoma de Chihuahua. México. ²Universidad Nacional Autónoma de México. México

Introducción: El síndrome de Goldenhar es un complejo de anomalías craneofaciales unilaterales y vertebrales. Su incidencia se estima en 1 de cada 25.000 nacidos vivos. La patogenia está basada en una inadecuada oxigenación tisular, origen de una hipogénesis de la arteria estapédica y sus divisiones supraorbital y maxilomandibular. Se caracteriza por afectación facial por lo general son unilaterales, con predominio derecho con: hipoplasia de las regiones malar, maxilar, y/o mandibular del lado afectado. La distracción osteogénica es un proceso biológico de regeneración de hueso neoformado y tejidos blandos adyacentes mediante tracción progresiva y controlada de los segmentos óseos separados quirúrgicamente.

Objetivo: Mostrar la intervención del odontopediatra en la etapa pre-quirúrgica para distracción osteogénica craneofacial.

Caso clínico: Paciente masculino de 8 años de edad, con diagnóstico de síndrome de Goldenhar, el cual acude a clínica de odontopediatría. Corresponde a 4.^a gestación, prematuro, con ventrículo único. A los 4 años le realizaron operación parcial, tratado por médico cardiólogo periódicamente, medicado con 75 mg de ácido acetilsalicílico cada 24 horas. A la exploración presenta cráneo dolicocefalo, asimetría facial, línea interpupilar no concordante, catarata en ojo izquierdo, agenesia de ambas orejas, puente nasal en depresión, incompetencia labial. Intraoralmente, hiperplasia gingival, arcos triangulares, paladar profundo y estrecho, lengua móvil y comprimida, cálculo dental, higiene bucal deficiente, mordida cruzada posterior izquierda, mordida abierta anterior de 7 mm, malposiciones dentarias y presencia de obturaciones filtradas. Radiográficamente, se observan retenciones den-

tales, compresión de vía aérea, así como agenesia de rama mandibular izquierda.

El tratamiento consistió en control de placa dentobacteriana, eliminación de lesiones cariosas y tratamiento de ortopedia dentofacial.

Comentarios: La literatura refiere que el tratamiento es multidisciplinario, la corrección quirúrgica de las anomalías debe indicarse precozmente; son importantes las canalizaciones para permitir la alimentación a través de la boca, reconstrucción del labio y paladar, resección de esbozos preauriculares, acortamiento o alargamiento de huesos de mandíbula, reconstrucción de malares y oído externo. El tratamiento estomatológico es corrección quirúrgica de la maloclusión, mediante aparatos ortopédicos, coincidiendo con nuestro caso, a diferencia de que sugieren rehabilitación oral bajo anestesia general por la dificultad del manejo de la vía aérea y la nula cooperación del paciente.

Conclusión: En pacientes que iniciarán un protocolo quirúrgico se debe realizar un manejo interdisciplinario con el objetivo principal de optimizar el crecimiento dentofacial, mejorando el aspecto psicológico-biológico y social del paciente, logrando un equilibrio en su salud integral.

43. SÍNDROME CLAPO, ¿QUÉ DEBE CONOCER EL ODONTOPEDIATRA SOBRE ESTA RECIENTE ENTIDAD NOSOLÓGICA?

Padilla Miranda M, López Jiménez AJ, Gómez Clemente V, Muñoz Caro JM, Planells del Pozo P

Universidad Complutense de Madrid. Madrid

Introducción: El síndrome CLAPO o de López-Gutiérrez es un trastorno genético malformativo de etiología desconocida. Ha sido descrito recientemente, caracterizándose por la presencia de una malformación capilar simétrica localizada en la línea media del labio inferior, malformación linfática y/o venosa en cara y cuello con diferente grado de severidad, asimetría y crecimiento excesivo parcial o generalizado del área cervicofacial o de otras zonas del organismo como las extremidades.

Objetivo: Realizar una descripción general del síndrome, así como conocer los signos y síntomas más importantes y su influencia en la región orofacial en aras a determinar un posible tratamiento odontopediátrico.

Material y método: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de la literatura científica en diversos buscadores electrónicos, relacionada con la entidad conocida como síndrome CLAPO utilizando las *palabras clave*: “capillary malformation”, “lower lip”, “CLAPO syndrome”, “overgrowth” y “lymphatic malformation”.

Caso clínico: Se presenta el caso clínico de dos pacientes de sexo femenino diagnosticadas de la citada entidad, de 8 y 17 años de edad respectivamente, evaluadas en el Servicio Médico de Cirugía Oral y Maxilofacial y Odontopediatría del

Hospital Universitario de La Paz de Madrid. Ambas pacientes a la exploración presentan macroglosia, lesiones múltiples en el dorso y cara ventral de la lengua y suelo de la boca, lesión capilar en el labio inferior localizada en la línea media y una malformación veno-linfática cervicofacial de severidad variable. Dentro de las complicaciones secundarias más frecuentes destaca un elevado riesgo de sangrado, mala higiene oral, gingivitis, múltiples caries y desarrollo de maloclusiones.

