

## Comunicaciones Pósteres

### CONDUCTA

#### 1. EL NIÑO TIRANO EN LA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA

**Spagnoli Santa Cruz R., Boj Quesada J., Espasa E., Hernández M.**

*Universitat de Barcelona. Barcelona*

**Introducción:** La tiranía se define según el diccionario de la Real Academia Española como el abuso o imposición en grado extraordinario de cualquier poder, fuerza o superioridad. El “niño tirano” adquiere varios sinónimos como el pequeño dictador, síndrome del emperador o inclusive manipuladores. Esta terminología se considera para aquella disposición psicológica que adquieren los niños generalmente ante sus padres.

**Objetivo:** El objetivo de este trabajo es describir el perfil del llamado “niño tirano” para poder identificar este tipo de conducta que podría afectar el éxito del tratamiento en odontopediatría.

**Materiales y métodos:** El método que se utilizó para realizar el trabajo es mediante una revisión bibliográfica, entre los años 2005 al 2015. Las referencias se obtuvieron a través del buscador *PubMed* empleando las palabras claves *Tyrant child*, *Emperor Syndrome*, *Oppositional Defiant Disorder*, además de búsquedas en libros de psicología y odontopediatría.

**Resultados:** Se considera que el niño tirano es un trastorno del comportamiento presentándose actualmente con mayor frecuencia en la sociedad. Este síndrome se caracteriza por un comportamiento agresivo, conductas desafiantes y exigentes.

El niño a medida que crece presenta ciertos rasgos particulares siendo impulsivos, egocéntricos, generando miedo en otros individuos, no es capaz de aceptar críticas, teme a las situaciones nuevas, muestra baja tolerancia a la incomodidad y posee reacciones emocionales intensas.

En las referencias encontradas consideran como factor imprescindible poner límites a las amenazas implícitas u ocultas provocadas por estos niños.

**Conclusiones:** Es necesario establecer pautas para el manejo ante el comportamiento del “niño tirano”. Al presentarse desafiantes ante cualquier figura de autoridad, representan un desafío para el odontopediatra tratarlos.

Al ser rebeldes, contradictorios y no aceptar las instrucciones de los adultos representa un enigma su abordaje, por lo que dificulta realizar de forma satisfactoria el tratamiento odontológico.

Existe poco material bibliográfico referente al manejo de la conducta del “niño tirano” en la consulta odontológica. Sin embargo es imprescindible conocer las características que los

distinguen, para tratar de dirigir su conducta y lograr así el éxito del tratamiento.

#### 2. FACTORES SOCIOFAMILIARES PREDISONENTES DEL TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE EN NIÑOS: IMPLICACIONES EN ODONTOPEDIATRÍA

**Camarasa Pascual E., Ferro de Farisato M.J., Armengol Olivares A., Miranda Domínguez D., Sanchís Forés C.**

*Universidad Católica de Valencia “San Vicente Mártir”. Valencia*

**Introducción/Justificación:** El Trastorno Negativista Desafiante (TND) es un patrón recurrente de conducta negativista, desafiante, desobediente y hostil, dirigido a las figuras de autoridad.

El niño con perfil negativista desafiante supone una dificultad importante para el odontopediatra: retrasa y complica el tratamiento.

Por ello es necesario conocer y comprender los factores sociofamiliares predisponentes de este tipo de trastorno, para desarrollar estrategias que nos permitan un mejor manejo de conducta.

**Objetivo:** Realizar una revisión bibliográfica acerca de los factores sociofamiliares que predisponen el desarrollo del trastorno negativista desafiante en niños y analizar las implicaciones en el ámbito odontopediátrico.

**Material y métodos:** Se realizó una búsqueda inicial en las principales bases de datos (*Pubmed*, *Google Scholar*, *EBSCOHost* y *WoS*), según las palabras clave: “*oppositional defiant disorder*, *conduct disorder*, *risk factors*, *pediatric dentistry*”. Se encontraron 1051 artículos, que fueron filtrados por título y abstract, reduciéndose a 497. A texto completo se consiguieron 210 preliminares. Se filtró la búsqueda mediante los criterios de inclusión y exclusión: artículos publicados entre 2000-2016 en revistas de alto impacto, niños de 3-12 años, idioma: inglés, castellano o francés. Se incluyeron 18 artículos, en los que el resumen especificaba los datos necesarios para aplicar los criterios de selección.

**Resultados:** El diagnóstico del TND está basado principalmente en la evaluación clínica, tomando como referencia los criterios diagnósticos descritos en el *DSM-V-TR*.

La etiología del trastorno negativista desafiante se entiende mejor en el contexto de un modelo biopsicosocial en el que las vulnerabilidades biológicas de un niño y los factores de protección interactúan de manera compleja con los aspectos de protección y perjudiciales de su entorno.

Los mayores predictores sociofamiliares son familias numerosas, monoparentales, de padres jóvenes, en los que alguno de los dos presenta psicopatología; un estilo educativo negligente o autoritario, estatus socioeconómico bajo y un déficit del niño en la interacción con sus compañeros de clase.

*Conclusiones:*

1. Son varios los factores sociofamiliares que influyen en el desarrollo del TND; la superposición de todos hace que sea difícil el establecimiento de unos vínculos causales claros.
2. El manejo clínico del TND es complejo, suelen ignorar cualquier orden que se les da. Las instrucciones deben ser sencillas, concisas y claras.

### 3. INFLUENCIA DEL ENTORNO FAMILIAR, CULTURAL Y SOCIOECONÓMICO SOBRE LA ANSIEDAD DENTAL INFANTIL

**Ruiz Hernández A., Ferro de Farisato M.J., Fernández Mafé M., Blay Palacios C., Sanchís Forés C.**  
*Universidad Católica de Valencia "San Vicente Martir". Valencia*

*Introducción/Justificación:* La presencia y evaluación de ansiedad dental es importante en odontopediatría, ya que a menudo ocasiona problemas de comportamiento por parte del niño durante el tratamiento dental, haciéndolo más difícil o incluso imposible de realizar.

A pesar de las numerosas publicaciones que han centrado sus investigaciones en analizar la ansiedad dental en la infancia, su prevalencia varía del 3-43% en diferentes estudios realizados en todo el mundo. Lo que justifica la necesidad de continuar estudiando los factores implicados en la etiología de la ansiedad dental infantil.

*Objetivo:* Analizar la influencia del entorno familiar, socioeconómico y cultural sobre el nivel de ansiedad dental infantil, a través de la presente revisión bibliográfica.

*Material y métodos:* Se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed/Medline, Web of Science, EbscoHost y Google Scholar. Las palabras clave fueron: "dental anxiety", "children", "culture", "socioeconomic factors".

Esta búsqueda y selección de artículos, se estableció con los siguientes criterios: artículos publicados en los últimos 15 años, en inglés o español, a texto completo, que incluyeran los términos de búsqueda en el título o en los resúmenes y que pertenecieran a revistas de alto impacto, excluyéndose los artículos que no contribuyesen al logro de los objetivos.

*Resultados:* Se considera que la etiología de la ansiedad dental infantil es multifactorial y entre los factores que podrían contribuir en su aparición, están la cultura y el nivel socioeconómico del entorno del niño.

Diversos estudios señalan que niños con un bajo nivel social tienen una alta prevalencia de ansiedad dental. Otras publicaciones no establecen asociación entre estatus socioeconómico y nivel de ansiedad dental.

Respecto a la cultura, algunos autores afirman que las creencias culturales y valores juegan un papel significativo en la forma en que los niños expresan la ansiedad. Y su efecto, junto con otras variables, puede ser una de las razones por las que la ansiedad dental varía según el lugar donde se realice el estudio.

Siendo la prevalencia del 19,5% en estudios realizados en países asiáticos, del 30,6% en Estados Unidos y en torno al 5,7%-6,7% en países del norte de Europa.

*Conclusiones:* El nivel socioeconómico y la cultura pueden afectar a la variabilidad de la expresión y medición de la ansiedad dental infantil. Serían variables a considerar en el registro de datos ya en la primera visita, por su relación en el nivel de ansiedad dental, y su influencia en la colaboración y aceptación de los tratamientos odontológicos.

### 4. MANEJO DEL PACIENTE CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA) EN EL TRATAMIENTO ORTODÓNCICO

**Aneiros Ardao A., Varas Quintana P., Tomás Carmona I., Prada López I., Quintas González V.**  
*Universidad de Santiago de Compostela. A Coruña*

*Introducción:* Los pacientes con Trastornos del Espectro Autista (en adelante, TEA) no presentan patologías orales muy específicas. Ellos representan el mayor reto para los dentistas, debido a sus manifestaciones clínicas complejas y variadas. Los métodos de tratamiento que pueden producir un resultado positivo en un paciente pueden ser ineficaces para otro. Además, hay un número limitado de estudios que han abordado las técnicas de manejo de la conducta básica y modificaciones de procedimiento en relación con el tratamiento dental de los niños con TEA.

*Objetivos:* Mostrar la posibilidad de realización de tratamientos ortodóncicos con aparatología fija multibrackets en pacientes con TEA.

*Casos clínicos:* Se presentan varios casos clínicos de pacientes con TEA en la Unidad Clínica y de Investigación en Pacientes con Necesidades Especiales de la USC (Universidad de Santiago de Compostela). Tras la minuciosa revisión de la Historia Clínica con los padres para recoger las características específicas de cada paciente, se efectuó una valoración individual de la posibilidad de realización de tratamientos "complejos" de tipo ortodóncico. Cualquier tipo de patología infecciosa fue previamente tratada y controlada.

*Comentarios:* Tras ello, comenzó un protocolo de desensibilización sistemática desde antes de la primera visita de Ortodoncia, donde padres y educadores jugaron un papel fundamental, valiéndose de diferentes herramientas, como los pictogramas (Murshid 2015). Debido a la limitada capacidad de atención de los pacientes con TEA consideramos necesarias citas cortas, bien planificadas, y prácticamente sin tiempo de espera (Schindel y cols. 2014, Udhy y cols. 2014). Teniendo en cuenta la necesidad de un entorno adecuado en el

sillón, se realizó un estudio ortodóncico que incluía radiografías, modelos de yeso y una serie fotográfica intra y extraoral. Llevando a cabo procesos rutinarios donde “decir-mostrar-hacer” fue fundamental, en sucesivas citas, se procedió a la colocación de aparatología fija multibrackets de forma paulatina, en función de la tolerancia de cada paciente.

**Conclusiones:** La realización de tratamientos complejos de tipo ortodóncico es posible en el paciente con TEA, una vez realizada una valoración individual, consiguiendo un entorno odontológico adecuado y ayudándonos de técnicas de control de conducta personalizadas para cada paciente en función de sus necesidades.

## 5. REPERCUSIONES DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA CAVIDAD ORAL

**Amador Sánchez A., Pato Martín M., Serna Muñoz C., Pérez Silva A., Ortiz Ruiz A.J.**

*Universidad de Murcia. Murcia*

**Introducción:** La lactancia materna (LM) ofrece numerosas ventajas para la salud del bebé. Por este motivo, la OMS, la UE, y el Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría recomiendan la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, y complementada con otros alimentos hasta los 2 años o más.

La implicación de la lactancia materna en el desarrollo de la caries de infancia temprana (ECC) es un tema muy debatido y controvertido.

La caries de la infancia temprana (ECC) se define como la presencia de una o más lesiones cariosas (cavidades o no cavidades), dientes ausentes por caries u obturaciones en cualquier diente temporal en niños hasta los 6 años. En niños menores de 3 años de edad, cualquier signo de caries en superficie libre se define como ECC severa.

La caries es una enfermedad multifactorial en la que intervienen factores de riesgo individuales, factores de riesgo comunitarios y el tiempo.

Desde hace algunos años, se recomienda el uso de pasta fluorada de 1000 ppm en cantidad raspada 2 veces/día desde que erupciona el primer diente.

**Objetivos:** Realizar una revisión bibliográfica sobre la relación entre la LM y la aparición de caries de infancia temprana.

**Material y métodos:** Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed y Web of Science empleando como palabras clave “early childhood caries”, “dental caries”, “tooth decay”, “breastfeeding”, “human milk”, “breastfeeding promotion”, “benefits of breastfeeding” y “oral health”.

Los artículos seleccionados lo incluían en el título o en el abstract. Se trata principalmente de artículos de revisión y estudios observacionales y experimentales.

**Resultados:** No existe evidencia científica sobre la relación entre LM y caries.

Todos estos estudios que tratan de relacionar la LM con la ECC tienen grandes deficiencias metodológicas, no aportan una definición clara y consistente de LM y no tienen en cuenta otros factores importantes implicados en el desarrollo de la caries como la cantidad de azúcares ingeridos o los hábitos higiénicos entre otros.

**Conclusiones:** Dado que no existe evidencia científica sobre la relación entre LM y caries y, sin embargo, la LM tiene demostrados numerosos beneficios para la salud, incluida la salud bucodental, los profesionales dentales deberíamos apoyar la recomendación del amamantamiento, promoviendo la práctica de una adecuada higiene oral en el niño desde que sale el primer diente.

## 6. TÉCNICAS DE MANEJO DE LA CONDUCTA EN PACIENTES CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)

**Hernández López M., Saura Pérez P., Serna Muñoz C., Pérez Silva A., Ortiz Ruiz A.**

*Universidad de Murcia. Murcia*

**Introducción/Justificación:** El número de personas diagnosticadas de trastorno del espectro autista se ha incrementado en las últimas décadas. El autismo es un trastorno del desarrollo en el que la interacción social, el lenguaje, el comportamiento y las funciones cognitivas están severamente afectadas. Los problemas conductuales propios de este trastorno suponen una barrera de acceso al tratamiento odontológico.

**Objetivos:** Realizar una revisión detallada de la literatura científica existente acerca de las diferentes técnicas de comunicación y manejo del comportamiento en pacientes con TEA que faciliten el tratamiento integral en la consulta odontológica.

**Material y métodos:** Se realizó una búsqueda bibliográfica de artículos publicados en los últimos 5 años en la base de datos Pubmed. Se emplearon las palabras clave: “dental treatment autism”, “behavioural techniques”, “dental management”.

**Resultados:** No existe un único protocolo de manejo de conducta en pacientes con TEA. Las técnicas más utilizadas por el odontólogo en la consulta dental son: pedagogía visual, técnicas de modificación de la conducta, técnicas de comunicación, técnicas de control físico y técnicas farmacológicas, aunque no todas con el mismo grado de éxito. Es por ello, que se recomienda tener una entrevista previa con la familia y terapeutas para facilitar el primer contacto con el paciente.

**Conclusiones:** Los odontólogos deben estar entrenados y conocer todas técnicas de manejo psicológico y farmacológico, así como los protocolos de desensibilización sistemática, con la finalidad de facilitar el acceso a la atención bucodental de estos pacientes. La elección del tratamiento debe ser individualizada y adaptada a cada niño autista.

## MEDICINA ORAL

### 7. EFECTIVIDAD DE LOS TRATAMIENTOS TÓPICOS EN ÚLCERAS ORALES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON APARATOLOGÍA ORTODÓNICA

**Aliaga Cabañero B., Hervás Giménez N., Albert Gascó L., Plasencia Alcina E., Sanchís Forés C.**  
*Universidad Católica de Valencia "San Vicente Mártir". Valencia*

*Introducción/Justificación:* La lesión de la mucosa oral durante el tratamiento ortodóncico es un hecho muy común, ocasionada por la fricción que producen las diferentes estructuras que se utilizan de manera rutinaria en la ortodoncia como son los brackets, bandas, tubos, alambres y aparatos funcionales.

Las ulceraciones orales son la secuela más típica de dicho trauma. Para su tratamiento se han sugerido numerosas terapias, con una amplia literatura al respecto pero con resultados inconsistentes. Por ello y por la elevada incidencia de las mismas y las molestias que producen, estaría justificado estudiar la efectividad de diferentes tratamientos tópicos para la curación de las ulceraciones orales.

*Objetivo:* Realizar una revisión de la literatura para valorar si existen diferencias significativas entre el tratamiento tópico y la ausencia de tratamiento, para la curación de las úlceras orales traumáticas en niños y adolescentes con aparatología ortodóncica.

*Material y métodos:* Para realizar la búsqueda bibliográfica se revisaron las bases de datos: Google Scholar, Pubmed, Web Of Science y EBSCOhost utilizando las siguientes palabras clave: "therapeutics", "treatment", "oral ulcer", "orthodontics", "brackets".

Se incluyeron los artículos a texto completo, en inglés o español, que contuvieran los términos de búsqueda en el título o en los resúmenes, excluyéndose los artículos que no contribuyesen al logro de los objetivos.

*Resultados:*

- Los buches de clorhexidina al 0.2% reducen significativamente la incidencia, severidad y duración de las ulceraciones aftosas, mientras que en forma de gel se reduce solo la gravedad y duración, pero no la incidencia.
- El tamaño y el dolor de las úlceras se reduce significativamente tras la aplicación de Fitostimuline Gel y láser de baja intensidad, o ambos combinados, si se comparan con el grupo control. Los efectos del medicamento son más lentos que el tratamiento láser; y el efecto del uso combinado de ambos no difiere del obtenido aplicando solamente el tratamiento láser.
- Un nuevo tratamiento tópico que contiene, entre otros componentes, nistatina, tetraciclina y metronidazol resulta efectivo para la reducción del tamaño y la curación de las úlceras orales. A pesar de que el dolor des-

aparece antes en los pacientes que reciben este tratamiento que en el grupo control, esta diferencia no es estadísticamente significativa.

*Conclusiones:* A pesar de que las úlceras orales son lesiones de la mucosa oral que curan por sí solas, existen diferentes tratamientos tópicos que reducen significativamente la sintomatología, el tamaño y la duración de las mismas.

### 8. EVALUACIÓN DEL RIESGO Y PROTOCOLO CAMBRA PARA REDUCIR INCREMENTO DE CARIES. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

**Sarango Calero L.J.<sup>1</sup>, Mendoza Mendoza A.<sup>2</sup>, Iglesias Linares A.<sup>2</sup>, Ribas Pérez D.<sup>2</sup>, Laplana Farré S.<sup>1</sup>**  
*<sup>1</sup>Máster de Odontopediatría US. <sup>2</sup>Universidad de Sevilla. Sevilla*

*Introducción:* El protocolo CAMBRA (Caries Management By Risk Assessment), ha sido diseñado para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la caries mediante la creación de guías de seguimiento individualizados según el riesgo de caries.

*Objetivos:* Evaluar en base la evidencia científica la efectividad y eficiencia del protocolo CAMBRA en la prevención y minimización de las lesiones cariogénicas.

*Materiales y métodos:* Se emplearon las bases de datos PubMed, Scopus, Cochrane- Library, mediante los términos MesH: (CAMBRA Protocol)/ (CAMBRA Risk Caries)/ (Caries Management By Risk Assessment). Se emplearon criterios de inclusión específicos (PICOS) para los estudios seleccionados. Se empleó una plantilla de extracción de resultados prediseñada considerando 16 ítems. Los datos fueron extraídos por un único revisor (LS). La calidad de los estudios se evaluó mediante el Sistema Cochrane Risk of bias tool. Los informes de casos, cartas al editor, editoriales, series de casos y otros estudios metodológicos fueron descartados en esta revisión.

*Resultados:* El análisis retrospectivo CAMBRA reportó una mayor incidencia de lesiones cavitadas entre aquellos que se consideran pacientes de extremo riesgo en comparación con los de bajo riesgo. Las evidencias acerca de la validez de los sistemas existentes para la CRA fueron limitados. Se desconoce si la identificación de individuos de alto riesgo puede conducir a una gestión más eficaz de los pacientes a largo plazo que impida la iniciación de caries y las detenciones o revierta la progresión de las lesiones. Actualmente hay una necesidad urgente de desarrollar métodos válidos y fiables para la evaluación del riesgo de caries basados en una mayor evidencia.

*Discusión:* Mientras que la evidencia actual sugiere que el cambio de paradigma de la prevención no se ha aplicado de forma universal, La Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD) reconoce que los protocolos de evaluación y gestión del riesgo de caries pueden ayudar a los médicos/odontólogos con respecto a las decisiones de tratamiento.

**Conclusiones:** El protocolo (CAMBRA) permite la realización de una odontología basada en la evidencia clínica analizando los factores de riesgo individuales de cada paciente. La evaluación del riesgo y el énfasis en todo el proceso de la enfermedad, no sólo en la fase de progresión de la lesión cavitada, hacen que CAMBRA sea diferente e innovador respecto al enfoque restaurativo tradicional en el tratamiento de la caries dental.

## 9. FACTORES DE RIESGO EN LA CARIES DE LA NIÑEZ TEMPRANA: ESTUDIO EXPERIMENTAL

**Payá Jiménez M., Iglesias Linares A.,  
Mendoza Mendoza A., Román Arenas F.,  
Sánchez Gea A.**

*Universidad de Sevilla. Sevilla*

**Introducción:** La caries de la niñez temprana supone una gran preocupación entre los padres en el cuidado del niño. Estas lesiones pueden venir asociadas a dolor, malestar general, pérdida prematura de dientes primarios, desnutrición y miedo a comer con consecuencias para el desarrollo y crecimiento del niño, pudiendo, en su extremo más grave, provocar la hospitalización.

Se han descrito diversos factores de riesgo asociados. Sin embargo, no existe un criterio uniforme sobre la mayor influencia de alguno de ellos sobre la aparición de lesiones cariogénicas asociado a un perfil infantil específico.

**Objetivos:** El objetivo del estudio es analizar los factores etiológicos en la caries de la niñez temprana en pacientes infantiles entre 1 y 4 años, calculando el cod y comparando entre ellos los factores de riesgos y contexto social asociados.

**Materiales y métodos:** El estudio se realizó en una muestra de 168 niños, que acuden a la clínica dental privada para revisión (1 y 4 años). El protocolo de diagnóstico de dichas caries se realizó mediante estudio radiográfico por serie periapical y mediante exploración clínica protocolizada. Se estudió la existencia de factores potencialmente asociados; 1) frecuencia de cepillado; 2) factores socioeconómicos; 3) frecuencia de visita al odontólogo; 4) consumo de lactancia materna o biberón y duración; 5) consumo de azúcares y frecuencia; 6) tipo de “snacks” consumidos; 7) número de caries por individuo. Se realizó un análisis estadístico de los resultados calculando las medias y desviaciones estándar. Adicionalmente, un análisis inferencial mediante regresión logística binaria para comprobar la influencia de cada uno de estos factores sobre la aparición de la caries temprana. Se consideró un valor de  $p < .05$  como estadísticamente significativo.

**Resultados:** Los resultados del estudio muestran la existencia de caries temprana en un 30% de la población diaria (168/56). El índice cod observado fue de 2,19. Entre los individuos estudiados: 171 caries fueron por consumo de azúcares, 74 por biberón, 5 por miel en el chupete, 5 por uso de inhaladores en pacientes asmáticos y 103 por lactancia materna a demanda.

**Conclusiones:** El 87% de niños con lactancia materna a demanda superior a 9 meses unido a una higiene deficiente presentaban caries. Por ello concluimos que, hay mayor potencial cariogénico en estos individuos, y que el biberón ofrece un mayor control de las tomas. Asimismo, una dieta rica en azúcares constituye el principal factor de riesgo.

**Fuentes financiación:** Estudio financiado parcialmente por el grupo de investigación CTS-353. Junta de Andalucía.

## 10. FACTORES PREDISONENTES EN LA APARICIÓN DE LA HIPERPLASIA GINGIVAL ASOCIADA A APARATOLOGÍA ORTODÓNICA FIJA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

**Hervás Giménez N., Aliaga Cabañero B.,  
Albert Gascó L., Plasencia Alcina E., Sanchís Forés C.**  
*Universidad Católica de Valencia “San Vicente Mártir”.  
Valencia*

**Introducción:** La hiperplasia gingival es una enfermedad de los tejidos periodontales caracterizada por el aumento del tamaño de las encías y la formación de bolsas artificiales. Representa una respuesta exagerada a diversas condiciones como la aparatología ortodónica.

Debido a la frecuencia de uso de la ortodoncia y a que la mayoría de estas terapias se realizan en adolescentes, edad en la que son más reticentes al tratamiento y menos atentos a las medidas de higiene oral, debe ser prioritario esclarecer que factores favorecen a la formación de esta enfermedad.

**Objetivo:** Revisar la literatura sobre la relación entre el tratamiento de ortodoncia fijo y la formación de Hiperplasia Gingival.

**Métodos:** Se revisaron las bases de datos: PubMed, Web of Science, EbscoHost, Scielo y Google Scholar utilizando en las diferentes búsquedas las palabras clave “gingival hyperplasia”, “orthodontic”, “brackets” y “pediatric periodontics”.

