

## Comunicaciones Pósteres

### 1. ESTUDIO LONGITUDINAL SOBRE LA DESVIACIÓN DE ERUPCIÓN DE LOS 2º PREMOLARES MANDIBULARES NO ERUPCIONADOS

**Aparicio Calvo A., Riobos González M.**  
*Universidad Alfonso X El Sabio. Madrid*

*Introducción:* El 2º premolar inferior es, según la cronología de erupción, el diente que más tarde recambia y erupciona en la mandíbula, lo cual puede complicarse por la falta de espacio en la arcada y originar apiñamiento, desviaciones o impactaciones dentarias. Las desviaciones suelen ocurrir hacia distal de la pieza, produciendo una reabsorción atípica del molar temporal correspondiente. Se desconoce si las causas son locales o de carácter genético.

*Objetivo:* Estudiar la frecuencia de desviación del 2º premolar inferior, por sexo y edad, para poder obtener un patrón de diagnóstico válido para el odontopediatra y ortodontista.

*Material y método:* Se ha realizado un estudio transversal retrospectivo observacional, sobre radiografías panorámicas. Se seleccionaron 725 pacientes de entre 7-11 años, que acudieron a la Clínica Universitaria UAX durante el año 2016.

*Resultados:* Se calcularon los promedios, rangos y desviación estándar; las variables seleccionadas fueron desviación del 2º premolar, tratamientos dentales realizados en el molar temporal correspondiente y sexo. El 84,14% de los sujetos no presentaron desviación de erupción frente al 15,86% que sí presentaron desviación en uno o dos de los 2º premolares mandibulares.

*Conclusión:* Las teorías genéticas no han sido demostradas en relación a la desviación de erupción del 2º premolar inferior. La odontología basada en la evidencia ha mostrado que tratamientos pulpares en molares temporales pueden originar cambios celulares en el periápice y alterar la línea eruptiva de los premolares. Se recomienda hacer un seguimiento radiológico para prevenir posibles alteraciones eruptivas que conlleven tratamientos quirúrgicos y/u ortodóncicos.

### 2. HERIDAS POR MORDEDURA HUMANA: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO CON APARATOLOGÍA ORTODÓNCICA IMPLICADA

**Azanza Santa Victoria N.<sup>1</sup>, Montejo Acosta M.<sup>1</sup>, Celaya Azanza P.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Osakidetza-Centro de Salud de Irún. Irún, San Sebastián.

<sup>2</sup>Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid

*Introducción:* Las heridas por mordedura humana producen infección de tejidos blandos. El grado de morbilidad puede ser de diferente alcance y repercusión. Pueden ser accidentales, autoinducidas o intencionadas. Entre las autoinducidas encontramos las paroniquias por mordedura de uñas o succión del pulgar. Entre las intencionadas algunas de las más graves son las que se producen con el puño cerrado y que afectan típicamente a la 3ª y 4ª articulación metacarpo falángica de la mano dominante. Se presentan como laceraciones traumáticas muy pequeñas (de hasta 15 mm), pero son altamente proclives a la infección por la estrecha proximidad de la articulación a la piel. Con frecuencia presentan artritis séptica y osteomielitis. Las mordeduras en la mano nunca deben ser consideradas como menores.

*Objetivos:* El propósito de este artículo es dar a conocer un caso de mordedura humana accidental en un niño de 12 años que se produjo por traumatismo de la mano contra el aparato de ortodoncia de un compañero, y que cursó con importantes complicaciones.

*Material y método:* Un niño de 12 años sufrió una herida en mano derecha tras golpearse accidentalmente con la boca de un compañero que llevaba aparatología ortodóncica. Mano y boca quedaron enganchadas de forma que tuvieron que acudir así a urgencias del hospital. Finalmente no pudieron ser separados hasta pasadas varias horas, lo que a posteriori complicó bastante el caso. El paciente tuvo que ser hospitalizado al tercer día por celulitis de la mano derecha y no fue dado de alta hasta pasada una semana.

*Discusión:* Las heridas por mordedura humana cuando se infectan producen una inflamación en menos de 12 horas y si no son atendidas progresan rápidamente en 24-48 horas a un proceso bien definido. En el caso actual fue decisivo el número de horas que transcurrieron desde que el niño acudió al hospital hasta que finalmente pudo ser tratado. También resultó decisivo no haber podido resolver en parte el caso con la ayuda de su ortodontista. Estas heridas deben ser tratadas con prontitud para evitar complicaciones posteriores.

*Conclusiones:*

- Las heridas por mordedura humana, especialmente las que se producen en la mano deben tomarse en consideración.
- Los profesionales de la ortodoncia deberían establecer siempre un canal de contacto o derivación en caso de urgencia.