El tratamiento es principalmente quirúrgico bajo anestesia general y dirigido principalmente a la reducción lingual y tratamiento de las lesiones vasculares con radiofrecuencia y laser de diodo y post-quirúrgico encaminado a la disminución de las complicaciones acontecidas después de la cirugía.

Conclusiones: El síndrome CLAPO cursa con malformaciones vasculares y linfáticas severas, que afectan de manera significativa a la región orofacial y que tiene importantes repercusiones en el desarrollo de los maxilares y de patología infecciosa como la caries y la gingivitis.

Requiere de un diagnóstico temprano y un tratamiento multidisciplinar, sin embargo, es necesaria una mayor investigación para conocer en profundidad las alteraciones acontecidas a nivel oral y mejorar de esta manera el manejo y tratamiento odontopediátrico de las mismas en estos pacientes.

44. GUÍA DE PREVENCIÓN E HIGIENE ORAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON FISURA DE LABIO Y/O PALADAR

Torres Moneu A, Gómez Clemente V, López Jiménez A, Betancur Polo N, Planells del Pozo P
Universidad Complutense Madrid. Madrid

Introducción: Las fisuras de labio (FL), paladar (FP) y de labio y paladar (FLP) son las fisuras cráneo-faciales más frecuentes. El tratamiento quirúrgico en etapas muy tempranas es fundamental, es por ello que es de vital importancia la aplicación de un protocolo preventivo antes y después de las intervenciones. Mientras el cuidado de un bebé con FL/P es el mismo que el de cualquier otro bebé en muchos aspectos, requerirán atención especial en algunas de sus necesidades diarias, como por ejemplo la prevención alimentaria y salud oral.

En la literatura los estudios que analizan estos aspectos en pacientes fisurados pediátricos son limitados y en muchas ocasiones contradictorios. Además, las muestras estudiadas no se han descrito adecuadamente en cuanto a tamaño, raza, zona geográfica ni tipo de fisura, lo cual dificulta la interpretación y extrapolación de los resultados.

En el Hospital Universitario La Paz de Madrid cuentan con una guía informativa sobre pacientes fisurados para padres, careciendo de consejos y formación en salud oral. La colaboración multidisciplinar que llevamos a cabo con el centro permitirá mejorar la calidad de vida de pacientes pediátricos con necesidades especiales.

Objetivo: Elaborar un protocolo/guía de prevención e higiene oral, incluyendo recomendaciones y pautas para

pacientes con FL/P basadas evidencia científica para mejorar la calidad de vida del paciente especial pediátrico.

Metodología: se ha realizado una revisión bibliográfica con una estrategia de búsqueda en diversos buscadores electrónicos. Se emplearon los términos MeSH: *cleft palate, cleft lip, oral hygiene, oral health, dental caries, breastfeeding y feeding methods*, que se interrelacionaron con los operadores booleanos AND y OR.

Resultados: Se presenta un tríptico protocolizado e informativo para padres y educadores recogiendo recomendaciones y consejos basados en la evidencia sobre el tipo de lactancia recomendada según la fisura, los dispositivos auxiliares para una alimentación más productiva, la postura más eficiente al lactar y técnicas de higiene oral para una correcta alimentación y salud oral en pacientes con FL/P.

Conclusiones: La inclusión del odontopediatra en el equipo multidisciplinar del tratamiento en pacientes fisurados es de vital importancia para mejorar la calidad de vida de los pacientes especiales infantiles.

La realización de guías/protocolos informativos permite una intervención y formación temprana de familiares y educadores.

PULPA/ENDODONCIA/TRAUMATOLOGÍA

45. ¿ES LA REVASCULARIZACIÓN DE DIENTES PERMANENTES INMADUROS UNA TÉCNICA EFICAZ Y REPRODUCIBLE?

Chen Y, Jovani Sancho MM, Sheth Shah CC, Ribelles Llop M, Garcovich D

Departamento de Odontología. Universidad CEU-Cardenal Herrera. Valencia

Introducción: Los objetivos del tratamiento en dentición permanente joven van dirigidos a mantener la vitalidad pulpar y obtener el desarrollo radicular fisiológico, consiguiendo una proporción corono-radicular adecuada del diente. En algunas ocasiones, bien porque diagnosticamos una vitalidad pulpar negativa del diente, bien porque se produce un fracaso del tratamiento de pulpa vital, no se consigue el cierre apical de forma fisiológica, por lo que nos vemos con la necesidad de emplear métodos de inducción del cierre apical de forma artificial. Ante estas situaciones clínicas surge una nueva opción de tratamiento con buena perspectiva de futuro, que a diferencia de la apexificación, permite la continuación del desarrollo radicular, la *revascularización*. Esta técnica se basa en la estimulación de un coágulo a partir de los tejidos periapicales, previa desinfección del conducto generalmente con una mezcla de tres antibióticos, permitiendo el refuerzo de las paredes dentinales, y aumentando el éxito del tratamiento

Objetivo: Realizar una revisión de la literatura con el objetivo de profundizar en la técnica de revascularización, analizando su base biológica y su viabilidad o éxito en el tratamiento dental.