Se incluyeron artículos publicados entre 2005 y 2015 que estuviesen a texto completo, en inglés o español, que pertenecieran a revistas de alto impacto y que trataran sobre niños y adolescentes.

**Resultados:** Los diferentes artículos analizados han reportado que la hiperplasia gingival es una condición común durante el tratamiento de ortodoncia fija. A pesar de que la adolescencia es el momento ideal para el tratamiento ortodónico, los sujetos desarrollan un mayor número de lesiones, encontrándose en esta etapa la prevalencia más alta. Otro agente causal importante que favorece su desarrollo es la presencia de mala higiene oral.

Se debe tener en cuenta los elementos que forman parte de la aparatología. Actualmente, existe controversia respecto a cuál es el tipo de brackets que provoca un mayor acúmulo de placa; algunos estudios encontraron mayores niveles de placa en los autoligables y en otros, observaron mejores resultados de estos parámetros.

Otro elemento a considerar es la ligadura en los brackets convencionales, siendo las elásticas más propensas al acúmulo de placa que las metálicas.

Por último, un factor que depende del clínico es evitar el exceso de resina alrededor del bracket, pues si existe tal exceso, se crean superficies rugosas próximas al margen gingival produciendo un aumento del acúmulo de placa con la subsiguiente inflamación de los tejidos gingivales.

*Conclusiones:* El tratamiento de ortodoncia puede conllevar la alteración de los tejidos gingivales, produciéndose una hiperplasia gingival.

Se debe tener en cuenta la edad e higiene oral del paciente.

El tipo de elementos de la ortodoncia y el exceso de resina pueden predisponer a esta patología.

## 11. GINGIVOESTOMATITIS HERPÉTICA AGUDA. CASO CLÍNICO

**Vale T., Vasconcelos J., Saraiva V., Gonçalves A., Rompante P.**

*CESPU Instituto Universitário de Ciências da Saúde. Gandra, Portugal*

*Introducción:* La gingivoestomatitis herpética primaria es la infección más común causada por el virus del herpes simple tipo 1, se caracteriza por lesiones ulcerosas de la mucosa bucal y las encías, y con frecuencia se acompaña de vesículas peribucales. Es muy común en los niños, con la prevalencia más alta en el grupo de edad entre 6 meses y 5 años de edad. La transmisión del virus del herpes simple tipo 1 se produce por contacto directo con lesiones infectadas o saliva de individuos asintomáticos o sintomáticos con infección primaria o infección recurrente por el virus del herpes simple.

*Objetivo:* El objetivo de este trabajo es presentar un caso de gingivoestomatitis herpética aguda, con el fin de comprender mejor sus manifestaciones clínicas y establecer un correcto diagnóstico diferencial.

*Caso clínico:* Niña de 3 años de edad con signos clínicos de la gingivoestomatitis herpética aguda.

En la consulta la niña presentaba úlceras difusas en la mucosa gingival y en la lengua. Los señales e síntomas presentados eran fiebre, malestar general, dificultad en alimentarse y mucha dolor.

*Comentarios:* En la gingivoestomatitis herpética el período de incubación promedio es de 7 días y la transmisibilidad es de al menos una semana. En esta enfermedad aparece fiebre, a veces alta, rechazo a la comida, hálito fétido, disfagia, hiper-salivación, linfadenopatía regional, vesículas que progresan hacia afta oral y faríngea y lesiones cutáneas vesiculares periorales. Las lesiones aftosas generalmente están ubicados en los labios, las encías, la porción anterior de la lengua y el paladar duro.

Los síntomas de la gingivoestomatitis herpética aguda persisten durante aproximadamente 2 semanas. En la fase aguda, los pacientes tienen un gran malestar, que se mani-

fiesta por una gran irritabilidad en los más jóvenes. De vez en cuando hay una negación total de la ingesta de líquidos con la consiguiente deshidratación. El tratamiento es sintomático con el fin de prevenir la deshidratación. Según algunos autores, hay que considerar la terapia antiviral con aciclovir en la enfermedad temprana aunque es útil en la reducción de las manifestaciones orales y la eliminación del virus.

El diagnóstico diferencial es muy importante, el odontopediatra debe conocer la enfermedad, ya que los síntomas son típicamente orales, y el paciente se puede beneficiar del diagnóstico precoz.

*Conclusión:* La facilidad de transmisión de esta enfermedad justifica la búsqueda de la mejora científica. Un diagnóstico correcto es esencial para que podamos disminuir la morbilidad e incluso prevenir algunas hospitalizaciones.

## 12. PRESENCIA DE CANDIDIASIS ORAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES PORTADORES DE APARATOLOGÍA ORTODÓNICA

**Albert Gascó L., Hervás Giménez N., Aliaga Cabañero B., Plasencia Alcina E., Sanchís Forés C.**

*Universidad Católica de Valencia "San Vicente Mártir". Valencia*

*Introducción:* La candidiasis oral es una enfermedad muy frecuente e importante en la cavidad bucal, causada por cualquiera de la especies del género *Cándida*. Entre el 30-60% de la población son portadores de *Cándida* en la flora oral.

El trauma causado por un aparato de ortodoncia removible, junto con un ambiente anaeróbico y ácido en la superficie de contacto del aparato, disminuye la resistencia a las infecciones por *Cándida*. Es importante actualizar los conocimientos sobre cómo afectan los aparatos de ortodoncia en la presencia de *Cándida* en la cavidad oral y pueden conducir a la enfermedad.

*Objetivo:* Realizar una revisión bibliográfica actualizada sobre la adherencia de *Cándida* en niños y adolescentes que están en tratamiento de ortodoncia con aparatos fijos y removibles.

*Material y métodos:* Se han consultado las bases de datos: PubMed, Scielo, Google Scholar, EBSCOhost y Web of Science. Empleando las palabras clave "*orthodontic appliances*", "*orthodontics*", "*candidiasis*", "*candida albicans*" y "*oral thrush*". Se incluyeron los artículos publicados entre 2006 y 2016, con los términos de búsqueda en el título o en los resúmenes, que pertenecieran a revistas de alto impacto, excluyéndose los artículos que no contribuyesen al logro de los objetivos.

*Resultados:* En los artículos analizados se ha demostrado que los aparatos de ortodoncia pueden alterar el recuento de *Cándida albicans* durante el tratamiento, observándose una mayor colonización de *Cándida* en pacientes con aparatos de ortodoncia fijos en comparación con los removibles.

Varios autores señalan que se produce una caída brusca del pH salival en presencia de aparatos de ortodoncia, tanto fijos como removibles, determinando que existe una relación directa entre la presencia de estos, Cándida y niveles de pH salival bajo.

Respecto al diseño se ha demostrado mayor adhesión de Cándida en los aparatos con tornillos y división del acrílico.

La higiene oral es uno de los factores más importantes que podría estar asociado con la prevalencia de Cándida en la cavidad oral.

*Conclusiones:*

1. Los aparatos de ortodoncia fijos y removibles favorecen la colonización de hongos.
2. Hay una relación directa entre la presencia de aparatos de ortodoncia, Cándida y bajos niveles de pH.
3. Los pacientes en tratamiento de ortodoncia y sus odontólogos deben mantener un exhaustivo control de la higiene y evitar la aparición de candidiasis oral.
4. Los aditamentos susceptibles que dificulten la higiene oral deben minimizarse mediante un mejor diseño de los aparatos.

### 13. ÚLCERA EOSINOFÍLICA LINGUAL EN UN NIÑO DE 8 AÑOS

**Azanza Santa Victoria N., Buselo Ortega E.**  
*Osakidetza Irún. Guipúzcoa*

*Introducción:* La úlcera eosinofílica de la mucosa oral consiste en una lesión ulcerativa de evolución persistente que se presenta la mayoría de las veces en la superficie ventral de la lengua, aunque también en otras localizaciones, en relación con traumatismos autoinducidos, y que plantea problemas diagnósticos. Su presentación en niños se denomina enfermedad de Riga-Fede y afecta a niños muy pequeños en relación con dientes neonatales.

*Objetivo:* Presentar un caso de úlcera eosinofílica lingual, inusual en cuanto a la edad de presentación, y demostrar la eficacia de las herramientas de comunicación entre especialistas.

*Descripción del caso:* Paciente de 8 años que acude a su pediatra por presentar desde hace meses úlcera lingual recurrente en una misma localización del dorso lingual. Se le toma frotis de la zona que descarta etología infecciosa y se realiza una analítica en la que se encuentra una leve leucopenia. Al cabo de un mes la leucopenia se ha normalizado pero sigue presentando la úlcera por lo que se realiza interconsulta con dermatología. El especialista diagnostica úlcera de Riga-Fede secundaria a traumatismo autoinducido y le deriva a su dentista. Este observa que la úlcera ya ha curado pero que la mucosa lingual presenta una clara línea de impronta de los incisivos superiores atribuible a un hábito de interposición y mordisqueo lingual, y confirma el diagnóstico de úlcera eosinofílica lingual (siendo la enfermedad de Riga-Fede la variedad pediátrica).

*Comentarios:* La aparición de una úlcera lingual persistente despierta siempre preocupación por su posible relación con diferentes trastornos orales benignos y malignos. Casi todos los autores coinciden en la importancia de conocer este cuadro para poder realizar un diagnóstico basado en la historia y en los rasgos clínicos y así descartar cuadros más preocupantes, como agranulocitosis, trastornos inmunológicos o infecciones de distinta gravedad.

*Conclusiones:* Nos parece muy importante mantener unos buenos cauces de comunicación entre especialistas. En este caso el envío intranet de la fotografía de la lesión al especialista en dermatología, permitió establecer una buena orientación diagnóstica. Asimismo la comunicación y derivación al odontopediatra permitió determinar el origen del traumatismo auto inducido y confirmar el diagnóstico.

---

## ORTODONCIA

### 14. APROBACIÓN DEL CAMBIO DE PERFIL REALIZADO EN PACIENTES CON TRATAMIENTO DE TRACCIÓN MAXILAR Y AVANCE MANDIBULAR

**Garrido Benzecry A.C., Pinilla Blanco K.J., Beltri P., Pérez E., Torres L.**

*Universidad Europea de Madrid. Madrid*

*Introducción:* En los estudios de los niños que se preparan para el tratamiento de ortodoncia, preocupaciones y expectativas de los pacientes y de los padres acerca de la mejora de la estética facial con el tratamiento son recurrentes, las razones más comunes para realizarse un tratamiento ortodóntico concierne al odontólogo general, sus padres y la disconformidad del niño mismo con su estética.

¿Realmente los pacientes que reciben tratamiento ortodóntico aumentan su autoestima mejorando su estética? Según los estudios el primer factor de motivación de realizarse un tratamiento ortodóntico por parte de la población es el deseo de mejorar sus características dentales seguido de la apariencia facial. En el caso del tratamiento ortopédico los cambios más notorios se dan en los cambios de perfil dado por la tracción del maxilar o el adelantamiento de la mandíbula.

*Objetivos generales:* Analizar cuál es la mejora estética considerada por parte de los pacientes que se encuentran bajo tratamiento de tracción del maxilar o adelantamiento mandibular, que asisten al máster de Odontopediatría de la Clínica Universitaria Odontológica de la Universidad Europea de Madrid. *Objetivos específicos:* a) analizar el cambio en la percepción de la estética según el perfil del paciente frente al cambio producido por su propio tratamiento; y b) considerar las diferentes percepciones de la “mejora estética” en pacientes bajo el mismo tratamiento (tracción maxilar / avance mandibular).

**Materiales y métodos:** Para la muestra se seleccionaron pacientes con tratamiento ortopédico en la clínica universitaria odontológica de la universidad europea de Madrid de 8 a 12 años de edad, los cuales están (al menos 6 meses) o fueron tratados con tracción del maxilar o avance mandibular, dividido en estos dos grupos se mostraron las secuencias de fotos antes y después del tratamiento y los pacientes seleccionaron cual a su parecer era el perfil más armónico, de ellos mismos y el de los demás pacientes bajo su mismo tratamiento.

**Resultados:** Se encuestaron 10 pacientes, 6 en el grupo de pacientes con tratamiento de tracción del maxilar y en tratamiento con avance mandibular, se prefirió como perfil más armónico el pos tratamiento en un 100% de los casos.

**Conclusión:** El 100% de los pacientes se mostraron muy satisfechos con los cambios en su estética facial, sin embargo el 50% no se mostró satisfecho con los cambios en los otros pacientes que están bajo su mismo tratamiento en el caso del avance mandibular y el 33% en el caso de la tracción maxilar.

## 15. DIME DE QUÉ LADO COMES, Y TE DIRÉ CÓMO MASTICAS

**Cuba González Y., Pérez-Alarcón J., Guinot F., Cuadros C., Lorente A.**

*Universitat Internacional de Catalunya. Barcelona*

**Introducción:** El estudio de los movimientos mandibulares ha sido siempre un objetivo en la odontología. Durante mucho tiempo se intentó obtener dichos registros mediante distintos procedimientos: electromecánicos, optométricos y magnetográficos, entre otros. La Kinesiografía aúna estos tres métodos con el fin de estudiar la función masticatoria en los tres planos del espacio y las limitaciones biológicas y musculares de cada caso en particular

**Objetivos:** evaluar mediante análisis kinesiográfico, cómo influyen las pistas directas de Planas posteriores sobre los ciclos masticatorios en un paciente con un patrón masticatorio unilateral y con sobremordida, y así instaurar una subrutina en el Sistema Nervioso Central que, finalmente, corrija la oclusión igualando los Ángulos Funcionales Masticatorios de Planas (AFMP).

**Caso clínico:** mediante el kinesiógrafo Keynet, se evaluaron tres variables cuantitativas en diferentes planos. En el vertical, valoramos la apertura máxima; en el transversal, el desplazamiento lateral máximo y la amplitud máxima del ciclo masticatorio; y en el sagital, la retrusión mandibular máxima. Finalmente, se incluyeron dos variables cualitativas para analizar los ciclos masticatorios según el lado de preferencia masticatoria, antes y después de la colocación de pistas posteriores para tratar la sobremordida del paciente.

**Comentarios:** la gráfica registrada en los diferentes movimientos mandibulares sin la colocación de pistas, se caracterizó por presentar un lado de masticación preferente con unos AFMP de 25° vs. 70° y limitaciones en las lateralidades provocado por la sobremordida. Tras la colocación de Pistas

en clase III, se observó que los ciclos masticatorios seguían la elipse normal descrita por Okesson y cols. y el número de ciclos acabados a izquierda y derecha se igualó y se incrementó en número.

**Conclusiones:** Con el registro de los ciclos masticatorios podemos evaluar los cambios producidos en los mismos tras la colocación de Pistas directas posteriores Planas determinando que es posible que con su colocación, se influya directamente en la oclusión, modificándola de una manera predecible y controlada, actuando directamente en el número de ciclos masticatorios por bolo y en la estimulación del pterigoideo lateral que colaborarán en el crecimiento facial antero-inferior del niño. Al ser un caso clínico, no podemos demostrar de forma estadísticamente significativa ningún resultado; no obstante, se pone de manifiesto que es posible que las pistas posteriores modifiquen directamente el paratipo, activando una cascada de estímulos en el sistema nervioso central que ayuden a estabilizar la oclusión, estimular la musculatura y desarrollo óseo.

## 16. MALPOSICIÓN DENTARIA EXTREMA: PRESENTACIÓN DE UN CASO

**Martínez Martínez E., Velló Ribes M.A., García Muñoz A., Borrás Aviñó C., Catalá Pizarro M.**

*Facultad de Medicina y Odontología. Universidad de Valencia. Valencia*

**Introducción:** Las anomalías dentarias se definen como una desviación de la normalidad provocada por una alteración en el desarrollo embriológico del diente. La anomalía puede afectar a la forma, tamaño, número, color y posición.

La mayoría de las alteraciones dentales ocurren entre la sexta y octava SVIU y las causas pueden ser ambientales o genéticas.

Se han establecido genes responsables de la histogénesis y genes reguladores de la morfogénesis implicados también en la determinación de la posición.

**Objetivo:** Describir un caso clínico con extrema malposición de los segundos molares temporales inferiores y su tratamiento.

**Caso clínico:** Varón de 4 años de edad que acudió a la Unidad de Odontopediatría de la UV, porque no erupcionan los segundos molares temporales.

El paciente está diagnosticado de translocación cromosómica recíproca aparentemente equilibrada de Novo con cariotipo: 46XY, t (8; 9) (q24; q31), y un leve retraso en el crecimiento sin más manifestaciones.

Clínicamente están ausentes 7.5 y 8.5, pero en la radiografía se descarta la agenesia.

A los 6 años se detecta en la zona edéntula de los molares temporales inferiores a nivel vestibular y de forma bilateral y simétrica, una protuberancia que se confirma radiográficamente, se trata de los ápices radiculares de los segundos molares temporales.



Tras estudio por TAC se decide realizar la extracción quirúrgica de estos molares, debido a la imposibilidad de la erupción normal y posibles complicaciones.

Actualmente está en tratamiento con ortodoncia interceptiva.

*Comentarios:* Llama la atención la simetría en la malposición de 75 y 85 de este paciente coincidiendo con el diagnóstico de translocación entre los cromosomas 8 y 9.

En el informe citogenético se especifica que la translocación en principio no conlleva ninguna patología sin descartar pequeños cambios genéticos debido a esta alteración.

Algunos autores señalan que en las translocaciones aparentemente equilibradas existen pequeñas pérdidas o ganancias de material genético en el punto de ruptura de los cromosomas, lo que puede producir diferentes cambios y anomalías tanto sistémicas como locales.

Por otra parte se investiga actualmente sobre la influencia genética que existe en las alteraciones dentarias, resaltando los genes Homeobox como reguladores del normal desarrollo del germe dentario.

*Conclusiones:* El caso que se presenta aporta un estudio genético llevado a cabo por otras causas que apoya la etiología genética de la alteración dentaria diagnosticada.

Los odontopediatras deben tener presente los conocimientos actuales al respecto a la hora de establecer un diagnóstico etiológico de las anomalías dentarias.

## 17. RELACIÓN ENTRE EL “PILLOWING” Y LA MORDIDA CRUZADA POSTERIOR UNILATERAL

**Garrido Benzecry A., Pinilla Blanco K., Costa Ferrer F., Pérez F., López C.**

*Universidad Europea de Madrid. Madrid*

*Introducción:* Dentro de la etiología de las maloclusiones encontramos la influencia de hábitos de presión extrínsecos como el “Pillowling” o posición anormal al dormir, capaz de producir cambios a nivel óseo y dentario.

Existen varias posturas que se adquieren al dormir que sostenidas en el tiempo pueden crear una compresión lateral sobre el maxilar superior, ocasionando menor crecimiento en anchura hacia el lado de apoyo y una desviación de la mandíbula hacia este mismo. De esto resultará un maxilar más estrecho y una mandíbula más grande, donde los dientes postero-inferiores ocluirán por fuera de los superiores creando una *mordida cruzada posterior unilateral* (MCPU).

*Objetivos generales:* Analizar la relación entre el “Pillowling” y las mordidas cruzadas posteriores unilaterales en un grupo de niños que asisten al máster de Odontopediatría de la Universidad Europea de Madrid. *Objetivos específicos:* a) analizar el tipo de MCPU más frecuente en la población de pacientes seleccionados; b) relacionar el lado de la mordida cruzada con la posición del niño al dormir, y el tipo de apoyo que presenta; y c) estudiar la posición y el tipo de apoyo al dormir más frecuente en la muestra seleccionada.

*Material y métodos:* Se seleccionaron pacientes de 6-12 años de edad, que acudieron al Máster de Odontopediatría de la Universidad Europea de Madrid durante febrero a mayo del 2016. En el examen clínico se evaluó la presencia de mordida cruzada posterior según la clasificación propuesta por Locks y cols. en 2008. Además se les solicitó a los padres que rellenasen una encuesta sobre qué lado y cómo duerme el niño al acostarse durante 7 días. Igualmente se les motivó que tomaran fotos.

*Resultados:* Se estudiaron 30 pacientes con MCPU, de los cuales 20 presentaron MCPU funcional (67%) y 10 MCPU dentaria (33%). El 32% de los pacientes presentaron una MCPU que coincidió con el lado dominante al dormir, siendo más común la MCPU derecha con posición prona lateral derecha con un 25% y MCPU izquierda con posición prona lateral izquierda con un 5%. Además el tipo de apoyo más común fue mano sobre almohada con un 45%.

*Conclusión:* Se concluye que si bien se encontró una relación entre la presencia de MCPU y el “Pillowling”, coincidimos con otros autores que la etiología de la maloclusión es muy compleja y multifactorial como para asegurar este hábito como factor etiológico único, ya que se puede relacionar con otros hábitos parafuncionales como succión digital, labial, interposición lingual y respiración oral, que pueden o no estar presentes e influir igualmente.

## 18. TRACCIÓN SUBMUCOSA VS. EXTRAMUCOSA EN EL TRATAMIENTO ORTODÓNICO-QUIRÚRGICO DE LOS CANINOS INCLUIDOS

**Vilches Fernández A.A., Mendoza Mendoza A., Martín Martín R., Huertas López M.D.**

*Universidad de Sevilla. Sevilla*

*Introducción:* La inclusión de caninos palatinos maxilares ha sido reportada a lo largo de los años. La detección prematura en pacientes de no más de 10 años de edad y la aplicación de tempranas medidas correctivas son fundamentales para reducir el riesgo de complicaciones y evitar tratamientos más invasivos (Ericson y Kuroi, 1987). En un rango de edad de los 10 a 13 años el tratamiento de elección sería la exodoncia del canino temporal y la expansión del arcada dental. En el caso de diagnósticos más tardíos, simples procedimientos interceptivos no serían suficientes, tendríamos que combinar tratamientos ortodónico-quirúrgico para resolver las inclusiones. El tratamiento ortodónico-quirúrgico puede ser llevado a cabo mediante dos técnicas diferentes; tracción submucosa o tracción extramucosa.

*Objetivo:* Realizar una revisión para conocer cuál de las técnicas aporta mayor beneficio al paciente en cuanto a tiempo tanto de la intervención quirúrgica como de la duración del tratamiento de ortodoncia y consideraciones periodontales.

*Material y método:* La revisión sistemática fue realizada siguiendo los criterios de evidencia científica SORT. La búsqueda se llevó a cabo durante los meses de marzo-abril

(2015). Las bases de datos empleadas fueron; PubMed-MEDLINE, Cochrane Library y Scopus. Los criterios de inclusión de nuestra búsqueda se limitaron a aquellos artículos publicados en inglés, en el área de Odontología desde 2005 hasta la fecha actual realizados en humanos.

**Resultados:** Una vez analizadas las tres bases de datos, agrupamos los artículos según el nivel de evidencia científica (criterios SORT) y eliminamos aquellos que estén duplicados. Un total de 23 artículos fueron clasificados según los criterios SORT, 5 de ellos de nivel 1, 8 de nivel 2 y 10 artículos de nivel 3. Finalmente los artículos del nivel 3 fueron descartados.

**Conclusión:** Podemos concluir después de haber realizado esta revisión que no existe evidencia para apoyar una técnica de tracción en el tratamiento ortodóncico-quirúrgico de caninos incluidos.

---

## OPERATORIA. CARIES

### 19. BLANQUEAMIENTO INTERNO EN DIENTES TEMPORALES

**Lorenzo Ferris N., Martín Olivera E., Delgado Castro N., Martínez Martín N.**  
*Hospital San Rafael. Madrid*

**Introducción:** En la actualidad, los traumatismos dentales son la principal causa de oscurecimiento coronal y, como consecuencia, la segunda en demandar tratamiento odontopediátrico.

El cambio de color dental, producido por traumatismo, supone un problema estético para los pacientes, especialmente cuando afecta al sector anterior.

Las alteraciones de color coronarias intrínsecas se debe a numerosas causas. La más habitual es por hemorragia pulpar, donde se aprecia una coloración roja-rosa, causada por la salida de sangre fuera de los vasos y capilares. Cuando la agresión excede los márgenes de resistencia del diente, el tejido pulpar sufre un proceso de degradación que lleva a la necrosis pulpar, lo que produce productos de desintegración que se introducen en los túbulos dentinarios y oscurecen la dentina, tornando a amarillo-marrón. Por último, con la existencia de bacterias formadoras de sulfuro ferroso, la coloración se hace más intensa, oscureciéndose hacia el marrón oscuro o negro.

**Objetivos:** El objetivo de este trabajo es presentar una secuencia de casos clínicos de pacientes a los que se les ha realizado un blanqueamiento dental interno, como una alternativa terapéutica conservadora y eficaz para decoloraciones de dientes temporales.