### 4. POSIBLE ETIOPATOGENIA PSICOSOMÁTICA DEL BRUXISMO INFANTIL Y SU RELACIÓN CON LA SENSIBILIDAD A LA ANSIEDAD

**Barraso V., Blay Palacios C., Vivas Prado M., Albert Gascò L., Sanchís Forés C.**

*Universidad Católica de Valencia. Valencia*

**Introducción:** El bruxismo es una actividad parafuncional que consiste en el apretamiento o rechinamiento de los dientes y que presenta una elevada prevalencia tanto en niños como en adultos. Actualmente, existe un consenso sobre su etiología multifactorial. En los adultos está asumido el papel del estrés en el bruxismo; sin embargo, la etiología sobre los factores psicológicos sigue siendo uno de los temas más debatidos dentro del bruxismo infantil.

**Objetivos:** Evaluar si el bruxismo infantil pudiera ser un trastorno psicossomático relacionado con la ansiedad general y la sensibilidad a la ansiedad. Valorar si existe relación entre el bruxismo y la presencia de otros hábitos parafuncionales.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio observacional analítico, con un diseño de "caso-control". La muestra fue constituida por 40 pacientes, 20 casos (bruxistas) y 20 controles (no bruxistas) de entre 6 y 12 años que acudían para su atención a las clínicas de la Universidad Católica de Valencia. El diagnóstico del bruxismo se realizó siguiendo los criterios de la Academia Americana de Medicina del Sueño (AASM). La recogida de datos se realizó a partir de la exploración clínica de los pacientes por parte del odontólogo (registrando el desgaste dental y los hábitos), los cuestionarios a cumplimentar por los padres y por los niños -Escala Multidimensional de Ansiedad para Niños (MASC) e Índice de Sensibilidad a la Ansiedad en Niños (CASI).

**Resultados:** Se encontró una relación estadísticamente significativa entre el bruxismo y la presencia de diversos hábitos parafuncionales como la succión labial, la onicofagia, la lengua dentada y el hábito de chupar o morder objetos. En cuanto a la sensibilidad a la ansiedad, descrita como el miedo a los síntomas de ansiedad, se observaron niveles significativamente mayores en el grupo de niños bruxistas ( $p = 0.038$ ). No se encontraron diferencias significativas en ambos grupos para la ansiedad de peligro ( $p > 0.05$ ), pero sí para la ansiedad de separación ( $p = 0.007$ ), siendo los niveles significativamente mayores en bruxistas. Los niveles de ansiedad de somatización y ansiedad social, fueron superiores en el grupo de los bruxistas, pero sin diferencias estadísticamente significativas ( $p > 0.05$ ).

**Conclusiones:**

- Entre los predictores psicológicos estudiados, la sensibilidad a la ansiedad podría ser un factor predisponente para el desarrollo del bruxismo.
- La relación observada entre el bruxismo y la presencia de otros hábitos orales de manera conjunta, refleja la necesidad de prestar atención a la ansiedad y al estrés infantil.

## 5. MALTRATO INFANTIL: DETECCIÓN Y ACTUACIÓN DESDE EL GABINETE DENTAL

**Bernal Castell M., Coello Suances J., Ribas Pérez D., Castaño Seiquer A.**

*Universidad de Sevilla. Sevilla*

**Introducción:** El maltrato infantil según la OMS puede definirse como toda forma de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, abandono o trato negligente, explotación comercial o de otro tipo, de la que resulte un daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño. La incidencia de casos de maltrato infantil es muy difícil de precisar pero se considera que los casos denunciados son solo el 10% de los reales. Estudios internacionales enfatizan el papel del odontólogo en la detección del maltrato, puesto que el traumatismo orofacial está presente en el 50-75% de los casos de abuso infantil.

**Objetivo:** Revisión bibliográfica sobre los signos y síntomas orales y craneofaciales del niño que ha sufrido abuso físico, sexual y/o negligencia de los cuidados. Así como el papel del odontólogo en la detección y comunicación a las autoridades de los casos de maltrato infantil.

**Materiales y métodos:** Búsqueda de artículos en la base de datos electrónica Medline hasta la fecha 31 de enero de 2017. Revisión de los protocolos de actuación del estado español y Registro Unificado de Maltrato Infantil (RUMI).

**Resultados:** El niño puede ser maltratado a diferentes niveles: abuso físico, que en la mayoría de los casos provoca heridas cutáneas y/o lesiones en cabeza, cara y cuello. En el abuso sexual, el niño puede presentar lesiones a nivel oral y perioral por el contacto orogenital. La falta de cuidados, incluyendo la negligencia odontológica, entendiéndose esta como la falta de salud bucodental del niño que provocará alteraciones en la nutrición y desarrollo. También el abuso emocional desencadenará patología psicossocial en el niño. La notificación debe hacerse ante la sospecha de cualquier situación de maltrato, no siendo necesaria la certeza. Ha de informarse de los indicadores de desprotección y/o de delito a las entidades competentes, mediante distintos instrumentos: Hoja de Detección y Notificación del Maltrato Infantil o Parte al Juzgado de Guardia de Comunicación de Asistencia Sanitaria por Lesiones.

**Conclusiones:** El odontólogo debe ser consciente de la existencia creciente del problema y de su posibilidad real de diagnóstico y notificación en el gabinete dental. Es necesaria mayor formación en los odontólogos para saber actuar ante estas situaciones.