Material y método: Se realizó una búsqueda bibliográfica consultando la base de datos PubMed y Medline de artículos publicados entre los años 2005 y 2015. Se utilizaron como palabras clave: *pulp revascularization, immature tooth, revitalization*. Se estudiaron casos clínicos publicados en la bibliografía consultada, en los que se analizaban datos de la anamnesis, diagnóstico, tratamiento y su seguimiento con el fin de valorar su viabilidad.

Resultados: La técnica de revascularización es una técnica que presenta un elevado porcentaje de éxito en el tratamiento del diente permanente joven no vital. De todos los casos publicados revisados, sólo un poco número de dientes tratados con la técnica de revascularización fracasaron. Analizando los criterios de éxito clínico y radiográfico, un alto porcentaje de dientes obtuvieron un aumento del grosor de la raíz y la longitud radicular y una proporción menor consiguieron el cierre apical. Se demuestra por tanto la eficacia de la técnica.

Conclusiones: El tratamiento de revascularización en dentición permanente joven, según la bibliografía revisada, presenta elevados porcentajes de éxito, independientemente de la variación de protocolos empleados. El bajo porcentaje de fracaso podría deberse a la tendencia de los autores de no publicar casos fallidos o a la interpretación subjetiva de las radiografías a la hora de decidir si hay o no signos de apexogénesis.

46. REVASCULARIZACIÓN EN DIENTES PERMANENTES CON ÁPICES INMADUROS

Díez Cano MI, Tafalla Pastor H, Berenguer Mira MT, Crespo Muñoz A, Vicedo Quereda E
Hospital del Vinalopó. Elche, Alicante

Introducción: La revascularización es un nuevo método de tratamiento en dientes permanentes con ápices inmaduros y necrosis pulpar. Hasta la fecha la apicoformación ya sea mediante hidróxido de calcio o tapón apical de MTA, era el tratamiento de elección para este tipo de casos.

Objetivo: Realizar una revisión de la bibliografía científica existente que nos permita reconocer los principales protocolos de revascularización de dientes permanentes con ápice inmaduro.

Material y método: Se realizó una búsqueda bibliográfica consultando las bases de datos PubMed y Medline. Las palabras clave empleadas fueron “pulp revascularization” e “immature permanent teeth treatment”.

Resultado: La mayor parte de los autores coinciden en el uso de la pasta triantibiótica (minociclina, ciprofloxacino y metronidazol) como un buen agente antibacteriano en la primera cita de tratamiento; en la importancia de establecer un buen coágulo que permita la estimulación del desarrollo del ápice en la segunda cita; además de un buen sellado coro-

nal que impida la contaminación a largo plazo en la tercera cita. Algunos autores establecen que el uso de la anestesia sin vasoconstrictor favorece la formación del coágulo en la segunda cita. Otro punto a estudiar es la decisión sobre la instrumentación del conducto durante las citas, donde un alto porcentaje de autores coinciden en que la no instrumentación del conducto eleva el índice de éxito de la revascularización.

Conclusiones: Los dientes permanentes con ápices inmaduros siempre son un reto en la práctica de la endodoncia. Podemos concluir que la revascularización estimula el desarrollo del ápice así como el engrosamiento de las paredes dentinarias, reduciendo así el riesgo de fractura. Por otro lado, la ingeniería tisular está abriéndose paso en el campo de la revascularización con el objetivo de encontrar alternativas más biológicas.

47. ACTIVIDAD ANTIMICROBIANA DE LA PASTA TRIANTIBIÓTICA E HIDRÓXIDO DE CALCIO EN LA REVASCULARIZACIÓN PULPAR: EVALUACIÓN *IN VITRO*

Guzmán S, Cortés O, Alcaina A, Austro MD, Castejón I
Universidad de Murcia. Murcia

Introducción: El tratamiento de dientes permanentes jóvenes con pulpa necrótica constituye un reto para los odontopediatras, siendo la endodoncia regenerativa una alternativa prometedora para estos dientes. Sin embargo, obtener un resultado favorable mediante protocolos de revascularización pulpar dependerá en gran medida de la eliminación de los microorganismos dado que la reparación apical no puede ocurrir en presencia de tejido infectado.

Objetivo: Investigar cómo dos soluciones antisépticas distintas actúan frente a una de las principales bacterias anaerobias facultativas presentes en dientes permanentes jóvenes con pulpa necrótica. Los dos tipos de materiales antibacterianos utilizados fueron hidróxido de calcio y pasta triantibiótica modificada (ciprofloxacino, metronidazol, clindamicina), con agua purificada o propilenglicol como solventes.