**Caso clínico:** Se elabora un protocolo de actuación para realizar blanqueamiento interno en dientes temporales que han sufrido un traumatismo previo y como consecuencia presentan cambio de color coronal.

De la misma manera, se expondrán los resultados obtenidos tras la realización de dicho tratamiento en los incisivos centrales superiores de pacientes con edades comprendidas entre 4 y 5 años, que presentaban cambio de coloración coronal intrínseca tras un traumatismo dental.

**Comentarios:** Actualmente, en nuestra sociedad, la estética no es algo solo de adultos, los más pequeños también se preocupan por su apariencia física, y una desviación de lo que se considera la norma, como puede ser un cambio de color de los dientes, puede dar lugar a grandes complejos o rechazos.

Las alteraciones de color dental pueden resolverse mediante restauraciones, carillas, coronas prefabricadas o, como en nuestro caso, mediante un blanqueamiento interno de la corona, que es una opción más conservadora.

**Conclusiones:** El blanqueamiento interno en dentición temporal representa un tratamiento exitoso, tanto clínicamente como para los familiares, consiguiendo un alto grado de satisfacción por parte de los pacientes y de sus cuidadores.

### 20. EFECTO DE UN BARNIZ DE IONÓMERO DE VIDRIO (CLINPRO™ XT VARNISH) SOBRE LA FUERZA DE ADHESIÓN DE UN ADHESIVO UNIVERSAL (FUTURABOND® NR)

**Santos Zorrilla P., Sánchez López M.F., Hernández Fernández A., Teruel Fernández J.D.D., Ortiz Ruiz A.J.**  
*Facultad de Odontología. Universidad de Murcia. Murcia*

**Introducción:** Cada vez es más frecuente el uso de barnices de flúor para prevención de caries en niños de alto riesgo. La adhesión sobre el esmalte tratado con estos productos no está lo suficientemente estudiada. El Clinpro™ XT Varnish es un barniz de ionómero de vidrio liberador de flúor recomendado para prevenir las desmineralizaciones y favorecer las remineralizaciones del esmalte en situaciones de riesgo.

**Objetivos:** Determinar cómo influye la aplicación de un barniz de ionómero de vidrio modificado con resina (Clinpro™ XT Varnish) tras 7 días de su aplicación en la resistencia a las fuerzas de cizalla de un adhesivo autograbante en esmalte bovino intacto y en esmalte bovino desmineralizado.

**Materiales y métodos:** Se han utilizado 120 incisivos inferiores temporales bovinos. Los dientes se dividieron aleatoriamente en 6 grupos. Grupo 1: superficie de esmalte intacta. Grupo 2: esmalte desmineralizado. Grupo 3: esmalte desmineralizado tratado con barniz de ionómero de vidrio 7 días. Grupo 4: esmalte intacto tratado con barniz 7 días y raspado. Grupo 5: esmalte desmineralizado tratado con barniz 7 días. Grupo 6: esmalte desmineralizado tratado con barniz 7 días y raspado. Hemos utilizado el adhesivo autograbante Futurabond® NR y el composite universal nano-híbrido Grandio colocado en dos capas de 2 mm. Realizamos un test de cizalla a las 24 horas de la adhesión. Los resultados se recogieron en Newton y se pasaron a Mpa dividiéndolos por el área de adhesión.

**Resultados:** Los resultados de resistencia a las fuerzas de cizalla por grupo fueron: grupo 1:  $7,95 \pm 3,86$ ; grupo 2:  $5,25 \pm 2,83$ ; grupo 3:  $13,92 \pm 8,44$ ; grupo 4:  $18,76 \pm 6,54$ ; grupo 5:  $14,83 \pm 6,57$ ; grupo 6:  $12,14 \pm 4,15$ . Hemos encontrado una mayor fuerza de adhesión en los grupos tratados con Clinpro™ XT Varnish tanto en esmalte intacto como desmineralizado. Aunque sin diferencias significativas el raspado condicionó comportamientos distintos en el esmalte intacto y en el desmineralizado.

**Conclusiones:** El uso del barniz (Clinpro™ XT Varnish) mejora la adhesión a esmalte intacto y desmineralizado de un adhesivo autograbador como el Futurabond® NR.

## 21. LAS RAMPAS EN ODONTOPEDIATRÍA: TRATAMIENTO DE UN CASO DE MORDIDA CRUZADA ANTERIOR

**Rebolo A., García M., Castro S., Seabra M., Figueiredo A.**

*Universidade Católica Portuguesa. Lisboa, Portugal*

**Introducción:** La mordida cruzada anterior es una maloclusión resultado de la palatinización de los incisivos superiores en relación a los incisivos inferiores. Las mordidas cruzadas anteriores tienen una incidencia de 4-5%, siendo esencial el diagnóstico durante la dentición mixta. Este tipo de maloclusión tiene una etiología multifactorial: puede ser el resultado de la erupción de los incisivos superiores en una posición más palatinizada; trauma de los incisivos deciduos que resulta en un movimiento lingual de los gérmenes de los dientes permanentes; presencia de dientes supernumerarios a nivel anterior; odontoma; arcada dental con el tamaño inadecuado; el hábito de morder el labio superior, entre otros. Para el tratamiento de esta maloclusión hay varios tipos de tratamiento, incluyendo: coronas invertidas, los aparatos fijos/removibles/funcionales y rampas de composite. En este poster se abordará el tratamiento de este tipo de maloclusión mediante el uso de rampas de composite. Las rampas de composite se definen por un alargamiento de la corona del material compuesto de manera que las piezas dentarias inferiores sean forzadas a ocluir por palatino de los dientes antagonistas, manteniéndolos ortoposicionados. Tiene la ventaja de ser un procedimiento rápido, seguro, económico, no invasivo, desprovisto de cambios funcionales/estéticos, evita molestias para el paciente por el número de sesiones de hora. Además, cuando se termina el tratamiento, las rampas de composite se eliminan fácilmente sin causar daños en el esmalte. Sin embargo, las rampas son susceptibles de fracturarse debido a su baja resistencia.

**Objetivo:** La mordida cruzada anterior es considerada una de las mayores preocupaciones de los padres con respecto a los niños debido al factor estético y funcional.

**Caso clínico:** L. M. Mujer, de 8 años acude a la consulta de Odontología Pediátrica por razones estéticas, dice que tiene: “un diente para dentro”. Niega alergias, enfermedades sistémicas y no toma ningún medicamento.

**Comentario:** Al comparar las diferentes alternativas terapéuticas, las rampas o carriles de composite surgen como una alternativa más rápida, más fácil de realizar y más económica. Los niños, especialmente los más pequeños, se acomodan mejor a este tipo de tratamiento, que las que implican la realización de impresiones y el aumento del tiempo en la silla.

**Conclusión:** El tratamiento de las mordidas cruzadas anteriores debe realizarse poco después del diagnóstico para evitar la movilidad, la enfermedad periodontal y la fractura de los dientes anteriores. Además, puede causar un mal funcionamiento de la articulación temporomandibular.

## 22. MATERIALES EN RECUBRIMIENTO DIRECTO DE DIENTE PERMANENTE JOVEN: TERAPÉUTICAS ACTUALES

**González Aranda C., Saavedra Marbán G., Grano de Oro Cordero E.C.**

*Facultad de Odontología. Universidad Complutense de Madrid. Madrid*

**Introducción/Justificación:** El recubrimiento pulpar directo en dentición permanente joven busca conservar la vitalidad pulpar, imprescindible en estos dientes para conseguir su desarrollo radicular completo.

El objetivo es favorecer la formación de un puente de dentina reparativa, sin que ello represente toxicidad para la pulpa. En la literatura se han descrito diversas técnicas. Actualmente han aparecido materiales bioactivos con el fin de favorecer la reparación pulpar.

No existe unanimidad entre la comunidad científica respecto al material de elección para este procedimiento, por lo que nos planteamos realizar una revisión sobre los materiales que a día de hoy estarían más indicados para el recubrimiento pulpar directo en diente permanente inmaduro.

**Objetivos:** Revisar y evaluar las alternativas de tratamiento actuales en el recubrimiento pulpar directo de dientes permanentes inmaduros.

**Material y método:** Se realizó una revisión bibliográfica a través de bases de datos biomédicas: PubMed, Medline (EBSCO). Palabras clave: *direct pulp capping, immature tooth, open apex.*

**Resultados y análisis:** El hidróxido de calcio ha sido el material de recubrimiento pulpar más empleado. Sin embargo, se ha demostrado que el puente dentinario formado es de poca calidad y no tiene capacidad de adhesión a la dentina, lo que puede provocar el fracaso de la técnica.

En la década de los noventa apareció el MTA® (Mineral Trioxide Aggregate) como alternativa al hidróxido de calcio, por inducir la formación de dentina reparativa de mayor calidad que este cuando se utiliza en recubrimiento pulpar directo.

Recientemente, se ha comercializado un nuevo producto a base de silicato de calcio (Ca<sub>3</sub>SiO<sub>5</sub>) llamado Biodentine™. Este material posee unas propiedades mecánicas similares a la dentina sana, pudiendo reemplazarla a nivel coronal y radicular.

Algunos estudios han demostrado que el Biodentine™ tiene mejores propiedades físicas e inferior tiempo de fraguado que el MTA® y el cemento Portland. Además, es capaz de inducir la diferenciación odontoblástica, estimulando así la formación de dentina reparativa. En comparación con otros cementos a base de silicato de calcio, como el MTA®, no sufre cambio de coloración al exponerse a la luz, al no llevar óxido de bismuto.

**Conclusiones:** Tras la revisión bibliográfica de diferentes materiales bioactivos, el Biodentine™ se plantea como una buena alternativa para el recubrimiento pulpar en dientes permanentes jóvenes. Sin embargo, se requieren estudios a más largo plazo que corroboren los resultados obtenidos hasta ahora con este material.

### 23. NUEVAS VÍAS Y MATERIALES ANTE DIENTES PERMANENTES CON ÁPICE INMADURO Y NECROSIS PULPAR: ESTADO ACTUAL

**Moradas Estrada M.**

*Universidad de Oviedo. Oviedo*

**Introducción:** El tratamiento de la pulpa no vital está indicado en dientes con ápices abiertos y paredes dentinarias delgadas en los que mediante la instrumentación clásica no es posible crear un tope apical que facilite una obturación efectiva del conducto radicular. La evidencia en este ámbito se centra en preservar las células madre de la pulpa dental, así como las células madre mesenquimales de la papila apical, pudiendo obtener la revascularización y completar la maduración radicular. A esta técnica, denominada 'maturogénesis' se cree pueda sustituir a la apicoformación clásica. De un mismo modo el uso de fibrina rica en plaquetas (PRGF) parece dar luz a la idea de regeneración tisular ante traumatismos dentarios.

**Objetivos:** a) Comparar los resultados, en sellado hermético y funcionalidad del diente, de la técnica de maturogénesis y PRGF con otros materiales clásicos; y b) determinar la supervivencia clínica de dientes necrosados con las técnicas de maturogénesis y PRGF.

**Material y método:** Se realizó una revisión bibliográfica sistematizada, evaluativa con datos cuantitativos y cualitativos que pretende comparar y determinar que material cumplía mejor el objetivo de sellado hermético permitiendo preservar el diente y su funcionalidad. Se tomaron como fuentes de información revisiones bibliográfica y casos clínicos en artículos indexados no inferiores a 2012 y con última publicación noviembre 2015, tomaron como palabras clave: *apexification, apical barrier, platelet rich fibrin, mineral trioxide aggregate, regenerative endodontics, pulpal revascularization, stem cells, calcium hydroxide, non vital immature*.

**Resultados:** El hidróxido de calcio es un material con buena adaptación, sellado apical y bajo coste, pero con una excesiva permeabilidad y difícil manipulación en ambientes húmedos. Por ello el material MTA es de gran utilidad en la

formación de barreras apicales más sólidas y duraderas, obteniendo resultados mejores y una mayor supervivencia clínica a 5 y 10 años. Los nuevos materiales, bioestimuladores o con capacidad regenerativa mejoran los resultados hasta en un 55% de los casos, disminuyendo la técnica de aplicación, respondiendo a una odontología mínimamente invasiva y siendo biocompatibles 100% otorgando una funcionalidad mejor, en hasta un 32% de casos frente a los materiales clásicos.

**Conclusiones:**

1. El MTA es el material clásico más utilizado y que proporciona las mejores propiedades de biocompatibilidad, bacteriostáticas y de sellado hermético.
2. El hidróxido de calcio resulta de pronóstico incierto debido a su excesiva permeabilidad.
3. Los materiales bioactivos presentan, las mejores propiedades funcionales en sellado apical, capacidad de regeneración.
4. Una mayor investigación a largo plazo es necesaria para sistematizar el uso de biomateriales.

### 24. PERMANENCIA A LARGO PLAZO DEL 2.º MOLAR TEMPORAL EN SUJETOS CON AGENESIAS DEL 2.º PREMOLAR MANDIBULAR

**Palazuelos I., García-Navas I., Riobos González M.F.**

*Universidad Alfonso X El Sabio. Madrid*

**Introducción:** Desde su formación intrauterina, los dientes temporales completan su desarrollo y su rizólisis durante 8 años aproximadamente. El patrón de reabsorción puede alterarse por la ausencia del diente sucesor permanente. En España la prevalencia de agenesias es del 6%, siendo los dientes más afectados el 2.º premolar inferior, Incisivo lateral superior y 2.º premolar superior (excluyendo los cordales).

**Material y método:** En este trabajo se analiza la prevalencia, distribución, grado de reabsorción radicular y edad de permanencia en boca de 2.º molares temporales que presentan agenesia del sucesor permanente, en una población de 95 sujetos, de edades comprendidas entre 6-80 años. Para ello se estudiaron radiografías panorámicas pertenecientes a la base de datos de la Clínica Universitaria UAX. Para ver el grado de reabsorción radicular, se siguió la clasificación de Moorrees CF. (1963).

**Resultados:** Se encontraron 129 2.º molares temporales con agenesia del sucesor, 58,14% en mujeres y 41,86% en hombres. De los 95 sujetos, un tercio presentaron agenesia bilateral. Solo el 14% de los molares temporales se encontraban en infraoclusión. No existe diferencia estadísticamente significativa en relación a la frecuencia de agenesia del 2.º premolar permanente derecho e izquierdo ( $p < 0,05$ ). El menor grado de reabsorción radicular se ha dado en el grupo de edad de 6-10 años, aumentando la reabsorción progresivamente con la edad. El rango de edad donde se produce más reabsorción radicular es entre los 11-20 años. El 21% de los sujetos de la muestra conservaron el 2.º molar temporal más

de 15 años en boca; y de estos, el 25% presentaron raíces intactas sin reabsorción. Se ha encontrado un 5,25% de sujetos > 30 años con el segundo molar temporal en boca, con algún grado de reabsorción sin llegar a ser completa. El 20% de los molares presentaban tratamiento odontológico conservador. No existe relación significativa entre el grado de reabsorción radicular y la presencia de tratamiento odontológico.

**Conclusiones:** Un diagnóstico precoz es fundamental para la supervivencia de los dientes temporales con agenesias del permanente sucesor. No se puede concluir, con los datos que se han obtenido, que las causas de reabsorción radicular en sujetos de +40 años sean genéticas, o por tratamiento odontológico realizado en esas piezas; o por el contrario, la ausencia de tratamiento odontológico conservador aumente su permanencia en boca. Con la muestra del estudio no se puede concluir que no existan sujetos mayores de 40 años de edad con 2.º molares temporales en boca.

## 25. REHABILITACIÓN ORAL DE DIENTES ANTERIORES EN PACIENTE PEDIÁTRICO

**González Unibaso N., Gómez Ríos I., Serna Muñoz C., Pérez Silva A., Ortiz Ruiz A.J.**

*Universidad de Murcia. Murcia*

**Introducción:** Uno de los mayores desafíos para el odontopediatra, es el tratamiento estético y rehabilitador de bebés que han sufrido la pérdida una gran cantidad de superficie de los dientes anteriores, como consecuencia de caries de inicio temprana o traumatismo.

**Caso clínico:** Tratamiento de tres niños menores de 24 meses con escasa estructura remanente sana en dientes temporales anteriores mediante la colocación de poste de fibra de vidrio y corona de acetato con composite. Evolución clínica y radiográfica del tratamiento.

**Discusión:** En la literatura se han descrito diversos métodos para la restauración de dientes temporales anteriores muy destruidos, pero son necesarios más estudios clínicos longitudinales que evalúen cada técnica.

**Conclusiones:** El tratamiento rehabilitador ideal de un diente anterior temporal es aquel que alcanza resultados estéticos satisfactorios, restituyendo la función y que dure hasta la exfoliación del diente. Preferiblemente debe poder realizarse de forma rápida y repararse fácilmente en caso de ser necesario.

## 26. REHABILITACIÓN ORAL DE UN PACIENTE CON CARIES. A PROPÓSITO DE UN CASO CON 5 AÑOS DE SEGUIMIENTO

**Vilella Pastor S., Lorente Rodríguez A.I., Cuadros Fernández C., Guinot Jimeno F.**

*Universitat Internacional de Catalunya. Barcelona*

**Introducción:** Los pacientes jóvenes con caries de la primera infancia (ECC), comúnmente experimentan rehabilitación oral bajo anestesia general (AG), debido a problemas con el manejo del comportamiento. Los niños con antecedentes de ECC son altamente susceptibles al desarrollo de nuevas caries, incluso después de la rehabilitación oral completa.

**Objetivos:** Demostrar que tras una intervención bajo anestesia general, es fundamental llevar a cabo un riguroso protocolo de revisiones en las que apliquemos criterios de prevención, para concienciar a los padres de la importancia de los cambios dietéticos e higiénicos, con el fin de reducir la nueva aparición de caries.

**Caso clínico:** Paciente de sexo femenino, edad 3 años y 11 meses, con ECC que fue remitido para tratamiento al Departamento de Odontopediatría de la Universitat Internacional de Catalunya. A causa de la necesidad de un amplio tratamiento dental, y debido a los problemas de manejo de conducta, su dentición fue restaurada bajo AG. Se utilizó una combinación de métodos y técnicas de restauración, incluyendo la colocación de resinas compuestas, restauraciones de coronas metálicas preformadas, extracciones, y mantenedores de espacio. El paciente fue seguido por 69 meses (5 años y 8 meses), tanto clínica como radiológicamente.

**Conclusión:** Este caso refleja la necesidad de brindar apoyo a los niños con alto riesgo de ECC, junto con sus familias mediante el desarrollo de intervenciones biológicas y de comportamiento más aceptables y eficaces con el fin de reducir la incidencia de caries después de la rehabilitación oral bajo anestesia general.

## 27. REPERCUSIONES SOBRE LA ADHESIÓN DE CLINPRO® WHITE VARNISH EN ESMALTE DESMINERALIZADO

**Sánchez López M.F., Santos Zorrilla P., Hernández Fernández A., Germán Cecilia C., Ortiz Ruiz A.J.**

*Facultad de Odontología. Universidad de Murcia. Murcia*

**Introducción:** Uno de los grandes problemas de salud pública en los países desarrollados sigue siendo la caries dental, lo cual se traduce en una pérdida continua de iones calcio y fosfato desde la estructura dental, proceso denominado desmineralización. En casos de niños con riesgo moderado, alto o extremo de padecer caries, los protocolos de prevención incluyen el uso de barnices de flúor con el propósito de prevenir la desmineralización o remineralizar las lesiones ya existentes. El objetivo de nuestro trabajo ha sido estudiar la adhesión sobre un esmalte desmineralizado y tratado con un barniz de flúor, Clinpro® White Varnish.

**Material y métodos:** Se han utilizado 120 dientes bovinos divididos aleatoriamente en 6 grupos. Grupo 1: esmalte intacto; grupo 2: esmalte desmineralizado; grupo 3: esmalte intacto tratado con barniz de flúor 7 días (Clinpro® White Varnish); grupo 4: esmalte intacto tratado con barniz de flúor 7 días y rascado; grupo 5: esmalte desmineralizado tratado

con barniz 7 días; grupo 6: esmalte desmineralizado tratado con barniz 7 días y rascado. Hemos utilizado el adhesivo universal Futurabond® NR con la técnica de autograbado y el composite universal nanohíbrido Grandio®. Hemos realizado un test de resistencia a las fuerzas de cizalla a las 24 horas de la adhesión.

**Resultados:** La fuerza de adhesión sobre el esmalte desmineralizado es menor que sobre el esmalte normal ( $5,13 \pm 5,07$  Mpa vs.  $7,77 \pm 3,97$  Mpa;  $p < 0,001$ ). A los 7 días de aplicar el barniz de flúor sobre un esmalte con mineralización normal la fuerza de adhesión es idéntica que sobre un esmalte sin barniz de flúor ( $8,18 \pm 3,13$  Mpa;  $7,77 \pm 3,97$  Mpa; n/s). En los grupos remineralizados los valores de resistencia a las fuerzas de cizalla son similares al grupo de esmalte desmineralizado ( $5,77 \pm 3,79$  Mpa;  $4,59 \pm 2,11$  Mpa; n/s) y significativamente inferiores al esmalte con mineralización normal, con o sin barniz ( $7,77 \pm 3,97$  Mpa;  $8,18 \pm 3,13$  Mpa). Aumento significativo de la resistencia a las fuerzas de cizalla en el grupo de esmalte intacto tratado con barniz, al cual retiramos el barniz después de los 7 días ( $11,04 \pm 5,55$ ).

**Conclusiones:** El uso del barniz Clinpro® White Varnish 7 días antes de un proceso adhesivo no modifica la adhesión ni en esmalte intacto ni en esmalte desmineralizado. En esmalte intacto debemos retirar el barniz de la superficie dental si queremos aumentar la adhesión.

## 28. VALORACIÓN DE LA EDAD ERUPTIVA EN DENTICIÓN DEFINITIVA CUANDO SE PIERDE EL PREDECESOR TEMPORAL

Martín Martín R.<sup>1</sup>, Mendoza Mendoza A.<sup>1</sup>, Iglesias Linares A.<sup>2</sup>, Domínguez Zamora R.<sup>1</sup>, Vilches Fernández A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Sevilla. Sevilla. <sup>2</sup>Universidad Complutense de Madrid. Madrid

**Introducción:** La dentición temporal es un elemento fundamental en el desarrollo y crecimiento de los niños, por lo que una pérdida prematura en dichas piezas podría afectar no solo a la erupción del sucesor permanente sino influir en otros ámbitos tales como deglución o fonación además de los problemas de espacio. Según la literatura, cuando una pérdida dental se produce unos tres años antes de la exfoliación normal, la erupción del permanente en cuestión suele adelantarse, mientras que si se produce a edades más tempranas suele retrasarse.

**Objetivo:** El fin del estudio es ratificar la premisa del adelanto o retraso en la erupción del diente permanente según la edad a la que se ha producido la pérdida del diente temporal.

**Métodos:** Un total de 78 pacientes a los que se les había realizado exodoncia de incisivos superiores temporales debido a algún tipo de traumatismo en dicha zona fueron incorporados en este estudio. En ellos se valoró: a) tipo de traumatismo registrado; b) edad a la cual se realizó la extracción; c) edad de erupción de los respectivos incisivos superiores

permanentes; y d) grado de formación radicular previo a la extracción. El criterio para valorar la edad de erupción definitiva, fue en el momento en el cual el/los diente/s hicieron su aparición en boca. Se realizó un análisis estadístico univariante con cálculo de medias y desviación estándar. Asimismo se realizó el test de chi-cuadrado para la valoración de la asociación entre variables cualitativas y el potencial adelanto eruptivo observado. Se tomó un valor de  $p < .05$  como estadísticamente significativo.

**Resultados:** Una vez analizados todos los datos, pudimos afirmar que se observó un adelanto eruptivo en un 70,5% de los pacientes a los que se les había tenido que extraer prematuramente al menos un incisivo superior temporal.

**Conclusiones:** La pérdida no fisiológica de una pieza dental temporal, conlleva un adelanto en cuanto a la erupción de su correspondiente sucesor definitivo. Aunque la erupción se adelante, es importante sustituir dichas pérdidas con aparatos de sustitución que preserven una estética y faciliten al paciente funciones masticatorias y fonatorias, así como eviten la aparición de hábitos perjudiciales en el niño.