## 6. PROTOCOLO DE REVASCULARIZACIÓN EN DENTICIÓN PERMANENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

**Blázquez Molina P., Zorita García M., Granja Pacheco B., Roldán Calderón M., Riobos González M.**

*Universidad Alfonso X El Sabio. Madrid*

**Introducción:** La revascularización es un procedimiento actual para dientes necróticos con ápice inmaduro, descrito como terapéutica endodóntica, la cual supone una opción de manejo clínico más conservador, donde por medio de la inducción de las células madre de la papila dental periapicales

se crea un sangrado dentro del conducto radicular, el cual se convierte en un coágulo estable que después del tiempo permite la continuación de la maduración fisiológica radicular, a la vez que el engrosamiento de las paredes del conducto.

*Caso clínico:* Paciente de 6 años de edad que acude por presencia de un absceso a nivel apical del diente 2.1. El paciente refiere traumatismo en ese diente tiempo atrás. Las pruebas de vitalidad térmicas son negativas. Al examen radiográfico presenta un área radiolúcida a nivel apical. Se decide realizar tratamiento de revascularización del 2.1., mediante la estimulación de un coágulo a partir de los tejidos periapicales, previa desinfección del conducto con hipoclorito sódico y EDTA alternado; se coloca una pasta bi-antibiótica de ciprofloxacino con metronidazol durante 15 días, para finalmente la colocación de MTA en el tercio coronal y su restauración definitiva posterior.

*Comentarios:* Los primeros autores en aplicar esta técnica fueron Iwaya SI en 2001, y Branchs F. y Trops M. en 2004. Se han revisado trabajos en los que se irriga el conducto con CHX (clorhexidina), aunque se ha visto que puede ser perjudicial para las células madre. La técnica sigue realizándose siguiendo el mismo protocolo descrito en 2001.

*Discusión:* En los últimos estudios publicados, se ha pasado de utilizar como material de relleno entre fases el hidróxido de calcio y la pasta tri-antibiótica, a utilizar una mezcla bi-antibiótica, aunque no se ha demostrado su efectividad frente al hidróxido de calcio, el cual se vuelve a utilizar como material intermedio entre fases de tratamiento. Con esta técnica de revascularización se intenta conseguir devolver al diente su función fisiológica para que se produzca un completo desarrollo radicular.

## 7. ¿EXISTEN INDICADORES FIABLES EN LA INFANCIA PREDICTIVOS DE MALOCLUSIÓN?

**Cabezuelo Escribano M., Jordá Fiol M., Gatón Hernández P., Ruiz de Castañeda E., Delgado Baena P.**  
*Mit Dental. Barcelona*

*Introducción:* Muchos autores coinciden en que debemos actuar de forma precoz cuando se detectan ciertas maloclusiones a edades tempranas. Por ello, es imprescindible conocer e identificar cuáles son los factores determinantes en la aparición de una maloclusión para así saber cómo y cuándo actuar para disminuir, e incluso evitar, el riesgo de un tratamiento más agresivo en la edad adulta.

*Objetivos:* Establecer parámetros predictivos de posible maloclusión detectados en edades tempranas.

*Material y método:* Se ha realizado una revisión bibliográfica (Medline, Cochrane, PubMed) de artículos publicados los últimos diez años sobre el diagnóstico y tratamiento precoz de las alteraciones del desarrollo craneofacial. Se han incluido revisiones sistemáticas, metaanálisis y estudios clínicos randomizados. Se han excluido publicaciones de casos clínicos y artículos de opinión.

*Resultados:* Parámetros valorados:

- Función neuromuscular:
  - Respiración.
  - Hipotonicidad labial.
  - Problemas otorrinolaringológicos: desviación de tabique nasal, amígdalas y vegetaciones hipertróficas.
  - Deglución atípica.
  - Posición lingual adelantada en reposo.
- Plano vertical. Patrón de crecimiento. Valores cefalométricos.
  - Ángulo mandibular.
  - Eje facial.
- Plano sagital. Clase esquelética.
  - ANB.
  - Convexidad facial.
- Plano transversal.
- Ángulos de los incisivos superior e inferior respecto a sus bases óseas.
- Perfil de tejidos blandos.

*Conclusiones:*

- Una función anormal puede producir o agravar las maloclusiones.
- Un patrón de crecimiento vertical puede ocasionar una mordida abierta así como un tercio facial inferior aumentado.
- Plano sagital. Clase esquelética:
  - Clase II: en edades tempranas, a no ser que haya riesgo de traumatismo, se puede esperar a corregir antes del pico de crecimiento puberal.
  - Clase III: la mayoría de autores coinciden en que deben tratarse cuanto antes, sobre todo si van acompañadas de compresión maxilar que ocasione desviación funcional mandibular.
- Plano transversal. Una forma no ovalada o poca coordinación entre ambas arcadas puede ser indicativo de la necesidad de tratamiento precoz.
- Los incisivos pueden indicar si existe compensación de la maloclusión o si debemos descompensar para poder tratarla.
- Si empeora el perfil con el tratamiento indicado, se debe plantear otra solución.
- La consideración de los parámetros anteriores pretende ser una guía rápida para que el clínico detecte el problema cuanto antes y, sea el momento o no de tratar, se lleve un control del niño durante su crecimiento.