Material y método: Se llevó a cabo la siembra de la cepa bacteriana *E. coli* (ATCC® 25922) en placas Petri para probar la susceptibilidad de la pasta triantibiótica frente al hidróxido de calcio usando como solventes agua purificada (Mili-Q) y propilenglicol, mediante el método de difusión en agar. Se realizó la lectura de los resultados a las 48 horas mediante la medición de los halos de inhibición presentes en las placas.

Resultados: En base a los criterios para valorar la eficacia antimicrobiana de los materiales utilizados, se observó que la pasta triantibiótica mostró un resultado más favorable frente a las placas a las que se aplicó el hidróxido de calcio. Respecto a los solventes, ofrece mejores resultados el agua purificada que el propilenglicol para ambos tipos de medicamentos.

Conclusiones:

1. El éxito de la endodoncia regenerativa depende de la erradicación de las bacterias de los conductos radiculares.

2. La pasta triantibiótica es más efectiva contra microorganismos anaerobios facultativos que el hidróxido de calcio, independientemente del solvente utilizado.
3. El agua purificada utilizada como solvente es más efectiva que el propilenglicol, independientemente de la solución antiséptica utilizada.

48. PUESTA AL DÍA EN LOS MEDIOS DE TRANSPORTE PARA DIENTE AVULSIONADO

López González E, Vilar Rodríguez C, Calvo Sagastuy A, Miegimolle Herrero M, Arner Cortina C

Universidad Europea de Madrid. Madrid

Introducción: El traumatismo dental es un motivo frecuente de visita a la consulta del odontólogo. Aproximadamente el 30% de niños con dientes temporales y el 22% de niños con dientes permanentes sufren traumatismos dentarios importantes. Dentro de los traumatismos, aproximadamente el 0,5-3% consisten en avulsiones dentarias. Uno de los factores más importantes para que el tratamiento de un diente avulsionado culmine con éxito es la elección de un medio de transporte adecuado.

Objetivos: Describir el medio de transporte adecuado para mantener el máximo tiempo posible la vitalidad de las células del ligamento periodontal en el período de tiempo extraoral, hasta que se procede a la reimplantación de los dientes permanentes avulsionados.

Material y método: Se realizó una búsqueda bibliográfica con las palabras clave “medio de transporte”, “avulsión”, “storage media”, “storage medium”, “diente permanente”, “Solución balanceada de Hanks”, “HBSS”. En las siguientes bases de datos: “Medline” “PubMed”, “Biblioteca de la Universidad Europea de Madrid, Dulce Chacón”. Entre los años 1997 y 2015.

Resultados y discusión: Dentro de los medios de transporte que existen en la actualidad, el agua se utilizó como control negativo, debido a que produce la lisis de las células del ligamento periodontal por su pH y su contenido en cloro. Todos los artículos revisados coinciden en que el mejor medio de transporte para un diente avulsionado es la propia cavidad oral del paciente. La solución salina de Hanks es el medio más estudiado, pero existe controversia entre autores ya que su éxito depende mucho de la temperatura en la que se encuentre este medio. Se determinó que la leche es el medio más cómodo de usar por su bajo precio y gran accesibilidad para el paciente. Las sales de rehidratación oral se han descrito como un medio de transporte con un porcentaje de éxito muy elevado en la viabilidad de las células del ligamento periodontal. En la literatura se describen otros medios de transporte con menor éxito que los descritos anteriormente.

Conclusiones: Las características que debería tener el medio de transporte de un diente avulsionado ideal serían económico y de fácil acceso por el paciente. Existe controversia

entre los autores a la hora de determinar cuál es el medio de transporte ideal. La prevención, mediante protectores bucales cuando se realizan deportes de contacto, es fundamental para evitar las avulsiones dentarias.

49. RESTAURACIÓN BIOLÓGICA DE FRACTURA CORONARIA EN DENTICIÓN TEMPORAL. INFORME DE UN CASO

Macías Gamboa DM, Pacheco Santiesteban R

Departamento de Estomatología Pediátrica. Universidad Autónoma de Chihuahua. México

Introducción: Las fracturas dentales son las lesiones traumáticas más frecuente en la dentición permanente, mientras que en la decidua son las luxaciones, afectando principalmente los incisivos superiores. Su prevalencia varía ampliamente (11,7% al 58,6%) siendo multifactorial (sobremordida horizontal aumentada, respiración oral y maloclusión) y por traumatismos (práctica de deportes de contacto, accidentes automovilísticos, etc). En dentición decidua, el género masculino se ve mayormente afectado, con un rango etario que va de 2 a 3 años.

Objetivo: Presentar un caso clínico en donde mostramos la restauración biológica de una fractura no complicada de corona y raíz como una alternativa terapéutica en la dentición temporal.