## 29. VALORACIÓN DE LA SATISFACCIÓN Y BIENESTAR DEL PACIENTE RESPECTO AL TRATAMIENTO DE PULPECTOMÍA VERSUS EXTRACCIÓN Y MANTENEDOR

Biedma Perea M.<sup>1</sup>, González Aroca I.M.<sup>1</sup>, Huertas López M.D.<sup>1</sup>, Iglesias Linares A.<sup>2</sup>, Mendoza Mendoza A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Sevilla. Sevilla. <sup>2</sup>Universidad Complutense de Madrid. Madrid

**Introducción:** Ante toda urgencia dental de origen traumático, es necesario establecer prioridades a la hora del tratamiento. Por ello es necesario considerar: el tiempo restante hasta la exfoliación, el pronóstico del diente traumatizado así como el posible daño del germen del permanente. En los dientes temporales que sufren algún tipo de traumatismo lo deseable es que, el diente pueda mantener la vitalidad pulpar hasta su exfoliación, aunque si esto no es posible, podemos realizar el tratamiento pulpar indicado, sin comprometer significativamente la función del diente, o en último término la extracción, eligiendo siempre la mejor opción pensando fundamentalmente en la integridad del germen del diente sucesor.

**Objetivo:** El objetivo de este estudio fue determinar el grado de satisfacción y bienestar del paciente así como del padre/tutor, tras un tratamiento pulpar por trauma versus exodoncia, seguido de la colocación de un mantenedor. Se evaluaron aspectos como estética, fonética, masticación, adaptación a la sociedad así como calidad coste/beneficio.

**Material y métodos:** Setenta sujetos entre 2-5 años en una clínica dental privada especializada en Odontopediatría, fueron invitados a participar de forma consecutiva en el estudio. En todos los pacientes se realizó historia clínica, exploración clínica y radiológica. Los sujetos fueron diagnosticados,

tratados y evaluados post operatoriamente a los 6 meses de seguimiento. Para el análisis estadístico se empleó el test de Chi-cuadrado, así como las correlaciones fueron establecidas mediante el coeficiente de Spearman ( $p < 0,05$ ).

**Resultados:** En cuanto el nivel de satisfacción respecto al mantenedor de espacio fue alto en el aspecto estético y de la fonética así como medio en la masticación y coste económico. En la pulpectomía el cambio de coloración fue el dato evaluado negativamente.

**Conclusión:** La dentición temporal juega un papel determinante en el desarrollo y crecimiento de los niños. Tras trauma dental se han barajado como opciones terapéuticas la pulpectomía o la exodoncia, aunque evidentemente en aquellos casos en los que la radiolucidez apical y/o la reabsorción radicular pueda causar daños en el permanente se opta siempre por la extracción. Debemos siempre tener en cuenta que la elección no solo depende de la mejor opción de tratamiento sino de la decisión del padre/ tutor.

---

## LACTANCIA MATERNA

### 30. RELACIÓN DEL USO DEL CHUPETE CON LACTANCIA MATERNA

**Vieira da Silva J.C., Vilela Lobo A.P., Pinto R.M.,  
Dos Santos Gonçalves A., Sousa Santos P.**  
*IUSC-N. Oporto, Portugal*

**Introducción:** La lactancia materna se ha convertido en un tema de interés para ser tratado, ya que el abandono precoz, se considera un problema de salud pública. Aunque la American Academy of Pediatrics (Academia Americana de Pediatría) (AAP) recomienda el uso de chupetes a la hora de dormir como un medio para reducir el riesgo de síndrome de muerte súbita del recién nacido, es un hábito de succión no nutritiva que interfiere con la lactancia materna.

La literatura indica que la lactancia materna debe ser iniciada dentro de la primera hora de vida y debe tener una duración mínima de 6 meses; se recomienda que los chupetes se ofrezcan después del día 15, para no interferir con la lactancia materna evitando así el destete precoz. Los primeros quince días de vida de un bebé son especialmente importantes y la lactancia debe estar totalmente establecida antes de introducir un chupete.

**Objetivo:** Dar a conocer, si el uso del chupete tiene alguna interferencia con el destete precoz, como se ha citado en la literatura.

**Material y método:** Cuestionario entregado en guarderías y escuelas infantiles en el municipio de Marco de Canaveses, ciudad de Oporto, en Portugal, que consiste en tres grupos y con un total de 21 preguntas:

- 1.º grupo - Características de la madre.
- 2.º grupo - Características del bebé.

- 3.º grupo - Relación del amamantamiento / chupete.

Los resultados fueron obtenidos de 70 encuestadas (con edades comprendidas entre 22 y 44 años).

**Resultados:**

- Inicio de lactancia materna:
  - En la primera hora de vida: 66%.
- Duración del amamantamiento
  - Fueron amamantados hasta los 5 meses: 56%.
  - Fueron amamantados hasta o después de 6 meses: 44%.
- Introducción del chupete:
  - Antes de los 15 días: 73%.
  - Después del día 15 o nunca usaron chupete: 27%.

Al analizar los resultados, obtenemos que la lactancia exclusiva decreció de los 5 a 6 meses de vida. Se verificó que los bebés que nunca habían usado chupete fueron los que lactaron por más tiempo, incluido el bebé que fue amamantado hasta los 23 meses.

**Conclusión:** Se concluye que la introducción de los chupetes antes de los primeros 15 días de vida, es uno de los factores que podrían llevar a destete precoz.

---

## ALTERACIONES ERUPTIVAS, TRAUMATISMOS, CIRUGÍA ORAL, DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO

### 31. ANQUILOSIS ALVEOLODENTARIA SEVERA; A PROPÓSITO DE UN CASO

**Redondo Pita H., Delgado Castro N., Martín Olivera E.**  
*Hospital San Rafael. Madrid*

**Introducción:** La anquilosis dentoalveolar es una anomalía dental, en la cual se presenta pérdida de continuidad del ligamento periodontal, lo que lleva a la unión del hueso alveolar con el cemento o la dentina. Esto impide el proceso eruptivo normal y el crecimiento vertical óseo del diente anquilosado, mientras que los dientes adyacentes siguen su proceso de erupción y crecimiento alveolar normal. Esta situación genera que el diente alterado esté por debajo del plano oclusal, dando la impresión de estar sumergido. La anquilosis es muy común en dentición temporal mientras que en dentición permanente es más difícil encontrarse casos. La prevalencia de anquilosis en dentición temporal es de 1,3 - 8% siendo la etiología desconocida aunque con factores predisponentes. Son tres los grados de anquilosis que puede presentar una pieza:

- La anquilosis *leve* muestra una ausencia de oclusión de menos de 2 milímetros con respecto al plano oclusal de los dientes adyacentes.
- La anquilosis *moderada* ocurre cuando la distancia al plano de oclusión es mayor a 2 milímetros pero sigue habiendo un contacto interproximal con los dientes adyacentes.

- La anquilosis *severa* se produce cuando se pierde el contacto con los dientes adyacentes hasta el punto de poder encontrarse la pieza sumergida bajo la encía siendo sólo visible radiográficamente.

La elección entre la monitorización y el tratamiento depende del grado de anquilosis que presente el paciente, la existencia de pieza definitiva y localización de la misma, y la existencia de pérdida prematura de espacio.

*Objetivos:* Extracción quirúrgica del segundo molar temporal para permitir el correcto posicionamiento y erupción del segundo premolar.

*Caso clínico:* Paciente de 5 años de edad que presenta erupción en boca todas las piezas salvo el segundo molar temporal superior derecho. Durante la anamnesis la madre no tiene conocimiento de si la pieza ha estado en boca en algún momento. Tras realizar una ortopantomografía se sospecha agenesia de pieza permanente sucesora siendo necesaria una radiografía periapical para el correcto diagnóstico. Al realizar la radiografía se haya el segundo premolar en posición ectópica hacia mesial superponiéndose al primer premolar. El 65 además presenta gran destrucción por caries. Por todo esto y dado que es una anquilosis severa que modifica la guía de erupción del diente sucesor se decide proceder a la extracción quirúrgica de la pieza anquilosada.

*Conclusiones:* El diagnóstico precoz y la extracción de una pieza anquilosada puede permitir la recolocación y correcta erupción de una pieza en posición ectópica.

## 32. ANQUILOSIS EN DENTICIÓN TEMPORAL Y PERMANENTE

**Román Arenas F., Mendoza Mendoza A., Iglesias Linares A., Biedma Parea M., Payá Jiménez M.**  
*Universidad de Sevilla. Sevilla*

*Introducción:* La infraoclusión es una manifestación cuyo origen frecuentemente es la anquilosis alvéolo dentaria. El crecimiento vertical del diente afectado se encuentra inhibido, y se aprecia por debajo del nivel de oclusión con respecto a los dientes vecinos. Además, en la literatura los términos “sumergidos” e “infraocluidos” se refieren con asiduidad a diente anquilosado. La etiología de la anquilosis es desconocida, pero se apunta a origen genético, traumatismos, deficiencia de crecimiento óseo, problemas metabólicos, erupción prematura del primer molar permanente, agenesia del diente permanente (en caso de anquilosis en dentición temporal), reimplante, autotransplante, infecciones localizadas e irritaciones químicas y térmicas.

*Objetivos:* Analizar la frecuencia de anquilosis en dentición temporal y permanente, además de identificar el diente con mayor prevalencia y la edad y el sexo más afectados por esta patología.

*Materiales y métodos:* El estudio se realizó en una muestra de 500 niños (entre 6 y 16 años) que acudieron a una clínica dental privada de odontopediatría durante el año 2014-2015.

El diagnóstico se realizó mediante: exploración clínica y radiográfica con serie periapical y ortopantomografía (evaluándose: grado de infraoclusión, percusión y estado del ligamento periodontal).

*Resultados:* Los resultados del estudio muestran la existencia de anquilosis en un 4% de la población estudiada (20 casos de 500 pacientes). Siendo los dientes más afectados los molares inferiores (tanto en dentición temporal como en permanente). En dentición temporal los dientes que presentan mayor incidencia de anquilosis son los segundos molares inferiores y en dentición permanente el diente más afectado es el primer molar permanente. No existen prevalencias significativas en cuanto al sexo. Se observó una mayor incidencia en niños con edades comprendidas entre 6-8 años.

*Conclusiones:* Por tanto, podemos destacar que las infraoclusiones son una patología poco frecuente, sin predilección sexual, y que se presenta al azar en el lado derecho, izquierdo o bilateral. Además, se observa con mayor frecuencia en pacientes en dentición mixta primera fase.

## 33. ANQUILOSIS MODERADA-SEVERA DE MOLARES TEMPORALES: IMPLICACIONES A NIVEL ORAL

**Esqueira Sampayo A., Cahuana Cárdenas A., Brunet L.**  
*Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona*

*Introducción:* La anquilosis dental es una anomalía eruptiva debida a la fusión anatómica entre el hueso alveolar y el cemento radicular, con la consiguiente desaparición del ligamento periodontal. Esta desaparición conlleva un bloqueo de la erupción del diente afectado condicionando una detención en el crecimiento vertical del diente anquilosado, mientras continúa el de los adyacentes, haciéndose cada vez más evidente la diferencia de altura entre ellos, quedando el diente anquilosado en infraoclusión.

*Objetivos:* En un grupo de pacientes con anquilosis moderada severa, determinar las implicaciones en dientes sucesores y adyacentes.

*Material y métodos:* Se realizó un estudio retrospectivo sobre historias clínicas diagnosticadas de molares deciduos anquilosados en el periodo de 2010-2015. Se registró, la edad de diagnóstico, género, dientes afectados, grado de infraoclusión (grado I: mantiene punto de contacto, grado; grado II: por debajo del punto de contacto; grado III: debajo de la cresta alveolar y grado IV: alejado del borde alveolar), alteraciones asociadas. Tratamiento realizado y evolución.

*Resultados:* La muestra fue de 30 pacientes, La media de edad fue 8,4 años (rango: 6 - 14 años). El número de molares anquilosados fue de 54, el 40% de los pacientes estudiados presentaba más de un molar anquilosado. Los dientes más afectados fueron el 65 (28%) y el 75 (19%). La severidad de la infraoclusión fue de grado II en 41%; grado III 22%; grado IV 33% y menos del 2% presentaron grado I. El 13% de los casos presentaba agenesia del diente permanente sucesor. La edad



media de tratamiento fue de 9,6 años. En el 90% de los casos el tratamiento fue la exodoncia del diente anquilosado y tratamiento de ortodoncia posterior y solo en el 10% se solucionó realizando únicamente la exodoncia del diente anquilosado.

Por la complejidad del tratamiento el 74% de las extracciones se realizaron con anestesia general. En el 93% de los casos, se registró alteraciones dentales secundarias a la anquilosis, siendo las más frecuentes la ectopia de premolares en el 64% de los casos y la mesialización del primer molar en el 54%. En el 27% de los casos terminó con la extracción del diente sucesor.

**Conclusiones:** Las infraoclusiones moderadas y severas ocasionan serias complicaciones y por ello son de gran importancia el diagnóstico temprano y el establecimiento y planificación de medidas terapéuticas adecuadas. Los tratamientos efectivos son primordiales para evitar que esta patología continúe evolucionando y ocasione graves alteraciones durante el desarrollo de la dentición del niño.

### 34. BRUXISMO NOCTURNO INFANTIL. POSIBLE TRASTORNO PSICOSOMÁTICO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

**Blay Palacios C., Ruiz Hernández A., Traver Ferrando C., Acuña Rocha L., Sanchís Forés C.**  
*Universidad Católica de Valencia "San Vicente Mártir". Valencia*

**Introducción/Justificación:** El bruxismo es una actividad parafuncional que consiste en el apretamiento o rechinar de los dientes pudiendo ocurrir durante el sueño (parasomnia), o como es menos habitual, durante el día.

Las consecuencias incluyen trastornos temporomandibulares, dolor muscular, problemas periodontales, desgaste, sensibilidad y pérdida dental.

Su etiología es multifactorial influyendo factores morfológicos y psicológicos. Además, se ha relacionado con la inmadurez del sistema masticatorio neuromuscular.

Es necesario un mayor conocimiento sobre su etiología debido a su posible asociación con trastornos psicológicos. Los niños que presenten bruxismo como un mecanismo para liberar tensiones tendrán una alta probabilidad de continuar con esta parafunción en la edad adulta pudiendo provocar serios daños al aparato estomatognático.

**Objetivos:** Realizar una revisión bibliográfica actualizada sobre la relación entre el bruxismo infantil, la ansiedad y otros factores psicológicos.

**Materiales y métodos:** Se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed, EBSCOhost (base de datos Dentistry & Oral Sciences Source) y Web of Science; empleando como palabras clave en título y resumen: "Bruxism", "children", "anxiety", "stress", "psychopathology", "psychol\*". Tras filtrar por fecha de publicación (2006-2016) se obtuvieron 117 resultados, de los que se seleccionaron 19 tras eliminar los duplicados y aplicar los criterios de inclusión: artículos

científicos, de revisión o revisiones sistemáticas en español o inglés que contribuyesen al logro de los objetivos. Se excluyeron artículos en adultos y reportes de casos clínicos.

**Resultados:** Diversos autores han encontrado asociación entre el bruxismo y aspectos psicológicos como la ansiedad, el estrés, la depresión y otros trastornos emocionales, así como trastornos de la conducta y comportamientos antisociales. Además, se ha relacionado con características de la personalidad como el rasgo de personalidad tenso, el elevado nivel de neuroticismo y el alto sentido de responsabilidad.

Se han observado también elevados niveles de sensibilidad a la ansiedad (SA) en niños bruxistas. La SA consiste en el miedo a los síntomas de ansiedad, es una variable estable en el tiempo y con fuerte componente hereditario que se ha propuesto como un factor de predisposición a trastornos psiquiátricos.

**Conclusiones:**

1. Se evidencia un importante papel de los factores psicológicos en el desarrollo del bruxismo infantil.
2. La sensibilidad a la ansiedad puede ser un factor predisponente para el desarrollo del bruxismo y de trastornos psiquiátricos.
3. Los odontopediatras deben advertir la influencia de los factores emocionales en el bruxismo infantil.
4. La evaluación y el tratamiento psicológico pueden ayudar a mejorar la salud de estos pacientes.

### 35. BRUXISMO Y DISFUNCIÓN TEMPOROMANDIBULAR INFANTIL: PREVALENCIA Y CAUSAS

**Domínguez Zamora R., Martín Martín R., Payá Jiménez M., Mendoza Mendoza A., Yáñez Vico R.M.**  
*Universidad de Sevilla. Sevilla*

**Introducción:** El bruxismo y la disfunción temporomandibular (TMD) son desordenes que se pueden presentar en la infancia y adolescencia. La prevalencia del bruxismo en niños es alta aunque el desgaste de los dientes no es determinante para su diagnóstico, a veces aparece combinado con hábitos orales o parafunciones.

**Objetivos:** El objetivo principal del estudio es ver la existencia y prevalencia del bruxismo y TMD en pacientes infantiles. Los objetivos secundarios son relacionar el bruxismo y TMD con la personalidad del niño, el estrés, los hábitos orales y el nivel socioeconómico.

**Material y método:** Se recolectaron pacientes entre 3 y 12 años con dentición temporal o mixta de la facultad de odontología de la Universidad de Sevilla. Se excluyeron del estudio aquellos que presentan dentición permanente, con trastornos médicos o psicológicos y en tratamiento farmacológico. Se realizó un cuestionario a padres de los niños estudiados mediante test validados para la determinación de hábitos orales, nivel socioeconómico de la familia, rasgos de personalidad del niño y existencia de estrés.

Asimismo se evaluó clínicamente la presencia o ausencia de chasquido articular, sensibilidad a la palpación de la articulación, dolor muscular y la atrición de piezas permanentes. Se realizó estadística descriptiva e inferencial para la determinación de asociaciones positivas o negativas con los factores valorados y el bruxismo infantil.

**Resultados:** La edad media de los pacientes es de 7,5 años, siendo el 60% niñas y el 40% niños. La prevalencia de bruxistas es del 23,33%, de pacientes que presentan signos de TMD del 23,33% y que presentan Bruxismo y TMD del 3,33% (el 50% de la muestra presentan Bruxismo o TMD).

En cuanto a la personalidad el 70% del total de la muestra presenta rasgos de amabilidad, 10% responsabilidad, 10% intelecto, 10% extroversión. Los pacientes bruxistas presentan el 62,5% rasgos de amabilidad, el 25% responsabilidad y el 12,5% intelecto, y los pacientes con TMD el 87,5% amabilidad y el 12,5% intelecto.

En relación con el nivel socioeconómico de la muestra el 23,33% es bajo, el 36,67% medio y el 40% alto. El nivel socioeconómico de los pacientes con bruxismo o TMD el 26,67% es bajo, el 40% medio y el 33,33% alto.

**Conclusiones:** La prevalencia niños que sufren bruxismo o TMD es alta, siendo más frecuente en niñas que en niños. Los rasgos de personalidad no influyen en el desarrollo de bruxismo o TMD. Es más frecuente en pacientes con un nivel socioeconómico medio.

### 36. CANINO TEMPORAL RETENIDO. A PROPÓSITO DE UN CASO

**Hernández Tomé L., Delgado N., Martín-Olivera E.,  
Martínez N.**

*Hospital San Rafael. Madrid*

**Introducción:** Diente retenido, incluido o impactado es aquel que si llegada la época normal de erupción el diente se mantiene retenido total o parcialmente sin hacer erupción. Una de las causas que pueden provocar esta situación son los odontomas.

- Prevalencia canino permanente maxilar:
  - Por raza 1- 2% en población general y raza blanca o caucásica.
  - Por sexo más frecuente el femenino 1 /1,3 y 1/ 3.
- Los odontomas son tumores odontogénicos benignos compuestos por tejidos duros dentarios como esmalte, dentina y cemento. Su origen suele ser por una perturbación durante la odontogénesis. Representan el 67% de la totalidad.
- Por grado de desarrollo la O.M.S. los clasifica en compuestos o complejos:
  - Compuestos: presentan todos los tejidos duros dentarios con organización similar al diente. Son los más frecuentes.
  - Complejos: los componentes dentarios están menos organizados y no hay formación de estructuras similares al diente.

**Objetivos:** Definir este tipo de patologías dentarias, determinar y clasificar la causa de nuestro caso, detallar incidencia, prevalencia, diagnóstico y el tratamiento que debemos realizar a propósito de un caso clínico.

**Caso clínico:** Acude al hospital una paciente de tres años con ausencia de canino temporal derecho, tras realizar diagnóstico y planificar tratamiento adecuado decidimos la extracción de un odontoma para permitir la erupción de la pieza comprometida.

A nivel intraoral observamos abombamiento de la cortical externa de la zona de la pieza ausente, asintomático.

El diagnóstico radiográfico confirma existencia de pieza ausente del 53, no erupcionado y presencia de estructura radiopaca en la zona, intuyendo ser la causante de la retención de la pieza.

El TAC nos indica localización más aproximada de cuerpo radiopaco.

Planificamos cirugía ambulatoria y procedemos a la extirpación del odontoma.

El abordaje se produjo por palatino con incisión sulcular desde 51 a 54, exponiendo la zona del odontoma, procedimos a la exéris de los fragmentos, tres en total y suturamos la zona. Realizamos incisión en ojal a nivel del borde incisal del canino para facilitar la erupción, enviando los fragmentos obtenidos a analizar, confirmando ser odontoma compuesto.

**Resultados:** Dos meses después la paciente acude a revisión y el canino ha comenzado a erupcionar.

**Conclusión:** Las impactación de dientes temporales son mucho menos frecuentes, y normalmente afectan sólo a primeros y segundos molares siendo solo 10 revisión bibliográfica descritos de impactaciones de incisivos temporales.

### 37. COMUNICACIÓN OROANTRAL EN UNA PACIENTE JOVEN

**Reis Tavares A., Faria Marques P.**

*Facultad de Odontología. Universidad de Lisboa. Portugal*

**Introducción:** La comunicaciones oroantrales constituyen un pasaje anormal entre la cavidad oral y el seno maxilar resultante de un acto quirúrgico que por lo general no puede ser evitado. La extracción de molares permanentes es la principal causa de este incidente, que se justifica por la proximidad de los ápices de las raíces con el seno maxilar, en particular entre la 3ª y 4ª década de vida. La participación de dientes primarios en pacientes jóvenes parece ser un evento excepcional.

**Objetivos:** El objetivo del trabajo es presentar un caso clínico de una comunicación oroantral tras la extracción de un segundo molar superior temporal en infraoclusión severa.

**Caso clínico:** Una joven de 12 años, sin riesgo biológico general. El historial médico y dental no presenta hallazgos significativos. En el examen oral se verificó la presencia de dentición mixta con presencia de los dientes 55, 65 y 75. Los segundos molares superiores temporales presentaban

una infraoclusión severa y ausencia de movilidad. El examen radiográfico reveló la presencia de segundos premolares superiores no erupcionados. Se realizó la extracción del diente 65 y 6 meses después un examen radiográfico reveló la erupción favorable del diente 25. En una cita posterior se llevó a cabo la extracción del diente 55 complicada debida a anquilosis dental y fractura de raíz palatina. Se realizó un control radiográfico para evaluar la fractura de la raíz y la proximidad al seno maxilar. Se decidió proseguir con el procedimiento quirúrgico y extraer el fragmento de raíz para facilitar la erupción del diente permanente. La maniobra de Valsalva reveló la presencia de una comunicación oroantral por lo que se procedió al cierre inmediato de la herida quirúrgica con sutura local. Se recetó antibiótico y anti-inflamatorio y explicó el cuidado post-operatorio. Diez días después de la intervención, hubo una curación favorable de la mucosa oral y ausencia de comunicación.

**Conclusiones:** La extracción de dientes temporales anquilosados, un procedimiento común en la práctica clínica de la odontología pediátrica, puede no estar libre de accidentes cuando se presentan variaciones anatómicas. El dominio de la técnica quirúrgica y la intervención adecuada son fundamentales para evitar complicaciones.

### 38. CONFIGURACIONES MORFOLÓGICAS DEL DIENTE EVAGINADO

**Castro A.S., García M., Rebolo A., Seabra M., Figueiredo A.**

*Universidade Católica Portuguesa. Lisboa, Portugal*

**Introducción:** El *Densevaginatus* o el diente evaginado es un defecto caracterizado por una elevación con apariencia tuberculada de la superficie oclusal, sin embargo también puede ocurrir en la superficie bucal y lingual/palatina. La evaginación normalmente contiene esmalte, dentina y pulpa. El defecto resulta de una evaginación del epitelio interno del órgano del esmalte o de una hiperplasia focal del ectomesénquima de la papila dental. Aunque su etiología no esté consensuada, la mayoría de los autores consideran que los factores genéticos son la causa principal. Su localización más frecuente es en premolares y molares y suele ser bilateral. El diente evaginado también puede surgir en los dientes anteriores maxilares o mandibulares, donde se puede verificar la presencia de una cúspide accesoria protuberante en la región del cíngulo. La principal complicación de esta anomalía es que la pulpa se puede extender hasta el tubérculo creando mayor riesgo de exposición pulpar. El tratamiento propuesto por la literatura es reducir el tubérculo oclusal o del diente antagonista para prevenir problemas oclusales.