## 8. AMELOGÉNESIS IMPERFECTA: UN TRASTORNO ESTRUCTURAL, FUNCIONAL Y ESTÉTICO

**Couto C., Silva D., Monteiro C., Seabra M., Figueredo A.**  
*Universidade Católica Portuguesa. Lisboa*

*Introducción:* La amelogenénesis imperfecta (AI) es un trastorno estructural del esmalte, de carácter genético, en lo cual

el esmalte presenta una formación anormal durante el desarrollo dentario. Esta enfermedad es más común en niños y se puede manifestar de distintas formas, así que el diagnóstico precoz es de suma importancia para evitar problemas en el futuro. Mediante la presentación de un caso clínico advertir para los síntomas de esta patología.

**Caso clínico:** Paciente femenino, 10 años, sin ningún problema sistémico, remitida a una consulta de odontopediatría después del uso de férula oclusal para el control de hábitos parafuncionales. Se le diagnosticó amelogenénesis imperfecta, así que, además de la sensibilidad dentaria, la mayor preocupación era la apariencia estética de las piezas dentales, en particular en la sonrisa. Después de completarse la historia clínica, la madre de la niña cuenta la historia de un familiar cercano con una salud dental similar, pero sin certezas. Durante el examen de la cavidad oral, la apariencia de las superficies dentarias era similar: dientes de color blanco opaco, con pigmentación amarillo-marrón. El nivel de higiene oral, basado en el índice de placa y sangrado, era satisfactorio. Se verificó además, la presencia de diastemas interincisivos (11, 21, 12, 22), bien como, pigmentación negra en las superficies palatinas de los dientes mencionados. La pérdida de dimensión vertical era evidente, porque todos los primeros molares, superiores e inferiores, se presentaban con gran desgaste del esmalte en las coronas así que, se procedió a su restauración con composite, mediante la utilización de coronas de acetato. El tratamiento se inició en los primeros molares superiores, para corregir la pérdida de dimensión vertical mencionada. Posteriormente, se procedió a la reconstrucción estética de los incisivos centrales y laterales.

**Discusión:** El estudio y conocimiento de los trastornos dentarios son de suma importancia, ya que su detección precoz puede cambiar significativamente el pronóstico de los dientes afectados. En verdad, es la función del dentista general identificar cualquier desviación de la normalidad y evaluar las posibles consecuencias, y remitir el niño lo antes posible a la consulta de odontopediatría para que el médico responsable pueda intervenir y actuar como miembro de un equipo multidisciplinar.

## 9. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CARIES DENTAL EN LA POBLACIÓN ESCOLAR DEL ESTADO MEXICANO DE TABASCO MEDIANTE CRITERIO ICDAS

**Del Campo Rodríguez Á., Montiel Company J., Pascual Moscardó A., Almerich Silla J.**

*Universitat de Valencia. Valencia*

**Objetivo:** Valorar el estado de salud oral de la población escolar del Estado de Tabasco, México, determinando los índices de caries dental y la prevalencia en escolares de 6, 12 y 15 años, mediante el criterio ICDAS.

**Material y método:** Encuesta epidemiológica, de corte transversal descriptiva y observacional en escolares de 6, 12

y 15 años, de centros de educación Primaria (25) y Secundaria (29) de los 17 municipios del Estado de Tabasco. El número total de escolares explorados fueron 1.500, (500 por grupo etario) de los cuales 762 (50,9%) eran del sexo masculino y 738 (49,1%) femenino. Las exploraciones del estudio se llevaron a cabo con un único examinador estandarizado con el criterio ICDAS (Kappa 0,91) y el trabajo de campo se realizó entre octubre de 2011 y mayo de 2012.

**Resultados:** En la cohorte de 6 años el índice cod (ICDAS 1-6) fue de 3,52 y el cod (ICDAS 4-6) de 1,87, por otra parte en la cohorte de 12 y 15 obtuvimos con el índice CAOD (ICDAS 1-6) de 3,27 y 5,39, mientras que con el mismo índice con (ICDAS 4-6) obtenemos un 0,83 y 1,78 respectivamente. En cuanto a la prevalencia de caries, que incluye todas las lesiones detectadas bajo el criterio ICDAS, en los niños de 6 años se sitúa en un 70,4%. En los escolares de 12 años, este porcentaje es muy similar alcanzando un 71,8%, y a los 15 años se obtiene la prevalencia más alta con un 84,8%. La equivalencia entre los criterios diagnósticos de caries OMS e ICDAS se encuentra a partir del grado 5, es decir cuando solamente se considera caries severa (grados 5 y 6 de ICDAS).