Caso clínico: Se presenta el caso de un paciente masculino de dos años de edad quien acude a la clínica de Estomatología Pediátrica de la Facultad de Odontología de la UACH mostrando traumatismo del incisivo central superior derecho provocado por trauma directo al diente involucrado trayendo consigo un fragmento de corona del diente afectado en un medio acuoso. Los padres del paciente mencionan que 24 horas antes, hubo desprendimiento del fragmento. A la exploración intraoral, se observó dentición temporal completa para su edad con fractura no complicada de corona y raíz del incisivo central superior sin movilidad del fragmento radicular ni de otra pieza dental. Se procedió al tratamiento mediante aislado absoluto y desinfección de la zona y fragmento a reposicionar, utilizando como medio de adhesión una resina fotocurable fluida. Después de 5 meses de seguimiento, no se observaron filtraciones o cambios dimensionales en la restauración.

Comentarios: De acuerdo a lo expuesto anteriormente, consideramos una excelente alternativa terapéutica la reposición del fragmento en casos que no exista pérdida de estructura dental, constituyendo una restauración biológica que restituye la función además de mantener la estética, lo cual es respaldado por Asian y Díaz, quienes sugieren que la reposición supera a las restauraciones de resina, a pesar que ellos solo lo han realizado en dentición permanente. Sheen, recomienda varias opciones de tratamiento en dientes deciduos las cuales incluyen restauración con resina hasta la extracción del diente como última opción.

Conclusiones: Existen pocos reportes de reposición dental en dentición temporal, considerando esta técnica como una opción de tratamiento con seguimiento a largo plazo, teniendo en cuenta la severidad del mismo, el compromiso del diente sucedáneo y la edad del paciente, ya que a pesar de que contamos actualmente con materiales sumamente estéticos ninguno superará al órgano dental.

OTROS

50. ANOMALÍAS DENTARIAS DE NÚMERO, FORMA Y ERUPCIÓN

Baquero Artieda L, Pinilla Blanco K, Bartolomé B, Costa F, Gallegos L

Universidad Europea de Madrid. Madrid

Introducción: Una de las anomalías dentarias más frecuentes en la consulta odontopediátrica son las alteraciones en el número de dientes, siendo más común la ausencia de alguno/s de ellos: agenesia dental. Ciertas características dentales que la acompañan suelen ser reducciones en el tamaño y forma de los dientes, así como un retraso en la erupción. Ocurren durante la etapa de iniciación del desarrollo de la dentición. La prevalencia de agenesia y los dientes más afectados presentan variabilidad étnica. La dentición permanente es la más afectada. Las agenesias múltiples suelen encontrarse asociadas a síndromes: displasia ectodérmica, síndrome de Down, trico dento óseo, entre otros. Más rara vez se presentan como condición aislada.

Objetivos: Presentar un caso clínico con múltiples agenesias asociado a anomalías de forma y anomalías de la erupción.

Caso clínico: Se presenta una paciente de 9 años y 11 meses de edad sin antecedentes familiares de interés, derivada de un centro de salud para tratamiento ortodóncico. Antecedentes personales: pubertad precoz, asmática en tratamiento con broncodilatadores y corticoides. Reflujo gastroesofágico en tratamiento. Durante la primera infancia presentó varios episodios de bronquiolitis y afección de vías respiratorias altas. Tras el examen clínico y radiográfico, diagnosticamos la presencia de múltiples agenesias, dientes conoides de centrales superiores e inferiores y trasposición de incisivo lateral por el canino mandibular.

Discusión: Es poco frecuente encontrar casos de agenesia severa, sin embargo, la paciente presenta ausencia de ocho piezas sin incluir los terceros molares. Los dientes frecuentemente afectados son los incisivos laterales maxilares y los segundos premolares mandibulares, confirmándose dichas agenesias en ella, además de presentar ausencias de los cuatro segundos molares permanentes.

La causa que justifica estas alteraciones no está del todo clara, ya que hay varias teorías descritas. La más aceptada

sugiere una herencia de tipo poligénica con genes modificantes y factores ambientales (Thesleff I, 2000). Nuestra paciente no presenta estudio genético previo, ni antecedentes familiares de agenesias conocidos.

La mayoría de los autores observan que las agenesias dentales suelen presentarse más en mujeres, confirmándose en nuestro caso.

En la literatura encontrada respecto a trasposiciones dentarias observamos que la más frecuente es la del canino superior con el incisivo lateral maxilar, contradictorio a este paciente donde la trasposición se localiza en la mandíbula.

Conclusión: Ante un paciente infantil que presenta múltiples agenesias debemos investigar la asociación con otras anomalías dentarias para poder establecer un adecuado plan de tratamiento.

51. EL USO DE LA TRANSILUMINACIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA

Castro Pérez A, Gasia M, Costa Ferrer F, López Moreno C, Torres L

Madrid

Introducción: La transiluminación es un método con fines diagnósticos en la odontología, entrando en el grupo de los denominados diagnósticos ópticos. Su objetivo principal es localizar caries, mediante un haz de luz que ilumina al diente y muestra las áreas desmineralizadas, incluso podría servir para diferenciar su profundidad e intuir si estas llegan o no a pulpa.