**Objetivo:** Presentación y análisis de cuatro casos clínicos con revisión bibliográfica de las características clínicas y radiográficas del diente evaginado.

**Casos clínicos:** E.R.M.A, paciente de sexo femenino, 10 años, se presenta para una consulta de *check up* con el

diente 22 evaginado; A.R.T.V, paciente de sexo femenino, 9 años, se presenta para una consulta de *check up* con el diente 21 evaginado; C.H.S.P, paciente de sexo masculino, 11 años, se presenta para una consulta de *check up* con el diente 26 con cúspide accesoria; A.F.C, paciente de sexo masculino, 11 años, se presenta para una consulta de *check up* con los dientes 12 y 22 evaginados.

**Comentario:** En los dientes sanos se recomienda la aplicación de selladores de fosas y fisuras. En las caries sin exposición pulpar, se indica el tratamiento restaurador. Sin embargo, en los casos en las que hay exposición de la pulpa, el tratamiento de elección será la endodoncia. En los casos muy graves de malformación podrá estar indicada la extracción de la pieza dental.

**Conclusión:** El tratamiento de esta anomalía varía en función del grado de deterioro de los dientes afectados. El tratamiento siempre debe ser multidisciplinar, incluyendo desde tratamientos restauradores hasta la endodoncia, pasando incluso por la cirugía.

### 39. EVALUACIÓN DE LOS PROTOCOLOS DE FRENECTOMÍA LINGUAL EN BEBÉS

**Alonso Lajara I., García Moreno M., Ortiz Ruiz A.J., Pérez Silva A., Serna Muñoz C.**

*Universidad de Murcia. Murcia*

**Introducción:** La anquiloglosia es una anomalía congénita relativamente frecuente que se caracteriza por un frenillo lingual anormalmente corto que puede restringir la movilidad de la lengua suponiendo, en ocasiones, un impedimento para el correcto amamantamiento del bebé.

Los múltiples beneficios de la lactancia materna han provocado, en la actualidad, la demanda de un mayor número de diagnósticos de anquilosia a los profesionales de la odontopediatría.

Hay una gran controversia respecto a su diagnóstico y manejo clínico, existiendo gran diversidad en los criterios adoptados.

**Objetivo:** Revisar en la literatura científica los diferentes protocolos descritos, y cuáles son sus criterios de evaluación, para determinar si existe anquiloglosia y si es necesario realizar la frenectomía en bebés menores de 3 meses.

**Material y métodos:** Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, Cochrane, Medline y Embase, usando las siguientes palabras clave: "*frenotomy, ankyloglossia AND breastfeeding, infant AND tongue tie, infant OR neonate AND tongue tie, ankyloglossia AND frenotomy OR frenulotomy OR frenuloplasia, newborn AND protocol frenotomy*".

De los 30 artículos encontrados se han seleccionado 8 revisiones sistemáticas, 2 casos-contróles y 3 guías clínicas porque en ellos se describe un protocolo diagnóstico previo e incluye a niños menores de 3 meses de edad, con anquilosia y/o problemas de alimentación.

*Resultados:* Se describen dos tipos diferentes de evaluaciones para realizar la frenectomía en bebés.

En el primer protocolo se realiza un examen a fondo de la cavidad oral, se evalúa el frenillo lingual según la escala Hazelbaker. El trauma en el pezón materno y el fracaso del bebé para amamantar con eficacia se valoran con una entrevista a la madre; y el dolor con la escala LATCH.

El protocolo de Martinelli está dividido en historia clínica, evaluación anatomofuncional y evaluación de la succión nutritiva y no-nutritiva, con puntuaciones independientes. Cuando la suma de todos los valores es igual o mayor de 13, concluye que el frenillo limita los movimientos linguales.

*Conclusión:* No existe suficiente evidencia científica que indique cuál es el mejor protocolo de intervención para realizar la frenectomía en bebés, pero hasta ahora el protocolo de Martinelli es el más completo y utilizado en la literatura.

#### 40. FRACTURA RADICULAR HORIZONTAL EN EL TERCIO APICAL: PRESENTACIÓN DE UN CASO

**Matos R., Abdala C., Lotufo M., Lemos M., Assis E.**  
*Universidade Guarulhos. Brasil*

Las fracturas radiculares horizontales son caracterizadas por un cambio inmediato de la estructura dentaria con la rotación radicular implicado con el cemento, la dentina y la pulpa. La fractura en general resulta de un impacto horizontal en virtud de lesiones traumáticas desencadenadas pela práctica de deportes, accidentes automovilísticos y peleas. Este impacto en general fuerza el fragmento coronario en el sentido palatino y en una dirección ligeramente extruida. Fracturas radiculares pueden ser cervicales, medias o apicales y en general involucran los incisivos centrales permanentes con rizogénesis completa. El tratamiento y el pronóstico dependerán del tipo de la fractura radicular. Por tanto, el objetivo de este trabajo es relata el caso clínico de una paciente que sufrió una fractura radicular horizontal en el tercio apical. Paciente de 7 años de edad, género femenino, sin cambios sistémicos, fue al servicio de urgencia de la Universidad después de sufrir un traumatismo dentario desencadenado por una práctica deportiva. En el examen clínico intrabucal, observamos la dilaceración de los tejidos de protección y el desplazamiento total del fragmento del diente 21. En el examen radiográfico, se observó la presencia de la fractura radicular horizontal en el tercio apical de la raíz. El tratamiento hecho fuera la exodoncia de la porción apical de la raíz del diente 21 y el llenado del alvéolo con biomaterial (hueso xenógeno). Después de dos semanas, fue construido un aparato removible mantenedor de espacio estético funcional. El control clínico y radiográfico está siendo hecho periódicamente, en el cual se ha observado el éxito del tratamiento por la ausencia de los cambios patológicos durante ese periodo.

#### 41. HALLAZGO DE UN CASO DE CONCOMITANCIA DE AGENESIAS Y SUPERNUMERARIOS EN UN ESTUDIO DE ANOMALÍAS DE NÚMERO

**Hernández Guevara A.<sup>1</sup>, Cuesta Zuccarelli L.<sup>1</sup>, Bravo Antón N.<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup>Facultad de Odontología. Universidad Complutense de Madrid. Madrid. <sup>2</sup>Facultad de Medicina y Odontología. Universidad de Santiago de Compostela. A Coruña*

*Introducción:* Las anomalías dentarias de número por exceso y por defecto pueden presentarse de manera simultánea, aunque es un fenómeno muy raro. Esta alteración puede afectar a la dentición temporal y permanente, siendo más frecuente en la permanente. Se localiza en el maxilar y mandíbula. Es más frecuente en hombres que en mujeres. El presentar anomalías de número por exceso no previene el que se pueda presentar en el mismo individuo anomalías de número por defecto, por lo que se sugiere que tienen mecanismos etiológicos independientes. Además de aparecer de forma aislada, puede hacerlo asociada a síndromes, describiéndose de 20 a 50 síndromes en los que esta patología puede aparecer. Aunque no hay una clasificación definitiva para esta patología, Gibson propuso hacerlo según la zona de aparición de la misma. De esta manera, se puede clasificar en: premaxilar, maxilar, mandibular o bimaxilar.

*Objetivo:* Presentar el caso clínico de esta situación tan poco frecuente y su tratamiento multidisciplinar.

*Caso clínico:* Niña de 7 años 8 meses, de origen asiático que acude a consulta para revisión. En la exploración clínica y radiográfica se diagnostican: fusión del 82 y 83, agenesia 42 y 11 y 21 supernumerarios. Se realiza la extracción quirúrgica de los supernumerarios y se controla su evolución. Finalmente se realiza un tratamiento ortodóncico.

*Comentarios:* Se reporta una prevalencia del 0,002% al 3,1%, es extremadamente raro que ocurra. Generalmente los dientes ausentes son incisivos mandibulares y segundos premolares, y los dientes supernumerarios son dientes anteriores maxilares, en este caso coinciden los dientes ausentes y supernumerarios con los que se describen con más frecuencia en la patología. En España Varela y cols. realizaron un estudio en pacientes ortodóncicos, encontrando esta patología en 7 de 2018 pacientes, 4 hombres (0,44%) y 3 mujeres (0,25%). En la población general ocurre en 8-15 casos por cada 10.000, mientras que en Asia en 40 casos por cada 10.000. En el estudio realizado por la Dra. Hernández Guevara se analizó una muestra de 1065 niños sanos y se encontró un único caso de concomitancia de agenesia y supernumerarios. Esto representa un 0,09% de la muestra estudiada.

*Conclusiones:* El hallazgo de este caso (1 de 1.065), confirma la baja prevalencia de esta patología. Es importante abordar estos casos con un equipo multidisciplinar de odontopediatras, cirujanos y ortodoncistas para el mejor tratamiento.

## 42. IMPORTANCIA DE LA LUXACIÓN INTRUSIVA EN DENTICIÓN TEMPORAL: SECUELAS EN EL SUCESOR PERMANENTE

Laplana Farre A., Mendoza Mendoza A.,  
Yañez-Vico R.M., Huertas López M.D., Sánchez Gea A.  
Universidad de Sevilla. Sevilla

*Introducción:* Los traumatismos en los tejidos duros y blandos orales son comunes en niños hasta los 6 años. Las lesiones en dentición temporal tienen una incidencia anual significativamente mayor respecto a la permanente, hecho relacionado con una escasa coordinación motora y su inhabilidad para evaluar riesgos. La resiliencia del hueso alveolar tiene un papel fundamental en este tipo de lesiones.

Específicamente, la luxación intrusiva se define como la dislocación de un diente en una dirección axial hacia apical en el hueso alveolar, pudiendo ser completa o parcial. Este tipo de lesión se presenta en un 8-22% de todas las luxaciones en dentición decidua. Su edad de presentación es de 1-3 años, siendo los incisivos centrales maxilares los dientes más frecuentemente implicados.

La IADT (International Association of Dental Traumatology) subraya la importancia de un protocolo de exploración exhaustivo así como la necesidad de implantar un tratamiento inmediato: actuación conservadora o extracción de la pieza implicada tomando como criterio central el menor daño sobre la dentición en desarrollo. En dicha decisión terapéutica influyen variables como dirección de la intrusión, grado de intrusión y presencia/ausencia de fractura alveolar. Finalmente, deben valorarse las posibles secuelas en el permanente sucesor, por ello se requiere un seguimiento clínico y radiológico del mismo.

*Objetivos:* Ilustrar mediante serie de casos clínicos la importancia de las diferentes secuelas observadas en dentición permanente provocadas por luxaciones intrusivas en su homólogo temporal.

*Casos clínicos:* Pacientes en dentición mixta con presencia de alteraciones secundarias a un traumatismo intrusivo en dentición temporal que han manifestado alteraciones del desarrollo en dentición permanente tales como: decoloración del esmalte, hipoplasia del esmalte, dilaceraciones corona-raíz, odontomas, duplicación-angulación radicular, detención del desarrollo radicular, secuestro del germen, o alteraciones eruptivas como retraso eruptivo y erupción ectópica.

*Comentarios:* Las luxaciones intrusivas en dientes primarios confieren mayor riesgo de daño a sus gérmenes permanentes en desarrollo. Muchos factores influyen en las secuelas de lesiones intrusivas. Se ha demostrado que a menor edad del niño en el momento de la intrusión, más graves son las secuelas inducidas en el germen sucesor. Traumas en edades más avanzadas suelen provocar alteraciones eruptivas y traumas en edades más tempranas suelen provocar alteraciones en el desarrollo del germen.

*Conclusiones:* Una detección precoz y el tratamiento temprano en este tipo de luxaciones son de enorme importancia ya que así conseguiremos una buena salud oral y un pronóstico favorable en el permanente sucesor.

## 43. LA REHABILITACIÓN ESTÉTICA DE UN ADOLESCENTE DESPUÉS DE LA AVULSIÓN DE LOS DIENTES ANTERIORES

García M., Rebolo A., Castro A.S., Figueiredo A.,  
Seabra M.

Universidade Católica Portuguesa. Lisboa, Portugal

*Introducción:* La avulsión de los dientes permanentes es observada entre un 0.5% a un 3% de todas las lesiones dentarias. Varios estudios demuestran que esta lesión es una de las más complicadas a nivel dentario y su pronóstico está relacionado con el lugar donde ocurre el accidente y tiempo que se tarda en proceder. Una actuación de emergencia y un plan de tratamiento adecuados son los pilares para un buen pronóstico. Un diente permanente avulsionado es una de muchas situaciones de emergencia odontológica con bastante frecuencia, con una mayor prevalencia en el género masculino. En estos casos, se deben extremar las medidas y cuidados por parte de los profesionales siguiendo los protocolos establecidos.

*Objetivos:* Dada la frecuencia de traumatismos en dentición definitiva, es importante determinar y conocer el protocolo de actuación de las varias entidades específicas en el área de Odontopediatría y Traumatología dentaria.

*Caso clínico:* Paciente de sexo masculino, 15 años, estudiante, que sufrió un episodio traumático que resultó en la avulsión de tres piezas dentarias, perdiendo el incisivo lateral derecho (1.2.) e ingiriendo incisivo central derecho (1.1.) e incisivo central izquierdo (2.1.). En el trauma se laceró también la comisura labial izquierda y la región subnasal con una laceración superficial. En un primer abordaje en ambiente hospitalario le suturaron y le limpiaron las heridas y una semana después en la Universidade Católica Portuguesa se le efectuó una evaluación radiográfica para descartar posibles fracturas maxilares y mandibulares, intrusiones y/o restos radiculares intraalveolares. En dicho examen complementario se descartaron las hipótesis anteriores y se prosiguió con su rehabilitación oral.

*Comentario:* Dado que en este caso, no fue posible reimplantar los dientes avulsionados, se siguieron los *guidelines* de la Asociación Americana de Odontopediatría, la cual sigue procedimientos semejantes a los descritos en los *guidelines* de la Asociación de Traumatología Dentaria Europea.

*Conclusión:* Al ser un paciente de edad joven y en crecimiento, fue necesario realizar una rehabilitación protésica de inmediato. En esta situación, se usó una placa de Hawley de expansión con el añadido de tres piezas dentarias en el lugar de las avulsiones y sujetas a la misma.

#### 44. MÉTODO PARA LA MEDICIÓN EN CBCT 3D DEL ESPESOR DE LA TABLA VESTIBULAR

**Espí Mayor M., Arner Cortina C., Luckow S., Miegimolle Herrero M., Tapia Vidal E.**  
*Universidad Europea de Madrid. Madrid*

*Introducción:* El diagnóstico de ortodoncia requiere un examen exhaustivo del estado periodontal. Las dehiscencias, fenestraciones, y otros defectos intraóseos deben incluirse para el diagnóstico y plan de tratamiento de ortodoncia ya que el conocimiento de estos problemas puede afectar al plan de tratamiento. Tanto la posición ectópica como los movimientos de expansión y proinclinación pueden agravar defectos periodontales ocultos ya preexistentes.

De ahí la importancia de la obtención de medidas exactas del espesor de las tablas óseas de los dientes a mover.

*Objetivo:* El objetivo de este trabajo es evaluar la creación y viabilidad de un análisis para la medición del espesor de la tabla vestibular de los incisivos y caninos inferiores mediante el programa de estudio diagnóstico Nemoceph 3-D.

Los objetivos secundarios son:

- La utilización de este análisis de medición para obtener registros y poder establecer una comparativa con la angulación con el incisivo inferior.
- Medir y determinar las modificaciones del espesor de tablas óseas pre y postratamiento en pacientes quirúrgicos.

*Material y métodos:*

- 2 CBCT de cráneo completo.
- Programa de estudio diagnóstico Nemoceph 3D.
- Medición en el corte sagital a través de planos generados a ese fin paralelos al plano de Frankfurt a distintos niveles de la raíz de los dientes seleccionados.

*Resultados:* Estamos ante un método sencillo y aplicable a otras áreas dentarias sobre las que pudiéramos necesitar conocer el espesor de la tabla ósea para otras aplicaciones ortodóncicas.

*Conclusiones:* Se obtienen mediciones similares a las encontradas en la literatura. Se debe tener en cuenta la limitación de la técnica a causa de la radiación de los CBCT, y que la exactitud de las mediciones depende de la resolución de los CBCT.

#### 45. PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS: FACTORES LOCALES ETIOLÓGICOS DE RETRASO ERUPTIVO

**Sánchez Gea A., Mendoza Mendoza A., Iglesias Linares A., García Domínguez C., Laplana Farre A.**  
*Universidad de Sevilla. Sevilla*

*Introducción:* La erupción dental se define como el movimiento del diente desde su posición de desarrollo dentro del

proceso alveolar, hasta que alcanza una posición funcional dentro de la cavidad oral. En la erupción dentaria podemos encontrar alteraciones en su cronología que pueden ocasionar adelanto o retraso.

La patología de erupción se define como una alteración en la que el momento dentario eruptivo se desvía de la edad cronológica en relación con la media poblacional. El retraso eruptivo puede estar ocasionado por factores congénitos o locales. Los factores locales son los que ocurren con mayor frecuencia en la dentición permanente.

*Objetivo:* El objetivo de este trabajo ha sido la presentación de una serie de casos clínicos como ilustración de cada uno de los factores locales que pueden afectar a la erupción dentaria provocando su retraso, complementado con una revisión de la literatura relacionada con cada uno de estos factores locales.

*Casos clínicos:* Se presentan una serie de casos, uno por cada factor local que puede dar lugar a retraso eruptivo como ejemplo representativo. Los factores locales más frecuentes son la falta de espacio, la erupción ectópica, la anquilosis alveolodentaria, las secuelas de traumatismos, los dientes supernumerarios y la patología tumoral.

*Comentarios:* Destacar la necesidad de una correcta exploración clínica y radiológica siempre que haya desviación en la cronología o secuencia eruptiva.

*Conclusiones:* En la patología por retraso eruptivo, lo más común es que sean factores locales los que afecten a la dentición permanente. Por tanto, lo más importante para identificar el motivo de este retraso es realizar una exploración radiológica adecuada y establecer un tratamiento para permitir la erupción del diente afectado y retrasar lo menos posible su cronología eruptiva.

#### 46. QUERATOQUISTO DE LA MANDÍBULA

**Alpedrinha Ramos Alves Costa T.F.**  
*João Carlos Costa Di Sa. Portugal*

*Introducción:* Los tumores odontogénicos queratoquisticos (KCOT o KOT), anteriormente conocidos como queratoquiste, son neoplasias quísticas benignas que se localizan en la mandíbula o el maxilar y se originan a partir de restos epiteliales de la lámina dental (epitelio estratificado queratinizado escamoso). Estos son localmente agresivos y tienden a reaparecer después de la escisión.

En las imágenes, aparecen típicamente como una lesión unilocular expansiva que se extiende longitudinalmente en las partes posteriores de la mandíbula.

Se presenta en los pacientes más jóvenes (2ª-3ª décadas), suelen ser múltiples, y pueden ser vistos sobre todo en el cuerpo o rama ascendente de la mandíbula (aproximadamente el 70% de todos KCOT). Tienen predilección masculina. Comúnmente en un periodo son asintomáticos y se descubren por casualidad. Cuando aparecen los síntomas, estos son la tumefacción y el dolor de mandíbula, cuadro clínico común de los tumores.

**Objetivos:** Describir el interés de la tomografía axial computarizada (TC), en la evaluación preoperatoria del queratoquiste de la mandíbula, en un niño de 16 años.

**Caso clínico:** Niño de 16 años con tumefacción y consecuente asimetría de la cara derecha, que acudió a nuestro centro de diagnóstico, enviado por ORL con sospecha de tumor de parótida de crecimiento lento, tras una ecografía que se había realizado. Se efectuó un TC para la evaluación diagnóstica, obteniéndose una amplia información, consistente en la existencia de una solución de continuidad, en la cortical vestibular y más acentuada en la lingual en la porción posterior de la mandíbula derecha, ocasionado por una lesión quística. Con la sospecha de un queratoquiste y teniendo en cuenta sus relaciones anatómica, aportadas por el TC, se planificó y realizó la extirpación quirúrgica. El estudio histológico confirmó el diagnóstico de queratoquiste.

**Conclusión:** Se puede afirmar que es de gran importancia la evaluación preoperatoria por TC del queratoquiste de la mandíbula, con el fin de determinar la topografía exacta, el tamaño y las relaciones anatómicas con estructuras vecinas dentro de la planificación quirúrgica correcta.

#### 47. QUISTE DE ORIGEN ODONTOGÉNICO. SERIE DE CASOS CLÍNICOS

Morera Ruiz M.<sup>1</sup>, Cahuana Cárdenas A.<sup>2</sup>, Revollo J.<sup>1</sup>, Brunet Llobet L.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universitat de Barcelona. Barcelona. <sup>2</sup>Hospital de Sant Joan de Déu. Barcelona

**Introducción:** El hallazgo de quistes en los maxilares en niños es en muchas ocasiones un hallazgo casual en un examen radiológico rutinario y otras veces se observa en examen radiológico por una tumoración. Para el conocimiento de ellos se sigue la clasificación actual de la OMS (1992) que divide los quistes en odontogénicos y no odontogénicos. Siendo los más frecuentes los odontogénicos, y en este grupo los de desarrollo y los quistes inflamatorios.

**Objetivo:** Comunicar una serie de casos que tienen un quiste folicular, asociado a un proceso inflamatorio en un diente adyacente.

**Material y método:** De una serie de 50 casos de quistes maxilares diagnosticados en el Hospital Sant Joan de Déu, se seleccionaron 15 que tienen en común, la presencia de un quiste asociado a dientes temporales con patología pulpar y de origen inflamatorio.

**Resultados:** La edad de la muestra osciló entre 6 a 13 años, 7 fueron varones, 11 quistes tuvieron una localización mandibular maxilar, 11 se relacionaron con tratamiento pulpar previo y 4 tuvieron necrosis pulpar pos trauma. El tamaño del quiste fue variable, lo que determinó la sintomatología y el tratamiento. En los de menor tamaño se realizó la eliminación del diente causal y resección del quiste y en las de mayor tamaño, la descompresión.

**Comentarios:** Los quistes en nuestros pacientes están relacionados con una necrosis en el diente temporal predecesor

y un posible tratamiento pulpar previo. Se trataría de una condición inflamatoria peri apical, la cual afecta al folículo del diente permanente, siendo conveniente la denominación de quiste folicular inflamatorio. El crecimiento de dicha lesión ocasiona un desplazamiento de dientes adyacentes, llegando a producir importantes alteraciones de tamaño. Algunos autores refieren que el segundo molar temporal inferior es el diente más afectado. Lo asocian a la cercanía del germen del segundo premolar al predecesor y en segundo lugar, a una mayor susceptibilidad a la caries. El tratamiento realizado en nuestros casos consistió en la extracción del diente temporal en todos los casos, junto al legrado en los quistes de menor tamaño, se efectuó descompresión continua en los de mayor tamaño.

**Conclusiones:** El quiste folicular inflamatorio deriva de una afección pulpar y /o tratamiento pulpar previo. Por ello, los tratamientos pulpares deben monitorizarse de forma clínica y radiográfica. Así mismo, dicha entidad debe ser conocida por los odontopediatras con la finalidad de incluirlo en los criterios diagnósticos.

#### 48. QUISTE DENTÍGERO: REPORTE DE UN CASO

García Domínguez C., Mendoza Mendoza A., Iglesias Linares A., Sánchez Gea A., Sarango Calero L.J. Universidad de Sevilla. Sevilla

**Introducción:** El quiste dentígero es un quiste odontogénico del desarrollo de origen epitelial que se define como una cavidad quística que rodea a la corona de un diente no erupcionado en la unión amelocementaria. Es el segundo quiste odontogénico más frecuente después del quiste radicular. Se puede asociar a un diente permanente no erupcionado, a un diente supernumerario o a odontomas. El diagnóstico definitivo se realizara mediante el análisis histopatológico. Las posibilidades terapéuticas son enucleación, marsupialización o descompresión con la erupción espontánea del diente asociado, extracción quirúrgica o tracción ortodóncica.

**Objetivos:** Ilustrar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de un quiste dentígero.

**Caso clínico:** Paciente de 6 años en la que se observó en una ortopantomografía de rutina una imagen radiolúcida bien delimitada que englobaba la corona del 45 desplazando el germen hacia apical y a su vez desplazando el germen del 44 hacia la línea media. La paciente no presentaba sintomatología clínica. El diagnóstico de sospecha fue de un quiste dentígero. El tratamiento de elección fue enucleación con extracción del 45. Tras un examen histopatológico se obtuvo el diagnóstico definitivo de quiste dentígero.