**Conclusiones:** Un bajo nivel socioeconómico se relaciona con un mayor índice de lesiones cariosas. Se observa una tendencia lineal entre la prevalencia de caries y la clase social, ya que esta aumenta a medida que la clase social disminuye. La tendencia epidemiológica de la caries en el Estado de Tabasco en el periodo comprendido entre 2001 y 2011 es descendente. Un bajo nivel socioeconómico se relaciona con una mayor presencia de lesiones cariosas. El criterio diagnóstico ICDAS nos da información relevante sobre la presencia de caries en sus primeros estadios, y podría dar un nuevo enfoque de los programas de salud hacia la detección y tratamiento temprano de estas lesiones.

## 10. SÍNDROME CLAPO. ¿QUÉ PODEMOS ESPERAR EN EL ÁREA ORAL EN EL PACIENTE INFANTIL? A PROPÓSITO DE UNA SERIE DE CASOS

**Del Piñal Luna I.<sup>1</sup>, Muñoz Caro J.<sup>2</sup>, Vivero Couto L.<sup>1</sup>, López Jiménez A.<sup>1</sup>, Planells del Pozo P.<sup>1</sup>**

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

<sup>2</sup>Hospital Universitario La Paz. Madrid

**Introducción:** El síndrome CLAPO es un síndrome caracterizado por una malformación capilar del labio inferior, malformación linfática de cara y/o cuello, asimetría y sobrecrecimiento parcial o generalizado.

Los síndromes de sobrecrecimiento consisten en un trastorno genético en los que aparece un aumento anormal del tamaño del cuerpo o de una parte del cuerpo, que en ocasiones se aprecia en el momento del nacimiento. Dentro de estos podemos encontrar el síndrome de Sotos, el síndrome de Beckwith-Wiedemann, síndrome de Weaver y síndrome de Proteus. La lesión más característica de este síndrome es la malformación capilar presente en el labio inferior que se

localiza a nivel de la línea media. Se trata de una lesión simétrica que suele continuarse con la mucosa.

**Objetivos:** a) Conocer las características generales del síndrome; b) investigar las posibles repercusiones del síndrome de CLAPO nivel oral en pacientes infantiles; y c) investigar los efectos del tratamiento de CLAPO en el paciente infantil.

**Material y método:** Búsqueda bibliográfica en relación con síndrome CLAPO en bases de datos como PUBMED, MEDLINE y DIALNET. Palabras clave: “Clapo syndrome”, “venous malformations”, “glosectomia”, “linfangioma”. “sobrecrecimiento”

**Resultados:** La revisión de la literatura nos ha permitido realizar un estudio pormenorizado de la entidad, respondiendo a los objetivos marcados. EL síndrome CLAPO fue descrito por López-Gutiérrez y Lapunzina en 2008 con seis pacientes no emparentados. Entre ellos había cinco niños y un adulto. Los pacientes no tenían retraso mental, del desarrollo o antecedentes familiares. No están descritas alteraciones dentarias en la literatura, pero en los casos descritos se observan una erupción temprana, mordida abierta causada por la macroglosia que presentan estos pacientes, respiración oral y pseudo clase III.

**Conclusiones:**

- Es de suma importancia realizar un diagnóstico y tratamiento precoz para tratar la macroglosia y las alteraciones estéticas y funcionales que esta conlleva.
- El odontopediatra debe conocer las posibles complicaciones derivadas tanto de tratamiento quirúrgico como del síndrome en sí y junto con el ortodoncista y cirujano maxilofacial formar un equipo multidisciplinar para realizar el protocolo de tratamiento idóneo para el paciente
- Actualmente no existe en la literatura descritas alteraciones orales, por lo que sería necesario realizar estudios con mayor tamaño muestral y más a largo plazo para conocer exactamente cuáles son.

## 11. MALOCLUSIONES TRANSVERSALES EN LA INFANCIA

**Delgado Baena M., Cabezuelo Escribano M., Jorda Fiol M., Gatón Hernández P., Ruiz de Castañeda E.**  
*Mit Dental. Barcelona*

**Introducción:** En la práctica diaria los odontopediatras nos encontramos con mucha frecuencia con problemas en la coordinación transversal de ambas arcadas. Además, estos problemas pueden estar asociados a la vez con alteraciones dentales o esqueléticas sagitales o verticales. El tratamiento de las alteraciones transversales debe ser precoz, pues existe una alta probabilidad de que una desviación funcional se convierta en una asimetría mandibular verdadera.

**Objetivos:** a) Diferenciar si el origen del problema transversal es dental, esquelético o mixto, así como descartar la existencia de compensaciones que cursan sin mordida cruzada; b) clarificar las distintas opciones de tratamiento para

cada criterio diagnóstico; y c) facilitar a los odontopediatras la visión necesaria para tratar a los pacientes a una edad temprana.

**Material y método:** A propósito de 5 casos clínicos de compresión esquelética y 5 casos clínicos de compresión dentoalveolar hemos realizado una revisión bibliográfica de artículos publicados en los últimos 5 años sobre el diagnóstico y tratamiento precoz de las maloclusiones transversales

**Resultados:** Según las conclusiones de la revisión bibliográfica:

- El método WALA, los resultados de las mediciones son fiables.
- Las maloclusiones transversales debidas a compresiones dentoalveolares se pueden corregir con una placa Hawley con tornillo de expansión o con quadhélix, entre otros; y los problemas esqueléticos con un disyuntor para conseguir la apertura de la sutura media palatina.