Actualmente se utiliza como alternativa a las radiografías de aleta de mordida en niños que en determinadas situaciones, no las aceptan.

Objetivos: Valorar si la transiluminación puede sustituir a otros medios diagnósticos como las aletas de mordida o al menos, comparar la eficacia diagnóstica de esta técnica para agregarla a nuestros exámenes clínicos.

Material y métodos: Se realiza una revisión bibliográfica de los últimos quince años, usando como bases científicas PubMed, MedLine, Science Direct, Ovid y Google Academic.

Como palabras clave se utilizaron los términos: *transillumination, FOTI, caries diagnostic*, añadiendo como filtro la edad de los pacientes de 0 a 18.

Se presentan además una serie de casos que acudieron a la Clínica Universitaria de la Universidad Europea a los que se tomaron registros radiográficos con aletas de mordida y se compararon con la lámpara de transiluminación.

Resultados: Esta herramienta es un método complementario al examen visual y radiográfico, siendo este último, la mejor opción para diagnosticar lesiones interproximales tanto en esmalte como dentina, ya estén cavitadas o no. Sin embargo, algunos autores destacan que la transiluminación detectó caries que otros métodos no hicieron. La mayoría de autores resaltan la sensibilidad y especificidad que tiene para detectar lesiones incipientes, sobre todo en interproximal.

Conclusiones: Detectar prematuramente las caries interproximales es muy importante para prevenir una mayor progresión de las mismas, y ha quedado demostrado, a pesar de sus limitaciones, que esta técnica aumenta su diagnóstico clínico en ausencia de aletas de mordida, o en aquellos pacientes en los que sea muy difícil tomarlas, por lo que es una herramienta muy útil que debería incluirse en los exámenes ópticos.

52. INCIDENCIA, ETIOLOGÍA Y MANEJO CLÍNICO DE LA INFRACLUSIÓN DE MOLARES TEMPORALES

González Arjona R, Marqués L, Pérez Martínez C, Sastriques Mateu C, Vilar Pinazo A
Universidad Europea de Valencia. Valencia

Introducción: La infraoclusión de los molares temporales es una alteración de la erupción manifestándose como una posición inferior de dichos dientes con respecto al plano oclusal de los dientes adyacentes. Consecuentemente, el crecimiento y el desarrollo del hueso alveolar se ven afectados, con la consiguiente reducción de la altura del hueso, lo que impide la erupción del diente temporal que permanece en infraoclusión.

Objetivo: Conocer la incidencia y la etiología de esta patología, y al mismo tiempo indagar sobre las patologías relacionadas con la infraoclusión, así como el tratamiento más efectivo.

Metodología: Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, Scopus y Cochrane en la que se incluyeron todos los artículos publicados en los últimos 10 años, utilizando las palabras clave “infraocclusion” “decidius molars”, “ankylosis”.

Resultados: La etiología es controvertida ya que puede deberse a múltiples factores: impactación, ausencia de sustituto permanente, trauma mecánico, presión anormal de la lengua, infección o daños en la vaina de Hertwings. Algunos autores sugieren también etiología genética.

La mayor prevalencia se encontró entre los seis y ocho años de edad. Lo que evidencia que la infraoclusión se da con mayor frecuencia en dentición mixta, no encontrándose diferencias entre sexos.

El diagnóstico precoz es importante, ya que la falta de tratamiento oportuno puede dar lugar a que un diente en infraoclusión produzca un desarrollo insuficiente en la anchura y la altura del hueso de soporte. Una cantidad ósea insuficiente puede conllevar dehiscencias, bolsas periodontales y exposición de la raíz de los dientes adyacentes, además de los consecuentes problemas oclusales como inclinación de dientes adyacentes, extrusión del antagonista, pérdida de espacio o mordida abierta lateral.

Los tratamientos descritos en la bibliografía van desde la colocación de un arco lingual que evite la mesialización del primer molar permanente sobre el temporal en infraoclusión y esperar a la exfoliación y posterior erupción del permanente; la exodoncia en el momento de la exfoliación o la extracción temprana del temporal asociada a un mantenedor de espacio

hasta que el permanente erupcione de forma natural o traccionándolo ortodóncicamente.

Conclusión: El diagnóstico precoz de la infraoclusión y la correcta planificación del tratamiento son esenciales para prevenir complicaciones, además de mantener un seguimiento adecuado de la evolución del caso.

53. REPERCUSIÓN PSICOLÓGICA EN EL NIÑO DE LA LACTANCIA A DEMANDA

Lea M, Boj JR, Espasa E, Hernández M
Universidad de Barcelona. Barcelona

Introducción/justificación: La lactancia materna es el medio natural para aportar al infante los nutrientes necesarios para su crecimiento y desarrollo. La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida; a partir de entonces, iniciar la introducción de alimentos complementarios al menos hasta los dos años. En el momento del nacimiento, el cuerpo y mente del niño están unidos con los de la madre. Progresivamente, irá ampliando ese vínculo emocional e incorporando otras figuras como la paterna y su círculo familiar. Es importante saber las consecuencias psicológicas que proporciona la lactancia materna a demanda, en el desarrollo del niño, y saber si tendrá alguna repercusión a nivel cognitivo.