**Comentarios:** Si no se realiza el tratamiento, el quiste no solo se opone a la erupción normal del diente afectado sino que podría causar posicionamiento ectópico dental, expansión del hueso y asimetría facial. Según autores, generalmente el tejido óseo circundante al quiste tiene potencial regenerativo, y el epitelio del quiste se transforma en una membrana muco-

sa normal. Pero existen estudios que demuestran la presencia de factores que producen la transformación maligna del quiste. La principal desventaja de la marsupialización es el tejido patológico restante in situ, porque existe la posibilidad que una lesión más agresiva aparezca en el tejido residual. Por ello debido al tamaño del quiste, la distancia desde la cúspide del premolar a la cavidad oral y la posibilidad de malignización, la opción terapéutica llevada a cabo fue la enucleación quirúrgica del quiste.

**Conclusiones:** El quiste dentígero requiere de diagnóstico y tratamiento temprano adecuado debido a la patología eruptiva que provoca, complementado siempre con técnicas de diagnóstico histopatológico por su potencial transgresión maligna.

#### **49. REABSORCIÓN PRE-ERUPTIVA INTRACORONAL (PEIR): DESCRIPCIÓN, TRATAMIENTO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL A PROPÓSITO DE UN CASO**

**Redondo Santiago G., Mayné Ación R.**  
*Clínica Dental Dr. Maristany. Barcelona*

**Introducción:** La reabsorción pre-eruptiva intracoronal (PEIR) se define como una lesión radiolúcida bien circunscrita situada en la dentina coronal adyacente a la unión amelodentinaria de un diente no erupcionado. La mayoría de las lesiones no superan 1/3 del grosor de la dentina y los dientes más afectados suelen ser los molares y los premolares,

Es una entidad asintomática y se identifica en forma de hallazgos radiográficos eventuales durante las exploraciones radiográficas de rutina o en los estudios de ortodoncia.

La etiología y patología de estas lesiones no está clara a día de hoy. Aunque estas radiolucencias parecen caries, es improbable que estén infectadas por microorganismos cariogénicos, porque el diente está encapsulado en su cripta. Pero al erupcionar la caries puede desarrollarse de forma rápida.

La mayoría permanecen sin diagnosticar hasta estados avanzados de su desarrollo. El pronóstico depende de su detección precoz y el tratamiento recomendado es conservador siempre, aunque en lesiones extensas puede ser más agresivo.

**Objetivos:** Describir esta entidad propia de naturaleza reabsortiva y mostrar las diferentes opciones de tratamiento dependiendo de la evolución de la lesión.

**Caso clínico:** Paciente varón que a la edad de 9,5 presentó una lesión radiolúcida en un premolar superior diagnosticada a través de las aletas de mordida rutinarias compatible con caries. Observando radiografías anteriores se observa su presencia en el estado pre-eruptivo del diente, descartando así el origen cariogénico. La lesión fue restaurada de manera convencional.

El mismo paciente 3 años después presenta una lesión similar en otro premolar que también estaba presente en la etapa pre-eruptiva.

Se muestran las particularidades de este caso donde se observan varias lesiones PEIR en un mismo paciente.

**Comentarios:** En la actualidad, se sugiere que muchas de las lesiones que se han diagnosticado como “caries oculta” eran lesiones PEIR en su estado pre-eruptivo.

Estudios histológicos demuestran que el cambio en la dentina no es causado por caries, si no por reabsorción por la invaginación de los odontoclastos a través de defectos menores en el esmalte.

**Conclusiones:** Durante el examen radiográfico de rutina, donde se busca descartar la presencia de anomalías de número, tamaño, forma o posición de los dientes no erupcionados, deberemos fijar la atención en la búsqueda de lesiones radiolúcidas intracorónicas.

Un diagnóstico precoz y el tratamiento de la lesión PEIR es esencial para evitar la progresión y afectación pulpar del diente al erupcionar.

#### **50. REIMPLANTE TARDÍO TRAS AVULSIÓN EN DENTICIÓN PERMANENTE JOVEN: PRESENTACIÓN DE UN CASO**

**Navarro García E., Ferrando Puchades C., Bonafé Monzó N., Estrela Sanchís F., Catalá Pizarro M.**  
*Facultad de Medicina y Odontología. Universidad de Valencia. Valencia*

**Introducción:** La avulsión en dentición permanente joven es una de las urgencias más comprometidas en el paciente infantil. La prevalencia oscila entre el 0,5-16%, con mayor frecuencia en el sexo masculino, en el sector anterosuperior y entre los 7-14 años de edad.

El tratamiento de elección es el reimplante inmediato, que según la literatura debe hacerse antes de 1 hora, aunque en la mayoría de las ocasiones no es factible por diversas circunstancias y esto repercutirá en el pronóstico del diente.

La viabilidad del reimplante dependerá del medio de conservación del diente avulsionado, el nivel de madurez o desarrollo radicular y el tiempo que transcurre desde la avulsión al reimplante.

**Objetivo:** Presentar un caso clínico donde se muestra la evolución de un incisivo central superior, con ápice cerrado, tras un reimplante tardío por una avulsión.

**Caso clínico:** Se presenta el caso de una paciente de 14 años de edad, que acude a la Unidad de Odontopediatría de la Universitat de Valencia, por haber sufrido avulsión del diente 1.1. El traumatismo ocurrió cuatro horas antes y el diente se transportó en medio seco. A la exploración intraoral se observa el alveolo vacío y sangrante. Se limpió el diente con suero fisiológico y se reimplantó inmediatamente, ferulizándolo con un arco de acero y composite. A la semana se limpió el conducto de 1.1 y se rellenó con Hidróxido de Calcio. La ferulización se retiró parcialmente al mes y totalmente a los dos meses y medio del traumatismo. Entre ambas fases se realizó la endodoncia del 1.1. El caso tiene un seguimiento de 6 años.



*Comentarios:* La demora en la atención odontológica a una avulsión dentaria a menudo conduce a desechar la posibilidad del reimplante por el pronóstico incierto. Sin embargo se han publicado casos de reimplantes tardíos de hasta 36 horas que evolucionan aceptablemente a medio y largo plazo.

*Conclusiones:* Consideramos que el reimplante tardío es una opción de tratamiento a considerar en la avulsión del diente permanente joven. La reimplantación además de conservar la estética y la confianza del paciente también favorecerá el mantenimiento del hueso alveolar para un posible tratamiento posterior con implante. Es necesario educar a padres, profesores y personal sanitario en primeros auxilios de una avulsión dental.

## 51. TRAUMATISMOS EN DENTICIÓN TEMPORAL. REPERCUSIÓN EN SU SUCESOR PERMANENTE

Huertas López M.D.<sup>1</sup>, Mendoza Mendoza A.<sup>1</sup>, Iglesias Linares A.<sup>2</sup>, Domínguez Zamora R.<sup>1</sup>, Biedma Perea M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Facultad de Odontología. Universidad de Sevilla. Sevilla.

<sup>2</sup>Universidad Complutense de Madrid. Madrid

*Introducción:* No existe un consenso universal sobre el protocolo de tratamiento ideal a realizar en los dientes temporales traumatizados necróticos, encontrándose en la literatura una gran controversia. Son varias las opciones de tratamiento en dientes temporales necróticos traumatizados, pulpectomía o extracción/mantenedor.

*Objetivos:* Revisión bibliográfica de la literatura sobre los diferentes tratamientos realizados en los dientes temporales necróticos traumatizados, su pronóstico a largo plazo y posibles efectos adversos sobre la mineralización o alteración en la cronología eruptiva de la dentición permanente.

*Material y métodos:* Se realizó un estudio observacional analítico retrospectivo de casos y controles con monitorización clínica y radiológica a largo plazo. La muestra comprendió un total de 182 incisivos, 5 incisivos laterales (3 derechos y 2 izquierdos) y 177 incisivos centrales (95 derechos y 82 izquierdos). De toda esta muestra, fueron aceptados 108 dientes traumatizados, de los cuáles hicimos 39 pulpectomías y 69 exodoncias, y 74 dientes fueron descartados, ya que sólo fueron aceptados aquellos traumatismos que clasificados según la OMS modificada por Andreasen, mostraban signos clínicos y radiológicos de necrosis como son la subluxación, fractura de corona complicada y no complicada, luxaciones laterales y extrusivas leves e intrusiones, de manera que tanto la pulpectomía como la exodoncia eran buenas opciones de tratamiento, haciendo uno u otro de forma aleatoria. Por otro lado, fueron descartados traumatismos como luxaciones laterales, intrusivas y extrusivas graves, fracturas coronorradiculares y fracturas radiculares del tercio coronal en los que la única opción de tratamiento fue la exodoncia.

*Resultados:* En la evolución a largo plazo hasta la erupción del diente permanente, en el 90% de nuestros casos no iden-

tificamos signos y síntomas de fracasos clínico y radiológico del diente temporal traumatizado, tras realizar pulpectomía o exodoncia/mantenedor de espacio fijo estético. Sin embargo, obtuvimos fracaso en 6 casos en los que se realizó la pulpectomía en los cuales tuvimos que proceder a la exodoncia/mantenedor de espacio fijo estético, en 2 casos en los que en un principio sólo se decidió hacer el control clínico y radiológicos tuvimos que proceder a la pulpectomía y otros 2 casos tuvimos que colocar mantenedor solamente, esto fue porque el paciente volvió a tener un traumatismo, avulsión.

*Conclusiones:* Al estudiar la variable patología en el permanente sucesor entre hacer pulpectomía y exodoncia en la pieza temporal, no se encontró diferencia significativa ( $p > 0,05$ ) en la exfoliación y recambio de los dientes temporales, malposiciones y/o ectopias en su evaluación a largo plazo, sólo obtuvimos un adelanto de la erupción en el 63,8%.

## PACIENTES ESPECIALES

### 52. IMÁGENES VISUALES EN LA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA CON NIÑOS AUTISTAS

Dos Santos Gonçalves A., Da Silva Sousa V., Pereira do Vale T.C.M., Vilela Lobo A.P., De Abreu Martins Rompante P.A.

IUCS – Norte. Gandra, Portugal

*Introducción:* El autismo es un trastorno que compromete y dificulta la relación con otras personas.

Esta visualización de imágenes (gráficos o fotografías) resume determinadas actividades y facilita anticiparse y comprender las situaciones.

*Objetivo:* Dar a conocer dos imágenes visuales digitales, realizadas por nuestro grupo de trabajo del Instituto Universitario de Ciencia de la Salud del Norte, en Gandra, Portugal, para que puedan ser utilizados en la consulta odontopediátrica con niños autistas.

*Material y método:* Se realizó una búsqueda bibliográfica en el periodo comprendido entre 9-diciembre-2015 y el 13-enero-2016. La búsqueda fue realizada en las bases de datos de: Medline/PubMed, Google Scholar y en la biblioteca de IUCS-N con las siguientes palabras clave: autismo, odontopediatria, agendas-visuales.

Fueron realizadas fotografías en el aula de Clínica Odontopediátrica III para elaborar dos imágenes visuales digitales.

*Resultados:* Dos imágenes visuales digitales (1ª consulta y Restauración) que pueden ser utilizadas en la consulta odontopediátrica con niños autistas.

*Conclusión:* El odontólogo tiene que estar siempre preparado para atender a un niño autista en su consultorio. La utilización de técnicas de anticipación estructurada a través de “imágenes visuales” ayuda a reducir la necesidad de sedación o anestesia general. Las imágenes visuales digitales presenta-

das por padres y educadores al niño autista, antes de la consulta, van a facilitar los procedimientos y reducir los niveles de ansiedad. El formato digital de estas imágenes facilita su envío a través de internet, transporte y almacenamiento para una futura consulta.

### 53. ASOCIACIÓN DE CARIES EN NIÑOS CON VIH

**Galicia Salazar D.A.<sup>1</sup>, Brunet Llobet L.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Universitat de Barcelona. Barcelona. <sup>2</sup>Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona

*Introducción:* Los niños afectados de la enfermedad del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), debido a las características de esta patología, presentan un deterioro progresivo de su sistema inmunológico, siendo más vulnerables a desarrollar patología oral: enfermedad periodontal, lesiones a nivel de tejidos blandos y caries dental. No se había relacionado la caries dental con el VIH pero en estudios recientes, se ha observado que en dicho colectivo, hay un aumento en la prevalencia y agresividad de la caries, justificados por la presencia de xerostomía, la cual es un efecto secundario al tratamiento con antirretrovirales y uso crónico de medicamentos preparados con alto contenido en azúcar.

*Objetivos:* Conocer la evidencia científica de la relación que pueda existir entre VIH y una mayor prevalencia de caries dental en pacientes pediátricos.

*Material y métodos:* Búsqueda bibliográfica en PubMed con las palabras clave: caries/caries, VIH, HIV niños/child, Odontopediatría/pediatric dentistry. Los criterios de inclusión son artículos en inglés y en español a partir del año 2010 hasta la actualidad. Se registraron parámetros como tiempo de enfermedad, nivel socio-económico, prevalencia y localización de las caries, así como registro de otras alteraciones buco-dentales.

*Resultados:* Se revisaron 20 artículos y determinaron que no existía una relación específica entre la caries dental y el VIH comparado con pacientes sanos. En cambio, son más prevalentes lesiones como: úlceras aftosas recurrentes seguida de la infección por virus herpes simple. La presencia de úlceras aftosas recurrentes además de ser una manifestación oral asociada a la infección por VIH en niños, puede producirse también como efecto secundario del TAR.

*Discusión:* Factores de riesgo como la xerostomía y la ingesta alta de azúcares hacen más susceptibles a estos pacientes a la caries dental. Las deficientes condiciones de salud oral en estos pacientes propician la aparición de infecciones oportunistas, lo que compromete la salud general y dificulta el manejo odontológico.

*Conclusiones:* Destacamos la importancia del odontopediatra dentro del equipo interdisciplinario que maneja al niño VIH, sobre quien recaerá la responsabilidad de controlar los factores predisponentes de la caries extremando las medidas preventivas y educativas odontológicas y factores locales sistémicos consecuencia de la inmunosupresión.

### 54. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE UN PACIENTE CON SÍNDROME ECTRODACTILIA-DISPLASIA ECTODÉRMICA-FISURA LABIOPALATINA

**Gómez Ríos I., González Unibaso N., Serna Muñoz C., Pérez Silva A., Ortiz Ruiz A.J.**  
*Universidad de Murcia. Murcia*

*Introducción:* Los 3 signos cardinales del síndrome EEC son ectrodactilia y sindactilia de manos y pies, fisura labial con o sin fisura palatina y anomalías en distintas estructuras ectodérmicas incluyendo la piel, el pelo, los dientes (pequeños, ausentes o displásicos), uñas (distróficas) y glándulas exocrinas (reducción/ausencia de las glándulas sudoríparas, sebáceas y salivares). Otras características clínicas asociadas incluyen: anomalías del sistema genitourinario, hipoacusia neurosensorial o conductiva, atresia coanal, hipoplasia de glándulas mamarias, hallazgos oftalmológicos, anomalías endocrinas y, excepcionalmente, presencia de nevus blanco esponjoso, retraso en el desarrollo psicomotor y linfoma maligno. Los pacientes no presentan déficit intelectual.

Se hereda de forma autosómica dominante con penetración incompleta y expresividad variable.

*Objetivo:* Exponer un caso clínico con síndrome EEC que presenta anomalías dentales tanto de número como estructurales, fisura labiopalatina, agenesia renal izquierda y reflujo vesicoureteral grado III derecho.

*Caso clínico:* Niña de 9 años remitida del área de cirugía maxilofacial del hospital Virgen de la Arrixaca para realizar su rehabilitación bucodental. Historia sistémica: síndrome EEC.

*Comentarios:* La paciente acude a la clínica Odontológica Universitaria presentando oligodontia y alteraciones de esmalte en ambas denticiones. Estos hallazgos coinciden con los encontrados con otros autores en pacientes con Displasia Ectodérmica. También observamos mordida cruzada anterior. Debido a su largo historial médico-quirúrgico es una niña miedosa aunque colaboradora y demanda una solución tanto estética como funcional.

Al ser una paciente de riesgo alto de caries, siguiendo el protocolo Cambra, enseñaremos técnicas de higiene tanto a la niña como a los padres acompañado de consejos dietéticos. Revisiones cada 3-4 meses con aplicación de barniz de flúor. Aletas de mordida cada 6-18 meses, según la presencia o no de lesiones cavitadas. Recomendamos también aplicación de clorhexidina al 0,12% una semana al mes en pasta o colutorio y cepillado con pasta fluorada 1450 ppm 2 veces/día el resto del mes.

*Conclusiones:* Los casos de ectrodactilia-displasia ectodérmica-fisura labiopalatina necesitan de un seguimiento multidisciplinar donde el odontólogo juega un papel muy importante para conseguir una normalización de la vida cotidiana de estos niños sin déficit intelectual y con una esperanza de vida casi normal.

## 55. LA EXCEPCIÓN A LOS PROTOCOLOS DE LA IADT: PACIENTES CON NECESIDADES ODONTOPEDIÁTRICAS ESPECIALES

**Betancur Polo N., Padilla Miranda M., López Jiménez A.J., Gómez Clemente V., Planells del Pozo P.**

*Universidad Complutense de Madrid. Madrid*

*Introducción:* Dentro de la asistencia odontológica a pacientes con necesidades especiales uno de los mayores retos lo constituye el tratamiento de la patología traumática.

La imposibilidad en muchas ocasiones de disminuir e incluso erradicar los factores predisponentes de patología dentaria hace que la frecuencia de reiteradas caídas se produzca muy a menudo en estos niños.

De otro lado, todos los autores coinciden en la dificultad de la realización de unas correctas pruebas complementarias diagnósticas para obtener y seguir convenientemente cada caso.

Igualmente la realización de un correcto tratamiento, según las guías internacionalmente reconocidas y realizadas bajo evidencia científica (International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries.2012), resultan altamente complejas en estos casos. El seguimiento pasa por tener en cuenta la patología de estos pacientes y la necesidad de realización de otras valoraciones a nivel sistémico en estos niños.

Todo lo antedicho nos lleva a realizar protocolos diagnósticos y terapéuticos individualizados para cada paciente según la patología traumática que presente.

*Objetivo:* Proponer la necesidad de individualización de los protocolos de traumatología dentaria, en aquellos casos cuya patología general del paciente nos impida la realización estandarizada de las propuestas de la IADT.

*Casos clínicos:* En la presente comunicación se expone dos casos clínicos. Uno referido a patología traumática en dentición permanente joven, con presencia de avulsiones dentarias y su seguimiento durante 5 años. El paciente padece TGD con TDH.

En el segundo de los casos, se expone el diagnóstico, tratamiento y evolución de un paciente con patología psiquiátrica y traumatismo provocado tras un intento de suicidio.

*Comentarios:*

- No siempre se puede seguir los criterios de manejo de traumatología dentaria de la IADT, sobretudo en niños con necesidades especiales, por lo que es necesario siempre individualizar cada caso.
- Es muy importante llevar el seguimiento a largo plazo y revisiones del trauma dentario en estos pacientes, según los protocolos de la IADT.

*Conclusiones:*

1. En un paciente con necesidades especiales siempre se debe propiciar la salud general del mismo.

2. Frente a la patología dental traumática en estos casos se debe valorar ante todo la calidad de vida del paciente y la conservación de su integridad física.

## 56. POSIBILIDADES TERAPÉUTICAS REHABILITADORAS EN EL NIÑO CON DISPLASIA ECTODÉRMICA HIPOHIDRÓTICA

**Mourelle Martínez M.R., Bernal Díez M., Recarte Lorente E., Diéguez Pérez M., de Nova García J.**

*Facultad de Odontología. Universidad Complutense de Madrid. Madrid*

*Introducción:* La displasia ectodérmica hipohidrótica (DEH) es una enfermedad de base genética, con afectación de estructuras ectodérmicas (piel, pelo, dientes y glándulas sudoríparas). Incluye tres subtipos casi indistinguibles clínicamente que presentan como síntoma clave una disminución de la sudoración. Es un desorden relativamente raro con una prevalencia aproximada de 1/15.000. El síndrome de Christ-Siemens-Touraine (CST) es el subtipo más frecuente (80% de los casos). Se caracteriza por una triada de signos: hipotricosis (escasez de vello corporal y de pelo en cuero cabelludo), hipohidrosis (capacidad de sudoración disminuida), e hipodoncia (ausencia congénita de dientes). Un adecuado tratamiento odontológico es fundamental para paliar las repercusiones morfológicas y funcionales que implican los signos dentales que acompañan a esta enfermedad.

*Objetivos:* Conocer las principales manifestaciones de la DEH y comprender las repercusiones que esta enfermedad tiene sobre la vida del paciente y su entorno. Estudiar las diferentes posibilidades terapéuticas y evidenciar las necesidades de tratamiento odontológico rehabilitador.

*Material y métodos:* Revisión bibliográfica sobre las manifestaciones bucodentales de la DEH y las diferentes opciones terapéuticas.

*Resultados:* El diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad se debe hacer a edad temprana, ya que desde el punto de vista odontológico, estos pacientes van a presentar en ambas denticiones diferentes grados de hipodoncia, oligodoncia o anodoncia. La rehabilitación protésica es fundamental, restableciendo la ausencia de dientes mediante: prótesis removibles, restauraciones unitarias con resinas compuestas o rehabilitación mediante implantes.

*Conclusiones:* El tratamiento rehabilitador odontológico es fundamental, intenta dar una solución funcional y estética, que proporcione al paciente el mejor estado físico, funcional, emocional y psicológico posible, ya que debemos tener presente que son pacientes en crecimiento. El tratamiento no cura la enfermedad pero intenta combatir las consecuencias de sus signos y síntomas.

## 57. PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN EN PACIENTES CON EPIDERMÓLISIS BULLOSA. ESTUDIO PILOTO BASADO EN UNA SERIE DE CASOS

Pacheco Aucique L.<sup>1</sup>, Cornejo Surjan S.<sup>1</sup>,  
Betancur Polo N.<sup>1</sup>, Serrano Martínez M.<sup>2</sup>,  
Planells del Pozo P.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad Complutense de Madrid. Madrid.

<sup>2</sup>Universidad de Valencia. Valencia

**Introducción:** La epidermólisis bullosa hereditaria (EB) es una enfermedad rara que representa un grupo heterogéneo de patologías hereditarias con cuatro tipos principales de EB: simple, de la unión, distrófica y el síndrome de Kindler, caracterizadas por una marcada fragilidad de la piel y de las mucosas, desencadena la formación de ampollas y úlceras en respuesta a traumatismos menores. Todas las superficies orales pueden ser involucradas, incluyendo la lengua, la piel de la mucosa bucal, paladar, suelo de boca y gingiva, con estas manifestaciones clínicas, se requiere de un conocimiento para realizar el mejor manejo oral completo.

**Objetivo:** Dar a conocer nuestros protocolos odontológicos, diferenciados a cada tipo de EB, en aras a minimizar las posibles secuelas que pueden representar cada uno de nuestros tratamientos odontopediátricos.

**Casos clínicos:** La muestra de casos figura en la tabla I.

Teniendo en cuenta la tipología de la enfermedad presente en cada caso clínico, se procedieron a instaurar los protocolos ideados como paso previo a cada tratamiento.

En los casos más graves (EB distrófica y recesiva) se comenzó con la motivación, la cual se hizo especialmente necesaria en estos casos dado que el procedimiento implica dolor y posible génesis de ampollas como secuela en estos pacientes.

Igualmente fueron precisos procedimientos previos para lograr una apertura oral óptima en nuestros tratamientos especialmente en aquellos niños portadores de microstomía por sinequias relativas a terapias previas odontológicas.

**Comentarios:** El tratamiento dental de los niños con EB en particular en los que tienen un tipo más severo (EB distrófica y recesiva), ha cambiado drásticamente en los últimos 30 años. Las investigaciones recientes concluyen que es posible realizar el tratamiento completo odontológico preventivo y

restaurador en estos pacientes. En nuestros casos concretamente se ha llegado a realizar tratamientos completos incluso de terapia ortodóncica.

**Conclusiones:**

1. Es imprescindible la creación de protocolos previos al tratamiento oral en pacientes con necesidades especiales.
2. En nuestros días, dada la mayor expectativa de vida de los niños que padecen epidermólisis bullosa, es necesario considerar el tratamiento de su salud oral como parte fundamental en la conformación de una mejor calidad de vida de los pacientes que los sufren.