**Conclusiones:**

- Gracias a la exploración clínica y el análisis de modelos y fotografías se puede diagnosticar si la compresión es dental, esquelética o mixta.
- El WALA ridge es la referencia que nos permite conocer si existe o no compresión dentoalveolar.
- El tratamiento de una compresión dentoalveolar necesita de una aparatología de expansión y el tratamiento de una compresión esquelética una aparatología de disyunción que permita la apertura de la sutura palatina.
- Los odontopediatras cumplen un papel fundamental en el diagnóstico precoz y tratamiento de las maloclusiones transversales.

## 12. HIPERGENESIA ASOCIADA A FACTORES GENÉTICOS. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

**Díaz Álvarez M., Pipa Vallejo A., Gutiérrez Peña T., Olay García S., Escobedo Martínez M.**  
*Universidad de Oviedo. Oviedo*

**Introducción:** La hipergenesia, denominada también hiperodoncia, se define como la presencia de un número excesivo de dientes. Su prevalencia oscila entre el 0,5% al 3% de la población, siendo más frecuente en hombres que en mujeres (2:1). En relación a su localización el 45 a 67% de los casos, se sitúan en la región anterior del maxilar superior (mesiodens) seguidos de los paramolares (40%), posteriormente de los peridens (8 a 10%) y finalmente de los dientes de la región incisiva mandibular. La etiología es fundamentalmente genética, en relación con trastornos en la fase embrionaria de proliferación de la lámina dentaria. Esta anomalía suele afectar a un solo diente, aunque en ocasiones presentan afectación múltiple, formando parte de diferentes síndromes. Las complicaciones más frecuentes que producen son la malposición y maloclusión dental, así como de quistes foliculares y manifestaciones neurálgicas en caso de que los dientes no erupcionen. Se documenta el caso clínico y se ilustra el protocolo de

actuación de dos pacientes de la misma familia (hermanos) que presentan un mesiodens y un peridens.

*Caso clínico:* Dos pacientes una niña y un niño, de 8 y 16 años de edad respectivamente y sin antecedentes médicos relevantes, acuden a la clínica universitaria presentando un mesiodens (niña) erupcionado hacia palatino, provocándole una malposición dentaria de la región anterosuperior del maxilar. El varón presentaba dos peridens en periodo de formación en la región premolar mandibular con anatomía aparentemente normal a nivel radiográfico. A la niña se le realizó la exodoncia del mesiodens para evitar un agravamiento en su oclusión. Al niño se le exodonció el diente 4.5 para permitir la erupción del peridens por medio de un botón de tracción ortodóncica. El peridens de la hemimandíbula izquierda precisará de una exodoncia quirúrgica pendiente de realizar.

*Discusión:* Aunque el tratamiento de esta patología debe de ser individualizado, la exodoncia suele ser la forma más común de tratamiento de la hipergenesia en nuestro medio.

### 13. ESCLERODERMIA: UN CASO TÍPICO DE MORFEA LINEAL. SEGUIMIENTO A NUEVE AÑOS

Díez Mazo P.<sup>1</sup>, Muñoz Caro J.<sup>2</sup>, López Arrastía C.<sup>1</sup>, Gómez Clemente V.<sup>1</sup>, Planells del Pozo P.<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Hospital Universitario La Paz. Madrid

*Introducción:* La morfea lineal es un tipo de esclerodermia de tipo localizada. La esclerodermia es una enfermedad que pertenece al grupo de enfermedades consideradas como raras. Esta enfermedad afecta al tejido conectivo produciendo atrofia a nivel de la piel y de los tejidos adyacentes, procesos inflamatorios y alteraciones microvasculares. Dependiendo del grado y las zonas afectadas se clasifica en sistemática o localizada. La esclerodermia o morfea lineal se presenta como una lesión indurada, pigmentada y atrófica que puede estar presente en todo el cuerpo. Epidemiológicamente, es más común en niños que otros tipos de esclerodermia localizada, como en placas, más común en adultos. Por ello el odontopediatra debe de conocer que a nivel oral pueden manifestarse con atrofia y rigidez tanto en la piel, como en las mucosas, lengua y paladar. También suele producir una menor inserción de la encía y recesiones gingivales. El apiñamiento dentario y las alteraciones de maxilares como la microstomía y la limitación de la apertura bucal también son comunes en esta enfermedad.

*Objetivos:* Conocer las alteraciones orales que caracterizan a los pacientes pediátricos con morfea lineal, a través de una revisión bibliográfica y un caso clínico de seis años de seguimiento.

*Material y método:* Búsqueda bibliográfica relacionada con morfea lineal y alteraciones orales. Uso de base de datos electrónicas Medline, Dialnet, PubMed y catálogo cisne de la Universidad Complutense de Madrid.