Objetivos: El objetivo principal de este estudio es revisar la existencia de una relación directa entre la lactancia materna, el desarrollo psicológico del niño y su nivel cognitivo.

Metodología: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en la base de datos de: Cochrane y PubMed, con las palabras clave: *breastfeeding, psychological development, behavior*, en inglés y español.

Resultados: Según los artículos revisados, la lactancia materna además de ser beneficiosa para la madre, también lo es para el niño, creando un mayor vínculo afectivo fruto de esa conexión. Algunos autores sugieren que los infantes que han sido alimentados con lactancia materna, presentan un mayor nivel cognitivo, aun no siendo concluyente debido a la existencia de otros factores externos. Así pues, la lactancia materna es útil para el correcto desarrollo del vínculo madre-hijo, el apego seguro y la formación del yo.

Conclusiones: La lactancia materna proporciona beneficios al niño y es el nexo de unión entre madre-hijo durante la primera infancia. Se ha demostrado una posible relación entre la lactancia materna y el desarrollo cognitivo, aunque son necesarios más estudios para confirmar dicha relación.

54. CONOCIMIENTOS SOBRE EROSIÓN DENTAL EN UNA MUESTRA DE ESTUDIANTES ADOLESCENTES

Tovar Flores W, Marqués Martínez L, Gavara Navarro MJ, Ribelles Llop M

Facultad de Odontología. Universidad CEU Cardenal Herrera. Valencia

Introducción: La erosión dental es la pérdida patológica, crónica, localizada e indolora de los tejidos dentales producida por la acción química de ácidos, donde no está involucrada la acción de microorganismos. Es una enfermedad multifactorial donde intervienen factores químicos, biológicos y de comportamiento. En la literatura se observa una tendencia al alza no solo de la prevalencia de la erosión, sino también del número de dientes afectados y su severidad con el aumento de la edad. Este incremento ha tenido como consecuencia un aumento en el interés de investigación acerca de esta patología, así como la necesidad de educar a la población sobre la etiología y manifestaciones clínicas con fines preventivos.

Objetivo: Determinar los conocimientos sobre erosión dental de una muestra de alumnos del I.E.S Gilabert de Centelles de Nules (Castellón), así como analizar posibles factores químicos, biológicos y de comportamiento que pueden influir en el desarrollo de dicha enfermedad.

Material y método: Se llevó a cabo una investigación correlacional, no experimental, transversal en una muestra de 352 adolescentes, que debían rellenar un cuestionario. La muestra fue seleccionada mediante un sistema de muestreo no probabilístico consecutivo, donde se seleccionó a los participantes que cumplían los siguientes criterios de inclusión: firmar el consentimiento informado, cumplimentar correctamente el cuestionario, saber leer y entender el idioma español. El cuestionario constaba de varias preguntas que permitían obtener información acerca del conocimiento de la erosión dental, así como factores etiológicos que influyen en la erosión dental incluyendo alimentos, bebidas y hábitos. Los datos recogidos en el cuestionario se analizaron estadísticamente mediante el *software* R Commander, realizando un análisis descriptivo básico.

Resultados: Del total de los 352 cuestionarios recogidos, se consideraron aptos para analizar 348. La edad media de participación fue de 14 años. El 82,18% de ellos no sabían que es la erosión dental, el 73,56% nunca habían oído hablar el término de erosión y el 62,35% pensaba que los términos erosión y caries dental eran sinónimos. Sin embargo, sólo un 14,08% de los individuos conocían cuáles eran los factores que se asocian a la erosión dental.

Conclusiones: El nivel de conocimiento acerca de la erosión dental en adolescentes es bajo. La sociedad actual necesita una actualización en educación en salud bucal, con el objetivo de concienciar a la población sobre patologías bucales cada vez más frecuentes, e importantes, como la erosión dental.

Introducción: Las agenesias dentales pueden presentar consecuencias funcionales, estéticas y psicológicas en el paciente odontopediátrico. Casos de agenesia múltiple suelen ser tratados de manera multidisciplinar siendo el odontopediatra el que diagnosticará y realizará el seguimiento. La etiología descrita está en curso de conocerse, la mayoría de los casos se relacionan con alteraciones genéticas aunque hay otras causas como alteraciones locales, patología sistémica o síndromes que también se relacionan. Las opciones de tratamiento que se plantean son diversas y deben proponerse a la familia.

Objetivos: Describir un caso clínico de agenesia múltiple, así como realizar una revisión bibliográfica sobre su etiología y los diferentes protocolos de actuación para su tratamiento.