## 58. SÍNDROME DE DOWN, ORTODONCIA E IMPLANTES (DOS CASOS CLÍNICOS)

Varela Aneiros I., Diniz Freitas M., Abeleira Pazos M.,  
Outumuro Rial M., Fernández Feijoo J.

Unidad de Pacientes con Necesidades Especiales. Facultad de Medicina y Odontología. Universidad de Santiago de Compostela. A Coruña

**Introducción:** El síndrome de Down (SD) es un trastorno genético, cuya prevalencia se estima en 1:700 nacidos vivos. La persona con SD posee un fenotipo característico, mayor vulnerabilidad frente a enfermedades y discapacidad física e intelectual en grado variable. Existe cierta controversia sobre la idoneidad del uso de tratamientos de ortodoncia e implantología en este colectivo por presentar un mayor número de fracasos.

**Objetivo:** Presentar dos casos clínicos multidisciplinares en los que se combinaron técnicas de ortodoncia e implantes como alternativa terapéutica para pacientes con SD.

**Casos clínicos:** Se presentan dos varones, con un seguimiento prolongado en la Unidad de Pacientes con Necesidades Especiales de la Facultad de Medicina y Odontología de la USC. Acuden a los 5 y 6 años de edad para valoración de su estado odontológico. Inicialmente, se realiza una terapia de estimulación orofacial para mejorar el tono muscular; y paralelamente al desarrollo se realiza el seguimiento ortodóncico. En ambos casos se producen inclusiones de incisivos superiores sin posibilidad de recolocación ortodóncica. En un caso por la presencia asociada de un quiste odontogénico que no se resolvió con el tratamiento quirúrgico y motivó su exodoncia; y en el otro por anquilosis del diente incluido. Ambas ausencias se resolvieron satisfactoriamente con el oportuno tratamiento ortodóncico combinado con la restitución de los dientes mediante implantes dentales.

**Comentarios:** El tratamiento con ortodoncia e implantes puede proporcionar una clara mejora en las función y estética oral y perioral para muchos pacientes con SD.

Ambas técnicas requieren de una planificación previa muy cuidadosa, considerando todos los aspectos médicos y odon-

TABLA I

N.º de pacientes	Tipo de EB	Sexo
3	EB distrófica	(3) Femenino
3	EB distrófica recesiva	(2) Masculino (1) Femenino
1	EB de la unión	(1) Femenino
1	Síndrome de Kindler	(1) Femenino

tológicos del paciente. En el SD, se han descrito tasas de fracaso de ambas técnicas superiores a las observadas en la población general.

**Conclusiones:** Con la adecuada planificación y selección de los pacientes, los tratamientos multidisciplinarios con ortodoncia e implantes podrían ser una opción terapéutica para los pacientes con SD. Sin embargo, es imprescindible la realización de estudios con series amplias y seguimientos prolongados para establecer criterios de selección específicos para estos pacientes.

### 59. SÍNDROME POTOCKI-LUPSKI: A PROPÓSITO DE UN CASO

**Semisa A., Pereda P., Costa F., Beltri P., Chung Leng I.**  
*Universidad Europea Madrid. Madrid*

**Introducción:** El síndrome de Potocki-Lupski (PTLS), conocido también como duplicación 17p11.2, es un síndrome de genes contiguos que implica la microduplicación de banda de 11,2 en el brazo corto del cromosoma 17. Fue descrito por primera vez en un estudio en 1996; el síndrome PTLS debe su nombre a dos investigadores del Baylor College of Medicine, como son los Dres. Lorraine Potocki y James R. Lupski. Se considera una enfermedad rara, que aparece en al menos 1 de cada 20.000 personas. Los síntomas del síndrome incluyen leve retraso mental, autismo, hipotonía infantil, apnea del sueño, problemas de aprendizaje, trastorno por déficit de atención, comportamientos obsesivos-compulsivos, estatura baja y retraso en el desarrollo.

**Objetivo:** Describir las características dentofaciales presentes en el paciente con PTLS.

**Caso clínico:** Se presenta el caso de una niña de 10 años de edad con PTLS que acudió a la Clínica de la Universidad Europea para una revisión. Respecto a su historia médica, reseñamos retraso madurativo y bajo peso corporal. La paciente presenta gran sensibilidad en orejas, pies, boca; tiene ftofobia. En la exploración intraoral presenta dentición mixta 2ª fase, con aceleración del recambio dentario. Hay que evidenciar que hubo una serie de dificultades en el manejo para realizar una buena exploración, tomar unos correctos registros y para realizar tratamientos.

**Comentarios:** Los síntomas clínicos descritos por otros autores analizados en la búsqueda bibliográfica, coinciden con las características faciales del caso clínico descrito. En cuanto a las características orales (maloclusión, aceleración del recambio dentario, sensibilidad de la lengua) no se han encontrado muchos autores que analizan estos datos.

**Conclusiones:** Además de las patologías de carácter general específicas del síndrome de PTLS, no se encontraron patologías orofaciales relevantes.

## VARIOS

### 60. ¿ESTÁ LA ODONTOPEDIATRÍA VALORADA EN EL RESTO DE LA PROFESIÓN ODONTOLÓGICA?

**Alonso Fernández E., Boj J.R., Espasa E., Hernández M.**

*Clínica Odontológica Universitaria. Universidad de Barcelona. Barcelona*

**Introducción:** El número de odontólogos en España tiene una superpoblación de profesionales, aumentando las cifras de 13.500 que había en 1995 a unos 34.000 en el año 2014, lo que supone un aumento del 152%. De esta manera, se superan las cifras que recomienda la OMS en cuanto al ratio de odontólogos por habitantes. Este aumento de profesionales ha dado lugar a una infravaloración económica de los tratamientos dentales, así como a una disminución de la calidad de los mismos, lo que finalmente lleva a una transformación mercantilista de la profesión. Todo esto incrementa la precarización y la pérdida del poder adquisitivo del profesional, dando lugar a un deterioro de la misma profesión.

A su vez, el aumento de información a la que se puede acceder actualmente, ya sea por redes sociales u otros medios, provoca en el paciente y en su familia que tome un papel activo en la elección de los tratamientos basándose en ocasiones en informaciones de carácter no científico, incompletas o incorrectas que dan lugar a una confrontación y baja valoración o desprestigio profesional.

Además, profesiones como la de odontología en las que se ejerce el contacto directo con el paciente y en unas circunstancias muy particulares, hacen que el síndrome de *burnout* tenga una incidencia muy específica. Si a esto añadimos las particularidades que conlleva trabajar con pacientes pediátricos parece obvio pensar que el ejercicio de la odontopediatría puede desencadenar una especial incidencia de este cuadro dando lugar a un desgaste profesional que conlleva una baja realización, agotamiento emocional y una despersonalización.

**Objetivos:** Conocer la valoración actual de la profesión odontopediátrica.

**Material y métodos:** Se realizó una búsqueda bibliográfica en la base de datos de PubMed de artículos, en inglés y español, publicados desde el año 2005 hasta el 2015, así como de las guías de la American Academy of Pediatric Dentistry.

**Resultados:** La sobrecarga laboral, la ausencia de reconocimiento, junto con ser una de las especialidades de la odontología menos rentables hacen que el ejercicio de la Odontopediatría no sea adecuadamente valorada hoy en día.

**Conclusiones:** La Odontopediatría a pesar de requerir un alto grado de preparación y dedicación no se encuentra suficientemente valorado en España ni a nivel económico ni a nivel social y no se haya regularizado oficialmente como especialidad.

## 61. APRENDIZAJE BASADO EN PROBLEMAS: USO EN LA DOCENCIA DE ODONTOLOGÍA INFANTIL PEDIÁTRICA

**Bahillo González C., Álvarez Congost C., Álvarez Brasa C., Hevia del Río J., Limeres Pose J.**  
Facultad de Medicina y Odontología. Universidad de Santiago de Compostela. A Coruña

*Introducción:* El aprendizaje basado en problemas (ABP) está considerado un hecho fundamental en la educación médica, y ha alcanzado una notable popularidad en los últimos años. Es un método basado en el “aprendizaje autodirigido”, en el que los protagonistas del proceso de aprendizaje son los estudiantes.

*Objetivo:* Se detalla una experiencia educativa puesta en marcha en la Unidad Docente de Clínica Odontológica Integrada Infantil (COII) de la USC inspirada en el ABP.

*Método:* Se creó un paciente virtual que a lo largo del curso académico fue “creciendo” y padeciendo diversos problemas odontológicos. En distintas sesiones realizadas a lo largo del curso se proporcionó a los alumnos información sobre estos problemas (historia clínica, fotos, radiografías) y durante 15 minutos respondieron, por equipos en función de los boxes de práctica clínica, un cuestionario estandarizado respecto al diagnóstico, tratamiento, etc.

*Resultados:* Esta actividad de ABP permitió incorporar situaciones clínicas poco frecuentes en la clínica universitaria y obligó a los alumnos a realizar un proceso de toma de decisiones similar al de un contexto clínico real. El alumnado se mostró más consciente de las implicaciones de sus decisiones y de sus carencias formativas en un ambiente “desdramatizado”.

*Conclusiones:* La impresión generalizada del profesorado y alumnado es que la actividad resultó muy positiva en el proceso de aprendizaje, con una implicación progresiva de los estudiantes a medida que se desarrolla la actividad. El *feed-back* obtenido de los alumnos egresados ha hecho que esta actividad se haya incorporado en los últimos años a las actividades docentes de la asignatura.

## 62. CÓMO MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE UN NIÑO A TRAVÉS DE SU SALUD ORAL. PENSANDO EN LOS SERES VULNERABLES

**Cornejo Surjan S.<sup>1</sup>, Planells del Pozo P.<sup>1</sup>, Betancur Polo N.<sup>1</sup>, Pacheco Aucique L.<sup>1</sup>, Ungheng S.<sup>2</sup>**  
<sup>1</sup>Universidad Complutense de Madrid. Madrid. <sup>2</sup>ONG, por la sonrisa de un niño

*Introducción:* La organización mundial de la salud (OMS) reconoce que la pobreza y las desigualdades sociales juegan

un papel fundamental en la presencia de enfermedades orales y en la posibilidad de recibir tratamientos. A pesar de los grandes logros en la salud oral de poblaciones a escala mundial, esta sigue siendo uno de los mayores problemas de salud pública. La mayor incidencia se encuentra en las poblaciones desfavorecidas y socialmente marginadas, como son África y el Sudeste Asiático, concretamente plantearmos la organización y plan de trabajo de una ONG hispano-francesa, que trabaja en el aérea de Phnom Penh.

*Objetivos:* a) Dar a conocer la forma de trabajo, asistencia odontológica, planes de promoción y prevención en salud bucodental, en una población de niños camboyanos; y b) evaluar los tratamientos odontológicos realizados por los voluntarios que acceden esta organización.

*Materiales y métodos:* En el programa de atención médica y prevención de la ONG por la sonrisa de un niño PSN/PSE se encuentra el Plan de Salud Bucodental. Dicho programa se inició en el año 2012 gracias a las aportaciones de instituciones como el Consejo General de Odontólogos y Estomatólogos de España, a través de la consecución del premio para la financiación de programas sociales en el tercer mundo, y en año 2013 con la financiación para la adquisición de una Unidad Móvil dental la cual facilita el acceso al tratamiento dental de familias alejadas de los centros sanitarios.

*Resultados y discusión:* Se expone el plan de salud bucodental que cuenta con programas preventivos adaptados a la realidad y necesidades de este país, así como también de charlas de promoción y prevención.

La tabla I resume las acciones clínicas realizadas a los niños, en los años 2014-2015, tanto en la clínica dental como en la unidad móvil.

*Conclusiones:* Fortalecer las estrategias en promoción y prevención de salud, con el fin de conducir a las familias a un proceso de cambio de actitud y de conducta hacia sus hijos, logrando así en conjunto la mejoría de las condiciones de salud y su calidad de vida.

**TABLA I**

Año 2014	Clínica dental	Unidad móvil
Total de niños atendidos	2.797	1.434
Extracciones	1.608	1.387
Obturaciones	1.860	61
Endodoncias	561	0
<i>Año 2015</i>		
Total niños atendidos	2.966	2.097
Extracciones	1.558	1.734
Obturaciones	2.128	818
Endodoncias	756	67

### 63. CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA

**Gianní M., Sanchís Forés C., Ferro de Farisato M.J., Armengol Olivares A., Porter Cervera S.**

*Universidad Católica de Valencia "San Vicente Mártir". Valencia*

*Introducción:* El consentimiento informado se define como "la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades tras haber recibido la información adecuada, para una actuación que afecta a su salud" (ley 41/2002).

Toda actuación en el ámbito de la salud del paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado. Por tanto estaría justificado revisar la bibliografía reciente y actualizar los conocimientos sobre consentimiento informado en odontopediatría.

*Objetivos:* El objetivo principal del trabajo, sería revisar la literatura sobre el consentimiento informado en odontopediatría y advertir de su importancia en la práctica clínica para una actuación profesional ética y responsable.

*Material y métodos:* Se utilizaron como herramientas de búsqueda: PubMed, Google Scholar, Web of Science y Ebsco Host, combinando con los operadores booleanos "and", "or", "not" las claves consentimiento informado en menores, bioética, odontopediatría, y las *keywords*: "informed consent by minors", "bioethics", "pediatric dentistry". Se filtró la búsqueda bibliográfica seleccionando revistas de alto impacto entre 2010 y 2015, a texto completo, en inglés y español que incluyeran los términos de búsqueda en el título, o en los resúmenes. La búsqueda inicial condujo a 37 publicaciones preliminares, de las que se incluyeron 12, cuyo resumen respetase los criterios de selección. Se excluyeron los artículos que no contribuyesen al logro de los objetivos.

*Resultados:* En pacientes menores de edad con discapacidad intelectual o emocional, que no puedan comprender el alcance de la intervención, la legislación vigente prevé que se otorgue el consentimiento por representación; el consentimiento informado lo dará el representante legal del menor, después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos.

En el caso de pacientes con 16 años cumplidos, sin discapacidad, o emancipados, según la legislación actual, darán su consentimiento y no cabe prestar el consentimiento por representación. No obstante, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, el consentimiento lo prestará el representante legal del menor, oída y tenida en cuenta la opinión del mismo.

*Conclusiones:*

1. El consentimiento informado es parte esencial de la profesión tanto odontológica como odontopediátrica y se debe aplicar diariamente.
2. Respetar los derechos del menor y actuar de una manera ética nos acerca a un nivel de excelencia en la atención odontopediátrica ajustada a las necesidades de la sociedad actual.

3. Es importante fomentar la investigación del consentimiento informado en Odontopediatría sobre su importancia e impacto en campo académico, clínico y científico.

### 64. ESTADO DE SALUD BUCODENTAL EN UNA POBLACIÓN DE NIÑOS SAHARAUIS

**Ribas Pérez D., Vilches Fernández A., Román Arenas F., Mendoza Mendoza A.**

*Facultad de Odontología. Universidad de Sevilla. Sevilla*

*Introducción:* Durante los meses de verano acuden a nuestro país un gran número de niños procedentes de los territorios del Sahara Occidental dentro del Programa "Vacaciones en Paz". Residen en determinadas ciudades españolas instalándose en casas de padres de acogida y durante estos meses pasan a formar parte de nuestra población, por lo tanto requieren de tratamiento médico, y de tratamiento dental.

*Objetivos:* Se ha pretendido en el presente trabajo realizar un estudio del estado de salud bucodental de estos niños analizando índices de caries y de fluorosis.

Planteándonos como objetivo general del trabajo la realización de un estudio epidemiológico descriptivo de tipo transversal de una selección de estos niños de acogida en la provincia de Sevilla.

*Material y método:* Para el desarrollo de este trabajo se ha adoptado un diseño de investigación en el que se ha utilizado la Ficha de la OMS modificada tal y como queda descrito en la publicación *Encuestas de Salud Oral. Métodos Básicos* de su edición del año 1997, adoptando por consiguiente la metodología que recomienda la OMS.

Los niños fueron vistos en la sede de la Fundación Odontología Social de la ciudad de Sevilla y sus padres de acogida firmaron el consentimiento para participar en el estudio.

*Resultados:* De los 355 niños acogidos en la provincia de Sevilla, a 154 de ellos se les realizó la exploración pudiendo ver que la prevalencia de caries en dentición temporal fue del 78% y en dentición permanente del 62%, con un CAOD de 2,54 y un IR relativamente bajo 0,32. El índice de fluorosis (índice de Dean) encontrado sí fue esperadamente alto.

*Conclusiones:* La principal conclusión es que los niños saharauis de acogida presentan un estado de salud bucodental con necesidades de tratamiento que podrían ser cubiertos por la Sanidad Pública toda vez que estos niños tienen derecho a ser atendidos por la Prestación Asistencial Dental (PADI).

### 65. ESTUDIO COMPARATIVO DE CUIDADOS Y ATENCIÓN PRIMARIA ODONTOLÓGICA ENTRE NIÑOS CON PATOLOGÍA CRÓNICA COMPLEJA Y NIÑOS SANOS

**Lacalle Muñoz de Cuerva C.**

*Universidad Europea de Madrid. Madrid*

**Introducción:** Según el consenso actual los niños con patología crónica compleja son aquellos que:

Tienen condiciones crónicas significativas en dos o más sistemas del cuerpo. Una condición crónica significativa se define como un retraso físico, mental o de desarrollo que dura por lo menos un año.

O una condición progresiva que se asocia con el deterioro de la salud con una disminución de la esperanza de vida en la edad adulta.

O la dependencia continúa en la tecnología durante al menos 6 meses.

O enfermedades malignas: tumores malignos o metastásicos progresivos que afectan a las funciones vitales. Hay que excluir a aquellos en remisión durante 5 años.

**Objetivos:** Comparar una muestra de pacientes infantiles sanos con pacientes infantiles con patología crónica compleja.

**Material y método:** Se realizó una encuesta anónima a los padres o tutores legales de 50 niños mayores de un año y hasta 18 años con patología crónica compleja en el Hospital La Paz de Madrid.

Se realizó una encuesta a los padres o tutores legales de 50 pacientes infantiles mayores de un año y hasta 18 años sanos y sin patología crónica compleja de un centro médico de Madrid.

Se midió el acceso a la atención odontológica en los siguientes aspectos:

- Prevención: cepillado, pasta (500 ppm - 1500 ppm flúor), colutorio y selladores.
- Terapéuticas: higiene y profilaxis, obturaciones, exodoncias y pulpotomías/pulpectomías.
- Tratamientos interceptivos.
- Tratamientos ortodóncicos.

**Resultados:** En las cincuenta encuestas realizadas se ven claras diferencias en relación a que el grupo de niños sin patología crónica compleja presenta mayor accesibilidad a la atención odontológica con respecto a prevención, tratamientos terapéuticos, interceptivos y ortodóncicos que los pacientes afectados por esta patología.

**Conclusiones:** Se demuestra que el acceso a la salud oral es mejor en pacientes infantiles sanos que en pacientes con patología crónica compleja.

## 66. ÉTICA EN LA ODONTOPEDIATRÍA “SUPUESTAMENTE NO INVASIVA”

**González P., Boj J.R., Espasa E., Hernández M.**

*Clínica Odontológica Universitaria. Universidad de Barcelona. Barcelona*

**Introducción:** El aumento actual de la prevalencia de caries en niños alrededor del mundo, se ha visto en la necesidad de crear un programa con tratamientos simples pero efectivos, en donde se utilizan técnicas más conservadoras y menos invasivas, logrando preservar el mayor tejido dental y proporci-

nando éxito tan bueno como los tratamientos convencionales y contribuyendo en reducir la ansiedad.

Durante la consulta Odontopediátrica, nos encontramos ante situaciones en las cuales debemos tomar decisiones dirigidas a reparar más que a reemplazar, enfocándonos siempre en la utilización de los materiales más adecuados para cada caso en particular.

La presión social así como las demandas de tratamientos por parte de los padres hacen que en algunas ocasiones rebasemos la línea entre lo que es correcto y una mala praxis.

**Objetivos:** Analizar los principios básicos de los tratamientos no invasivos así como la actitud y técnicas a tomar por parte de los odontopediatras en la consulta odontológica.

**Material y métodos:** Se realizó una búsqueda bibliográfica en la base de datos PubMed, Medline y revistas electrónicas, con las palabras clave: “*minimal intervention dentistry, prevention and management protocols using caries risk, remineralisation and therapeutic sealants*”. Fueron encontrados 347 artículos. **Criterios de inclusión:** artículos y revistas electrónicas, así como publicaciones con menos de cinco años de antigüedad (2010-2015). **Criterios de exclusión:** artículos de más de cinco años de antigüedad.

**Resultados:** En la literatura están descritos los beneficios que causa el uso de técnicas atraumáticas y como profesionales de la salud debemos ante poner al paciente, considerando la opinión de los padres, generando confianza y cooperación mediante la estimulación de actitudes y conductas positivas sobre el tratamiento dental, por lo cual nos debemos apoyar en estas técnicas pero de una manera adecuada.

**Conclusiones:** El escenario ideal sería que los niños se presentaran a la consulta sin signos clínicos de lesiones cariosas pero esta no es una realidad para la mayoría. La metodología tradicional enfocada en restaurar las secuelas que produce la caries dental ha mostrado algunos cambios que los han convertido en conservadores.

En muchas ocasiones los padres solicitan tratamientos que muchas veces no son necesarios, sin embargo, nos exigen que los realicemos porque creen que con ello se puede disminuir el temor en sus hijos, es aquí donde jugamos un papel importante ya que en base a nuestra ética nos confiere decidir lo más adecuado para cada paciente.

## 67. EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DE TRATAMIENTO DE UN COLECTIVO DE PACIENTES EN EDAD ESCOLAR DEL ÁREA DE OTXARKOAGA, BILBAO

**Rámila Sánchez E., Gorritxo Gil B., Franco Varas V., Anta Escuredo A.**

*Universidad del País Vasco. Vizcaya*

**Introducción:** La patología bucodental es una entidad multifactorial. El mantenimiento de correctas medidas de higiene oral y hábitos dietéticos saludables son factores determinantes y en los que más se puede incidir para combatir prevalencias



elevadas de enfermedad. Sin embargo, hay sectores de población en los que su arraigo cultural y forma de vida suponen una barrera importante para lograr el cambio de hábitos hacia situaciones más sanas.

**Objetivos:** *Principal:* describir las necesidades de tratamiento dental de una muestra de escolares residentes en el barrio bilbaíno de Otxarkoaga. *Secundario:* elaboración de informes personalizados sobre patología y necesidades de tratamiento. Confección de guías para la educación nutricional y técnicas de higiene bucodental adecuadas según la edad. Hacer partícipes a padres/tutores de las necesidades en materia de salud bucodental y fomentar la instauración de hábitos saludables.

**Material y métodos:** A través del servicio médico de 2 centros escolares localizados en Otxarkoaga se propone realizar exploraciones a los alumnos de edades entre 2 y 7 años ( $n = 77$ ). Se elabora una historia clínica a completar con los padres. Las exploraciones se realizan en salas habilitadas en los centros para conseguir la menor pérdida de muestra por no asistencia. Para el examen oral se utiliza espejo intraoral, luz frontal y abrebocas. Se recogen datos de caries, presencia de placa, maloclusiones y hábitos (succión digital/chupete, interposición lingual y respiración oral).

**Resultados:** De la muestra inicial se pierde 1 individuo por no colaboración, obteniendo una muestra final  $n = 76$  (38 niños y 38 niñas). El porcentaje total de pacientes con caries es del 61%, el 95,7% en dentición temporal. Hay presencia de hábitos en el 34,2%. En cuanto a la placa, el 56,57% de los pacientes tienen niveles elevados.

**Discusión:** En trabajos similares como el de Mora y Martínez (2010) comparando población infantil gitana frente a no gitana, hay un 58% con caries en el primer grupo frente al 29% en el segundo. La diferencia es más relevante cuando se compara con los datos del PADI en los que sólo el 2% de los niños de 7 años tienen caries.

**Conclusiones:** La prevalencia de patología bucodental arroja valores más elevados para esta población. Factores ambientales/culturales parecen estar relacionados con ellos. Es necesario establecer planes de prevención y accesibilidad a tratamientos así como detectar el medio más eficaz de instaurarlos para lograr la mayor implicación de este colectivo, éxito del programa y mejora en su salud oral y general.

## 68. GOOGLE EN ODONTOPEDIATRÍA

Vasquez S., Boj J., Hernández M., Espasa E.  
Universidad de Barcelona. Barcelona

**Introducción:** Desde la aparición de internet en los años 80, se ha utilizado como un medio de difusión y comunicación de una manera básica, pero con el transcurso de los años ha ido evolucionando y han ido apareciendo ciertos buscadores de navegación (Google, Microsoft...), los cuales nos han ido ampliando nuestra visión en todo el ámbito odontológico, tanto de forma positiva como negativa. En Odontopediatría,

estos últimos años podría decirse que ciertos padres llegan a la consulta con el diagnóstico y plan de tratamiento hecho en casa, debido a la amplia información que encuentran en la red, cuya veracidad es muy cuestionable.