*Resultados:* Se presenta el caso de un paciente varón de nueve años de edad con morfea lineal en observación desde

los tres años de edad. El paciente presenta lesiones características a nivel de la frente. Intraoralmente se valora la posibilidad de que algunas de las alteraciones dentales que presenta pueden estar relacionados con su enfermedad. El paciente presenta erupción tardía generalizada. La erupción tardía aún es más evidente a nivel del segundo cuadrante, justo por donde bajaría la línea de esclerodermia hasta el segundo cuadrante. Según la literatura evaluada, no se han encontrado casos en los que la erupción se haya visto alterada de ninguna manera.

*Conclusión:* La morfea lineal presenta alteraciones dentales y estructurales faciales óseas que pueden presentar problemas funcionales, además de estéticos al paciente infantil. El odontopediatra debe de realizar un seguimiento exhaustivo del recambio dentario y otras alteraciones dentales /orales. La erupción tardía tanto general como focalizada en nuestro paciente, podría ser causada por la formación de la esclerodermia lineal.

### 14. RELACIÓN ENTRE LA LACTANCIA MATERNA Y LA CARIES EN LA POBLACIÓN INFANTIL

Enrech Rivero J.<sup>1</sup>, Gracia Cemborain I.<sup>1</sup>, Martín Olivera E.<sup>1</sup>, Arenas González S.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital San Rafael. Madrid.

<sup>2</sup>Universidad Alfonso X El Sabio. Madrid

*Introducción:* La leche materna es el mejor alimento que una madre puede ofrecer a su hijo recién nacido. Las bases científicas que apoyan el amamantamiento son abrumadoras. Por otro lado, existe controversia acerca de la influencia de la lactancia materna en la aparición de caries precoz de la infancia (CPI), definida como la presencia de una o más lesiones cariosas (cavitadas, no cavitadas), dientes ausentes por caries u obturaciones en cualquier diente temporal en niños menores de 71 meses. En la actualidad, la caries dental se considera un grave problema de salud pública universal que afecta a niños en edad escolar.

*Objetivos:* *Objetivo principal:* realizar una revisión sistemática de la evidencia científica actual relacionada con la asociación entre la lactancia materna y el riesgo de aparición de CPI. *Objetivos secundarios:* averiguar si la CPI puede prevenirse, definir si hay un momento adecuado para el destete e investigar si tiene beneficios más allá de alimentar al neonato.

*Material y método:* Filtros establecidos para la inclusión de los artículos: publicaciones en los últimos años en revistas científicas médicas y odontológicas de alto impacto. Bases de datos consultadas: PubMed, Medline, Cochrane, Embase, Biblioteca Sapiens, Fistera.

*Resultados:* La mayoría de los autores argumentan que la CPI se asocia con la lactancia cuando el patrón de consumo tiene ciertas características, tales como la alimentación a demanda, gran cantidad de tomas al día, la lactancia materna prolongada y, sobre todo, lactancias frecuentes durante la noche, lo que resulta en la acumulación de leche en los dientes, que, combinado con la reducción del flujo salival y la falta de higiene oral, puede producir caries.

**Conclusiones:** El enfoque más eficaz para el control de la CPI es la prevención, que comienza por la orientación que dé el pediatra a los padres. La mejor alimentación para el neonato es la leche materna. No existe un momento indicado para el destete, por lo que la lactancia materna exclusiva debe alentarse hasta el sexto mes, pudiendo mantenerse hasta los dos años, complementándose con alimentos. Los niños amamantados durante los primeros 6 meses presentan un mejor desarrollo físico y emocional, buena ejercitación de los músculos orofaciales, buen desarrollo de los maxilares y la instauración de hábitos de deglución correctos. Al no haber evidencia entre la lactancia materna y el desarrollo de la CPI, son necesarios estudios que correlacionen la lactancia materna con el desarrollo de CPI antes de emitir cualquier declaración pública.

## 15. BISFENOL Y SUS EFECTOS EN ODONTOLOGÍA

**Escudero Góngora M., Gil Martínez L., Reyes Ortiz A., García-Navas Fernández de la Puebla M.L., Riobos González M.F.**

*Universidad Alfonso X El Sabio. Madrid*

**Introducción:** El bisfenol A (BPA) es el monómero más común utilizado como materia prima para la producción de diversos tipos plásticos, principalmente resinas epoxi y plásticos de policarbonato (durante más de 50 años). La exposición a BPA puede ocasionar cambios en el comportamiento, pubertad temprana, diabetes y obesidad, cáncer, daño prostático, disminución de la cantidad espermática, alteración cromosómica, daño cerebral, entre otros. Recientemente se ha establecido como medida cautelar la prohibición de la comercialización, y la sustitución en biberones para lactantes por policarbonato que no contengan BPA. El ubicuo compuesto parece actuar en el cuerpo humano de modo similar a los estrógenos femeninos, incluso a concentraciones muy bajas. Se cree que el BPA podría ser un (co)factor para los trastornos del desarrollo.

**Objetivo:** Evaluar la toxicidad del bisfenol A y su relación con el síndrome HIM (hipoplasia incisivo molar), según los estudios publicados, para dar a conocer a nivel odontopediátrico estas limitaciones.

**Material y método:** Se ha realizado una revisión bibliográfica de lo que hay publicado sobre el BPA y su posible afectación dental.