Caso clínico: Paciente de sexo femenino de 12 años de edad que consulta por ausencia de múltiples dientes y caries. No refiere antecedentes personales médicos de interés; de la anamnesis surge que otros 4 miembros de la familia han presentado agenesias múltiples, a ninguno se le diagnosticó ninguna patología sistémica. En la exploración clínica se observa atrofia de los procesos alveolares, agenesia de 16 dientes permanentes confirmada radiográficamente mediante una radiografía panorámica.

Comentarios: En base a la revisión bibliográfica, se considera que la etiología más frecuente de agenesias múltiples es genética, la odontogénesis está bajo un control genético estricto. Se han identificado determinados genes, como los que codifican los factores de transcripción MSX1, PAX9 y PITX2, la proteína de señalización EDA y su receptor EDAR, en los que determinadas mutaciones son responsables de distintos patrones de agenesia. También hay descritas agenesias múltiples asociadas a alteraciones locales, sistémicas o síndromes, destacando las displasias ectodérmicas por ser los más frecuentes. En el diagnóstico de estos pacientes debemos realizar una minuciosa historia clínica así como un estudio radiográfico. Hoy en día las posibilidades terapéuticas en los pacientes con agenesias son varias. En casos de agenesia múltiple será importante contar con un equipo multidisciplinar compuesto por odontopediatra, ortodoncista, periodoncista y un odontólogo restaurador.

Conclusiones: La etiología de las agenesias múltiples descrita más frecuente son las alteraciones genéticas. Las agenesias múltiples en niños y adolescentes son difíciles de resolver, pues deberán ser restituidos con tratamiento protésico. Para establecer un correcto plan de tratamiento se requiere un equipo multidisciplinar. El tratamiento durante la infancia del niño será mediante rehabilitación oral hasta que finalice el crecimiento y podamos proponer un tratamiento a largo plazo. Debemos plantear soluciones protésicas funcionales, estéticas y económicamente viables para el paciente y su familia.

55. AGENESIA MÚLTIPLE EN ODONTOPEDIATRÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Viñeglas C, González Y

Universitat de Barcelona y Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona

56. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LOS FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y FAMILIARES COMO POSIBLES DESENCADENANTES DE BRUXISMO INFANTIL

Viteri D^{1,2}, Sanchís Fores C¹, Ochando Perales G¹

¹Universidad San Francisco de Quito. Ecuador.

²Universidad Católica de Valencia. Valencia

Introducción: El bruxismo es una parafunción en la que el individuo rechina los dientes fuera de los actos fisiológicos de la masticación y la deglución, con diversos grados de intensidad y persistencia en el tiempo, generalmente de forma inconsciente y fuera de los movimientos funcionales.

La etiopatogenia exacta del bruxismo nocturno es hasta el momento desconocida. Se trata de una parafunción de origen multifactorial. Sin embargo, el estrés y la ansiedad crónica se han considerado como los principales factores iniciadores, predisponentes y que perpetúan el bruxismo.

El bruxismo infantil es uno de los hábitos más nocivos para el aparato estomatognático y peor aún si se trata de un paciente infantil en el cual todas sus funciones y estructuras anatómicas (músculos, huesos, dientes, articulaciones) se están desarrollando. Resulta esencial conocer más a fondo los factores estresantes de las sociedades occidentales que pueden generar ansiedad y estrés infantil y por ende predisponer a que se desarrolle el bruxismo.

Objetivos: a) Evaluar si los niños con bruxismo infantil nocturno se caracterizan por presentar mayores niveles de ansiedad social que los niños que no tienen antecedentes de bruxismo;

b) determinar un posible patrón de herencia aprendida de bruxismo, los niños cuyos padres o tutores legales con altos niveles de ansiedad y antecedentes de bruxismo son más propensos al desarrollo del bruxismo que los niños con padres o tutores legales sin antecedentes de bruxismo; y c) generar una concienciación sobre la gravedad que puede tener el bruxismo nocturno en niños, informar a odontólogos y educar a padres de familia para poder prevenir la aparición de este mal hábito en los niños.

Metodología: Se realizó una búsqueda avanzada en PubMed, EBSCO y Google Scholar usando como palabras clave: *bruxism, children bruxism, sleep bruxism, nocturnal teeth grinding, childhood sleep bruxism, performance anxiety, social stress*.

Resultados: Se obtuvieron 45.000 artículos de las búsquedas utilizando las palabras clave mencionadas y se analizaron 40 para realizar el trabajo.

Conclusiones: Se verifica que el factor más importante a analizar cuando se sospecha de bruxismo es el de la ansiedad. El tratamiento más importante es la prevención; la familia juega un rol esencial para evitar que los niños se encuentren bajo mucho estrés.

Si el bruxismo ya está presente, el odontopediatra tiene la responsabilidad de diagnosticarlo cuanto antes y realizar el tratamiento más indicado. Dicho tratamiento deberá contar con el apoyo de un psicólogo infantil y de los tutores legales del niño.