**Objetivo:** Valorar los efectos positivos y negativos de la amplia información que se encuentra disponible al público en general relacionada con la odontología, y que efectos produce en nuestro campo, la Odontopediatría.

**Material y método:** Se realizó una revisión bibliográfica en la base PubMed y en la biblioteca Cochrane de revistas internacionales y nacionales, utilizando como palabras claves: padres, internet, odontopediatría, odontología, tratamientos, salud, ética, calidad, médico, así como búsquedas en libros y páginas webs.

**Resultados:** Durante la búsqueda, hemos encontrado muchas páginas webs que muestran información, tanto acertada como errónea, en las cuales muchas afirman acontecimientos sin bases científicas, por lo que los lectores que buscan información sobre determinados tratamientos y materiales que se utilizan en la práctica odontológica, quedarían cuestionadas al momento de diagnosticar y realizar nuestro plan de tratamiento. En cuanto en la búsqueda de literatura basada en la evidencia, no hemos encontrado información que nos hable de este suceso.

**Conclusión:** Internet evoluciona a una velocidad vertiginosa, y tiene muchos beneficios en el ámbito odontológico. Su uso tiene múltiples beneficios en nuestro ámbito, tanto en comunicación como en la difusión y acceso a información científica dirigida al público en general. Pero la presencia del marketing odontológico y de ciertos grupos de padres y profesionales que se oponen al uso de ciertos materiales, hace de su uso la parte "oscura" del google. Así la búsqueda de información por parte de los padres es un buen indicador de interés por la salud oral de sus hijos, así como la de ellos mismos. Pero el hecho de encontrar información negativa, crea confusión en ellos, al momento de decidir qué tipo de tratamiento quieren ellos que se aplique a sus hijos. Consideramos de gran importancia la realización de futuras investigaciones en este ámbito de la Odontopediatría.

## 69. IMPACTO DE LA SALUD BUCAL EN LA CALIDAD DE VIDA DE NIÑOS QUE ASISTEN A LA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA

Acuña Rocha L.M., Fernández Mafe M., Gianni M., Ferro de Farisato M.J., Sanchís Forés C.  
Universidad Católica de Valencia "San Vicente Mártir".  
Valencia

**Introducción/Justificación:** La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce la calidad de vida relacionada con salud bucal (CVRSB) como un constructo multidimensional que incluye una evaluación subjetiva de la salud bucal de la persona, el bienestar funcional, emocional, las expectativas y la satisfacción con la atención y el sentido de sí mismo.

Se precisa actualizar e investigar el impacto físico, psicológico y funcional reflejado en la percepción de bienestar de la población infantil. Esto representaría un indicador social para el manejo de estas enfermedades bucales, con el fin de continuar trabajando en la toma de conciencia de los padres sobre la responsabilidad de la salud bucal de sus hijos.

**Objetivo:** Realizar una actualización bibliográfica sobre el impacto de la salud bucal en la calidad de vida de niños escolares y adolescentes.

**Material y métodos:** Se revisaron las bases de datos: PubMed, Google Scholar, Web of Science, utilizando las palabras claves: “oral health”, “quality of life”, “dental caries”, “child”, “adolescent”, combinándolas con los operadores booleanos (*and, or, not*). Se incluyeron revistas de alto impacto y se aplicaron filtros de selección para artículos publicados durante los años 2010-2015, niños de 6-14 años de edad, y que contuvieran los términos de búsqueda en el título o en los resúmenes. Se obtuvieron 53 publicaciones, seleccionando 12 artículos para la presente revisión, excluyéndose los artículos que no contribuyesen al logro de los objetivos.

**Resultados:** Aplicando el instrumento P-CPQ (*Parental-care giver perceptions of Child oral Health-related quality of life*), se demostró que existe relación significativa entre caries y limitaciones funcionales, además esta última, el bienestar emocional y los síntomas orales predominaron en niños que asistían a escuelas públicas.

También un mayor número de dientes careados estaría asociados con el dolor, lo que puede afectar el funcionamiento físico, estado emocional y la conducta. Estos resultados sugieren que los niños con más caries, son propensos a experimentar más dolor oral y dificultad con la masticación.

Finalmente en cuanto a la caries dental y maloclusión, existe un impacto negativo que radica en baja autoestima y distintos aspectos psicosociales, adicionalmente se encontró que los escolares provenientes de familias de bajo nivel socio económico poseían una mayor afectación de calidad de vida.

**Conclusiones:** La calidad de vida relacionada con salud bucal de niños y adolescentes está influenciada por diversos determinantes de la salud, no sólo por condiciones clínicas sino también por factores sociodemográficos y familiares en el cual está inmerso.

## 70. MÁS ALLÁ DE LA MARCA

**Seoane Trigo S., Facal M.**

*Facultad de Medicina y Odontología. Universidad de Santiago de Compostela. A Coruña*

**Objetivo:** Conseguir que la marca Odontólogo (tu marca), sea la única en la mente de los padres de tu paciente.

**Resumen:** Los odontólogos de hoy, estamos acostumbrados a escuchar en diferentes medios y foros, la palabra MAS: “dientes más blancos”, “procesos más rápidos”, “procesos más fáciles”..., y como última “más barato”; si entramos en

este juego, tan solo nos transformamos o nos transforman en otro producto genérico más.

Como profesionales de la salud, no podemos carecer de una *marca*, aquella que nos dé identidad, ya que solo nos reconocen por dentista –Dr.– una marca “blanca”.

A lo largo del día, contactamos con más de 1.500 marcas, vivimos en un mundo de marcas y ello nos obliga a encontrar la nuestra.

En este trabajo, intentaremos aportar ideas nuevas y deshacernos de los convencionalismos y recetas de siempre; para ello presentaremos algunas herramientas que nos ayuden a generar una marca, que será la que nos permita tener continuidad en el medio de incertidumbre global por el que pasa la Odontología hoy.

**Bibliografía recomendada:**

1. Chesbrough Henry W. MIT Sloan management review. ISSN 1532-9194. 2003;44(3):35-41.
2. Bughin J, Chui M, Manyika J. Capturing business value with social technologies. McKinsey Quarterly, November 2012.
3. Lambin JJ. Market-driven management marketing strategico e operative. Milano: McGraw-Hill; 2008.
4. Venkat Ramaswamy, Naveen Chopra. Building a Culture of Co-Creation: at Mahindra. Strategy and Leadership 42 (1): Forthcoming, QEmerald Group Publishing Limited; 2014. ISSN 1087.

## 71. NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS ODONTÓLOGOS EN EL MANEJO DE TRAUMATISMOS DENTALES

**Miranda Domínguez D., Sanchís Forés C., Ferro de Farisato M.J., Camarasa Pascual E., Traver Ferrando C.**

*Universidad Católica de Valencia “San Vicente Mártir”. Valencia*

**Introducción/Justificación:** Los traumatismos dentales en la actualidad son la segunda causa de demanda de atención dental en niños tras la caries. Siendo un problema común y significativo en la salud dental, ameritan: atención inmediata, diagnóstico preciso, tratamiento adecuado y un seguimiento a largo plazo. Por tanto se requiere un extenso y actualizado conocimiento de la materia por parte del odontólogo para aumentar las posibilidades de éxito en el tratamiento de dientes traumatizados.

**Objetivos:** Realizar una revisión bibliográfica actualizada sobre el conocimiento de los odontólogos en el manejo de los traumatismos dentales.

**Material y métodos:** Se realizó una búsqueda bibliográfica en las siguientes fuentes documentales: PubMed, Web of Science, EbscoHost y Google Scholar, mediante las siguientes palabras claves: “knowledge, tooth injury, tooth avulsion, dentist”.

Se seleccionaron 970 artículos. Se clasificaron secundariamente aplicando los filtros de selección: artículos comprendidos entre el 2010-2016, en inglés o español, a texto completo y que incluyan los términos de búsqueda en el título o en los

resúmenes y que pertenecieran a revistas de alto impacto, excluyéndose los artículos que no contribuyesen al logro de los objetivos. Resultando 6 artículos en la presente revisión.

*Resultados y análisis:* Los resultados obtenidos fueron:

- En todos los estudios se han seguido los criterios establecidos por la IADT (Internacional Association for Dental Traumatology) para el manejo de traumatismos dentales.
- La mayoría de los odontólogos actúan correctamente en situaciones con fractura de corona y luxaciones.
- Una gran proporción de odontólogos han mostrado un conocimiento inadecuado sobre el tratamiento de los dientes avulsionados.
- La mayoría de los odontólogos conoce que para el tratamiento de una avulsión dentaria se debe utilizar una férula flexible pero, existen discrepancias en el tiempo que debe permanecer el diente ferulizado.

*Conclusiones:*

1. Existe un moderado conocimiento en el manejo de traumatismos dentales, destacando una falta de confianza en la gestión de los casos de traumatismos complejos.
2. Se observó una relativa falta de conocimiento sobre la avulsión y su tratamiento, especialmente a la duración del seguimiento después del reimplante.
3. Proponer a los odontólogos, planes de formación continuada en el manejo de traumatología dental con el fin de aumentar los índices de éxito en la salud bucodental de la población infantil.

## 72. ODONTOPEDIATRÍA “A DEMANDA”

**Pérez Pérez V., Boj J., Hernández M., Espasa E.**

*Clínica Odontológica Universitaria. Universidad de Barcelona. Barcelona*

*Introducción:* Los estudios científicos recientes coinciden en que los odontopediatras tienen actualmente más problemas a la hora de tratar a pacientes infantiles. Se han producido cambios en la actitud de los pacientes y los padres, que han obligado a modificar nuestra labor en muchos aspectos. No es extraño hoy en día, encontrarnos con padres o niños que deciden o exigen qué tratamiento se debe realizar, o cómo y cuándo se debe efectuar, imponiendo “a demanda” las necesidades odontológicas.

*Objetivos:* Esta revisión tiene como objetivo evaluar qué factores han influido en estos cambios en la actitud de padres y pacientes en odontología y cuáles son los elementos relacionados con esta “odontopediatría a demanda”.

*Materiales y métodos:* Se realizó una búsqueda bibliográfica en la base de datos Medline mediante el buscador PubMed y se revisaron diferentes artículos y guías, publicados desde el año 2006 hasta el 2015.

*Resultados:* Actualmente la relación odontólogo-niño-padre es diferente a la que existía antiguamente. La confianza de estos hacia el odontólogo ha disminuido, así como tam-

bién la autoridad que el profesional presenta. Existen muchos factores que influyen en esta relación, entre ellos factores ligados a padres e hijos, siendo el estilo de crianza uno de los que más afecta. Actualmente se ha visto un aumento en el estilo de crianza permisivo, que implica una menor disciplina en la educación de los hijos. Esto surge de la necesidad de los padres de sobreproteger a los niños, lo cual se traduce en la visita odontológica en evitar la angustia emocional de estos. Estos cambios juegan un papel importante en la toma de decisiones. Esta disminución en las exigencias hace que se permita al niño decidir cuándo se debe realizar el tratamiento o cómo debe realizarse, observándose un comportamiento no adecuado en la consulta dental. Los padres que ofrecen este tipo de educación también exigen realizar los tratamientos de una determinada manera o cuestionan cuál es la mejor manera de hacerlo.

*Conclusiones:* El estilo de crianza es un factor importante que influye en la gestión de los tratamientos dentales en Odontopediatría. Una valoración de las características de los padres y los hijos previa al tratamiento puede ayudar al odontopediatra a manejar la situación con más facilidad.

## 73. ODONTOPEDIATRÍA NATURAL

**Cardona Soria S., Boj J.R., Espasa E., Hernández M.**

*Clínica Odontológica Universitaria. Universidad de Barcelona. Barcelona*

*Introducción:* Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), la salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

La odontología natural, también conocida como odontología holística, incluye la observación del paciente como individuo en su totalidad y sus correspondientes necesidades. Se debe tener en cuenta que las patologías orales presentan una fuerte historia de tratamientos con remedios naturales. La caries dental y la enfermedad periodontal están causadas principalmente por microorganismos presentes en la placa dental, la cual se elimina mediante los métodos mecánicos tradicionales y los métodos químicos naturales de entre los cuales encontramos los colutorios a base de extractos de plantas *T.chedula* y *Cinnamon* como agentes antiplaca y antibacterianos. Por otro lado, también se relaciona esta terapia homeopática con el uso de estos remedios naturales para el tratamiento de la ansiedad, como la valeriana o las esencias florales, y del dolor postoperatorio, como la árnica, la *ruta* o el *hypericum*.

*Objetivo:* El objetivo ha sido realizar una revisión bibliográfica para estudiar la eficiencia y efectividad de los remedios naturales en comparación con la odontología tradicional, determinando las posibles opciones disponibles para la integración de nuevas técnicas para la prevención y tratamiento de diversas condiciones y así evitar los efectos tóxicos o dañinos de estas.

*Material y método:* Se ha realizado una búsqueda en las bases de datos de Pubmed en los que se han incluido los artículos en relación sobre el tema, realizados en humanos, y que estuvieran en inglés o español, mediante el uso de las siguientes palabras clave: “*Holistic dentistry/Alternative dentistry/Alternative medicine*”.

*Resultados:* La mayoría de técnicas alternativas en la denominada odontología natural, no han sido probadas en estudios clínicos a largo plazo, principalmente debido a las dificultades metodológicas para la asignación de pacientes y para el control de los grupos experimentales. Sin embargo algunas de ellas, como el uso de remedios naturales como la árnica o el hypericum, han mostrado buenos resultados en comparación con la odontología tradicional, por lo que los componentes naturales pueden volver a jugar un papel importante en la comprensión y tratamiento de las patologías orales.

*Conclusión:* Será necesaria la realización de estudios clínicos para poder determinar la efectividad de estos métodos y poder aplicarlos a la práctica odontológica.

#### 74. PARÁMETROS MADURATIVOS PARA LA DETERMINACIÓN DE LA EDAD ÓSEA EN PACIENTES INFANTILES

**Real Benlloch I., Mourelle Martínez R.M., González Aranda C., De Nova García M.J.**  
*Universidad Complutense de Madrid. Madrid*

*Introducción:* La edad cronológica se entiende como la medida del tiempo vivido por una persona desde su nacimiento hasta el momento actual. Se considera que un individuo no sólo tiene una edad, sino que son varias, debido a que los diferentes sistemas que lo constituyen se desarrollan de forma independiente. Cuando son consideradas en conjunto estas edades se obtiene una biológica, que se basa en el grado de maduración de los diferentes tejidos corporales.

*Objetivos:* Estudiar los métodos existentes para valorar la edad ósea de los pacientes infantiles en la clínica dental.

*Material y métodos:* Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed y medline, con los términos *bone age, Greulich & Pyle, Tanner-Whitehouse, FELS, cervical vertebrae*.

*Resultados:* La estimación de la edad basada en el proceso de maduración esquelética, denominado edad ósea, es uno de los métodos más empleados en niños y adolescentes y se define como una medida del progreso de osificación hacia la maduración. Los métodos desarrollados para la determinación de la edad suelen estar enfocados en el grado de desarrollo de los huesos de la muñeca y la mano, de las vértebras cervicales y en casos cercanos a los 21 años, de la clavícula. No está claro que factores establecen un patrón normal de maduración, pero es cierto que la genética, los factores nutricionales, metabólicos, sociales, emocionales, ambientales y hormonales, juegan un papel importante en este proceso.

Se considera que la radiografía de la muñeca es el método más estandarizado para la evaluación de la maduración esquelética basándose en el tiempo y en la secuencia de aparición de los huesos del carpo y de ciertos eventos de osificación. Existen muchos métodos para evaluar el crecimiento de esta región anatómica, pero los más utilizados son el Atlas de Greulich y Pyle, la puntuación de Tanner-Whitehouse y el método FELS.

En Odontopediatria y Ortodoncia, debido a que las pruebas radiográficas solicitadas de rutina generalmente muestran las vértebras cervicales, el estudio de su apariencia y crecimiento podría ser un método más sencillo para evaluar la edad ósea del paciente. Por esta razón las vértebras cervicales se pueden proponer como una alternativa a la radiografía de muñeca para la determinación de la maduración esquelética.

*Conclusiones:* Los métodos para la determinación de la edad ósea en odontología pueden ser de ayuda en la planificación de tratamientos de Ortopedia y Odontopediatria en pacientes en edad infantil.

#### 75. VALORACIÓN DE LA IMPORTANCIA QUE DAN LOS PADRES A LA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA

**Gasía M., Beltri P., Bartolomé B., LaCalle C., Costa F.**  
*Universidad Europea de Madrid. Madrid*

*Introducción:* La Odontología contemporánea, y en especial la Odontopediatria, tiene fundamentada su actuación en la prevención de la caries, periodontitis, problemas ortodónticos y alteraciones de desarrollo de la cavidad bucal y del sistema de masticación o estomatognático.

En la primera infancia un cuadro clínico que se encuentra frecuentemente es el llamado caries de la primera infancia, resultando del amamantamiento materno o del uso del amamantamiento con leche, administrados en periodos prolongados, que se inicia a veces antes de que se complete la primera dentición. La odontología especializada en la primera infancia, empieza desde la orientación del gestante, y ha obtenido éxito en la promoción de la salud buco-dental a través de la educación.

La salud buco-dental como parte de la salud integral del bebe y del niño es el principal objetivo de la odontopediatria.

*Objetivo:* Analizar la importancia que otorgan los padres a la odontopediatria.

*Material y método:* Estudio descriptivo el cual consiste en la aplicación de un cuestionario dirigido a los padres y/o representantes de los niño(a)s que acuden a la consulta de la clínica odontológica en la Universidad Europea de Madrid en el área de odontopediatria.

*Resultados:* Los padres que asisten a consulta en su mayoría se encuentran entre los 41 a 50 años de edad, predominando el sexo femenino. Los niños en su mayoría se encuentran entre los 2 a 4 años de edad predominando el sexo femenino, muchos de ellos no asistían por primera vez a consulta odon-

tológica. Un gran porcentaje determinó que la primera visita dental debía ser realizada por un odontopediatra, sin embargo, la primera visita dental de la mayoría de los pacientes fue realizada por un odontólogo general.

El motivo principal de la consulta fue la presencia de caries. La mayoría de los padres no han recibido información acerca de la salud buco-dental a temprana edad, algunos han recibido información mediante referencia de un pediatra o a través de un odontólogo general.

**Conclusión:** Se pudo concluir que el motivo principal de la primera consulta al odontopediatra es la presencia de caries o traumatismo. Que aunque consideran que el tratamiento debería ser realizado por un odontopediatra, la primera visita la realizan a un dentista generalista. Es necesario informar a las gestantes acerca de los cuidados de la boca del paciente infantil.

---

## MEDICAMENTOS

### 76. EFICACIA DE LA PROFILAXIS ANTIMICROBIANA DE ENDOCARDITIS BACTERIANA SECUNDARIA A TRATAMIENTOS DENTALES EN LA EDAD PEDIÁTRICA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

**Prada-López I., Quintas V., Pérez-López D., Tomás I.**

*Facultad de Medicina y Odontología. Universidad de Santiago de Compostela. A Coruña*

**Introducción:** En las últimas décadas, en base a controversias de diferente índole, se ha cuestionado la conveniencia de administrar profilaxis antimicrobiana de endocarditis bacteriana (EB) en pacientes “de riesgo” ante la práctica de tratamientos dentales. Incluso, algunos Comités de Expertos, como el National Institute for Health and Care Excellence del Reino Unido adoptaron una actitud drástica a este respecto en el 2008, no recomendando la profilaxis antimicrobiana de EB en el ámbito odontológico. Sin embargo, recientemente se ha detectado un aumento de casos de EB de posible origen oral en el Reino Unido. En este contexto, resulta fundamental esclarecer, mediante la revisión crítica de la literatura, cual es el protocolo profiláctico más eficaz en la prevención de bacteriemias secundarias a manipulaciones dentales.

**Objetivo:** Analizar la eficacia de los protocolos de profilaxis antimicrobiana en la prevención de bacteriemias secundarias a tratamientos odontológicos en la población pediátrica.

**Material y métodos:** Se aplicó una estrategia de búsqueda adaptada a las bases de datos Medline PubMed, Ovid Embase y Scopus. Se seleccionaron todos los estudios clínicos en población pediátrica (edad < 16 años), en los que se analizaba la prevalencia de bacteriemia post-manipulación dental en un grupo control/placebo y un grupo que recibía una profilaxis antibiótica y/o antiséptica.

**Resultados:** Se identificaron siete artículos que incluían pacientes pediátricos. Después del análisis de los artículos completos, se consideraron cuatro para la presente revisión. Solamente en dos estudios se administró una pauta profiláctica previamente recomendada (amoxicilina oral 50 mg/kg). La profilaxis antibiótica disminuyó la prevalencia de bacteriemias secundarias a exodoncias o tratamientos conservadores realizados bajo anestesia general, tanto en niños sanos como en aquellos con patología cardíaca. Hubo una serie donde una pauta de procaína penicilina + bencilpenicilina o de tetraciclina no resultó eficaz en pacientes cardíacos a tratamiento crónico con penicilina V. No se encontró evidencia sobre la eficacia de la profilaxis antiséptica. Las bacteriemias fueron generalmente de naturaleza estreptocócica.

La calidad de los ensayos clínicos evaluados fue baja. Solamente uno era de carácter aleatorizado y en ninguno se tuvo en cuenta posibles factores condicionantes (estado de salud oral, complejidad de la intervención...).

**Conclusiones:** Existe una escasa evidencia sobre la eficacia de la profilaxis antimicrobiana de EB en la prevención de bacteriemias post-manipulación dental en pacientes pediátricos. Mientras que se constata que el protocolo antibiótico es eficaz, se desconoce el efecto de la profilaxis antiséptica.

### 77. MESILATO DE FENTOLAMINA: SOLUCIÓN PARA REVERTIR EL EFECTO ANESTÉSICO EN ODONTOPEDIATRÍA

**Cuesta Zuccarelli L., Hernández Guevara A., Bravo Antón N.**

*Facultad de Odontología. Universidad Complutense de Madrid. Madrid*

**Introducción/Justificación:** El mesilato de fentolamina es un antagonista no selectivo, competitivo  $\alpha$ -adrenérgico que actúa revertiendo el efecto de los anestésicos locales combinados con vasoconstrictor. Es un vasodilatador que bloquea los efectos endógenos de los vasoconstrictores en tejidos blandos orales. Acelera el retorno a la sensación y función normal, permitiendo así hablar, beber y sonreír con normalidad y evitando las lesiones autoinflingidas, el babeo incontrolado y la percepción de aspecto alterado. Es una opción novedosa para evitar las lesiones en los pacientes pediátricos en la práctica odontológica.

**Objetivos:** Explicar el mecanismo de acción, farmacocinética, indicaciones, contraindicaciones, dosis, efectos adversos, ventajas e inconvenientes del mesilato de fentolamina.

**Material y métodos:** Se realizaron búsquedas bibliográficas en las bases de datos Cochrane y Medline con las siguientes palabras clave: “child, preschool, adolescents, phentolamine mesilate, local anesthesia, local anesthetic reversal”.

**Resultados y análisis:** El mesilato de fentolamina invierte anestesia de tejidos blandos y reduce su duración en aproximadamente un 50%.

Está indicado para revertir la anestesia de los tejidos blandos orales, y los déficits funcionales que resultan de una inyección intraoral submucosa de un anestésico que contenga vasoconstrictor.

El mesilato de fentolamina debe ser administrado a continuación de un procedimiento dental infiltrando en el mismo lugar y siguiendo la misma técnica empleada para la administración de anestesia local.

En los estudios clínicos estudiados, la seguridad y eficacia de mesilato de fentolamina se ha establecido entre el grupo de edad de 6-17 años. La eficacia en pacientes pediátricos meno-

res la edad de 6 años no se ha establecido. El uso de mesilato de fentolamina en pacientes entre las edades de 6 y 17 años está respaldada con estudios adecuados y bien controlados. La seguridad, ha sido evaluada en pacientes menores de 6 años aunque no la eficacia. Las dosis en los pacientes pediátricos se deben restringir al peso corporal.

*Conclusiones:* El mesilato de fentolamina es una opción terapéutica cuando el efecto anestésico sea prolongado y la anestesia local tenga un riesgo potencial de causar un impacto negativo en el estilo de vida y en la integridad física del paciente.