**Resultados:** En el campo de la Odontología el bisfenol se encuentra en selladores y composites. Se ha visto en diversos estudios que puede existir una relación con el síndrome HIM. Los pocos estudios científicos que existen sobre la toxicidad odontológica del BPA aseguran que las cantidades liberadas por las restauraciones con composite están dentro de los límites de seguridad a nivel toxicológico (0,05 mg/kg.). Aunque no es necesario llegar a los límites toxicológicos de ciertos agentes químicos para que produzcan alteraciones, sobre todo

en sistemas hormonales, ya que se ha demostrado que son biológicamente activos a bajísimos niveles de concentración. A nivel pediátrico, algunos componentes liberados por uso prolongado del chupete puede ejercer una influencia negativa sobre el desarrollo del esmalte dental. En los últimos años se ha establecido como medida cautelar la prohibición de la comercialización y la importación de biberones de policarbonato para lactantes que contengan BPA.

**Conclusiones:** Se ha visto que durante la polimerización, el desgaste o erosión del material utilizado en terapéutica dental, se desprenden sustancias al medio oral. Las sustancias liberadas por estos materiales pueden causar efectos en organismos vivos, tanto a nivel local como sistémico. La biocompatibilidad de los composites está directamente relacionada con la cantidad de conversiones de monómero a polímero. Por esto, actualmente se está utilizando UDMA (dimetacrilato de uretano) para sustituir BisGMA en composites.

## 16. AVULSIÓN DENTAL EN DENTICIÓN PERMANENTE JOVEN. NUEVOS ENFOQUES DE TRATAMIENTO

**Estévez Arroyo B., Guerrero Ortiz F., Pozo Canales E., Rivas Pérez D., Mendoza Mendoza A.**

*Universidad de Sevilla. Sevilla*

**Introducción:** La avulsión es una de las formas más severas de traumatismo dental caracterizada por el completo desplazamiento del diente fuera de su alveolo. Corresponde con un 0,7-3% de los traumatismos dentales, siendo el incisivo central maxilar el más afectado (45,05%). Como resultado de la avulsión, el tejido periodontal y el paquete vasculonervioso pierden su integridad. La reimplantación del diente en su alveolo es el tratamiento de elección. El pronóstico depende principalmente del tiempo transcurrido pretratamiento, medio de conservación, madurez del ápice y posibilidad de infección; siendo las principales complicaciones: Anquilosis, reabsorción radicular externa inflamatoria (RREI) y necrosis pulpar.

**Justificación:** A pesar de la disponibilidad de varias opciones de tratamiento, se estima que el diente avulsionado se pierda a los cuatro-seis años de seguimiento. Por ello, la intención de esta revisión bibliográfica es determinar nuevos protocolos que salden las posibles complicaciones mencionadas, y futura pérdida dental.

**Objetivos:** a) Principal: analizar la literatura más reciente para determinar nuevos abordajes terapéuticos de la avulsión dental; b) específico: evidenciar la viabilidad de los nuevos tratamientos.

**Material y método:** La literatura se seleccionó a través de una búsqueda en las bases de datos electrónicas de PubMed, Web of Science, Cochrane, con las siguientes palabras clave: *tooth avulsion, therapeutics, post traumatic, complications e immature replanted teeth*. La investigación se limitó a artículos publicados en inglés en revistas indexadas a JCR 2016.

Doce artículos son incluidos en esta revisión al cumplir los criterios de inclusión.

**Resultados:** Estudios en humanos mantienen la reimplantación como tratamiento de elección. En el diente inmaduro con pulpa necrótica, prevalece el tratamiento con apicoformación. Existe evidencia de que hasta 30 minutos de tiempo extraoral, la revascularización consigue cierre apical sin complicaciones, siendo clave para el pronóstico el control de la infección intraconducto. Estudios en animales muestran menor aparición de signos de anquilosis o RREI en el seguimiento, al aplicar láser de diodo o bifosfonatos (zolendronato y alendronato) en superficie radicular y/o lecho alveolar pre-implantación, después de un periodo extraoral seco de hasta 60 minutos.

**Conclusiones:**

- La revascularización es posible en dientes necróticos inmaduros avulsionados, tras un periodo extraoral corto y medio de conservación adecuado.
- En animales, la terapia con láser de diodo pre-reimplantación favorece la recuperación del ligamento periodontal. Sin embargo, ensombrece el pronóstico aplicado post-implantación al sobreestimar los osteoclastos. La aplicación de bifosfonatos reduce la aparición de RREI.
- Son necesarios más estudios.

## 17. EXACTITUD DIAGNÓSTICA DE LA CÁMARA DE INFRARROJO CERCANO DIAGNOCAM EN MOLARES TEMPORALES

**Fernández Fernández L., Bolaños V., Briones M.**  
*Universidad de Granada. Granada*

**Objetivo:** El objetivo de este estudio clínico es investigar la exactitud diagnóstica de la cámara de infrarrojo cercano Diagnocam en dentición temporal.

**Material y métodos:** Se incluyeron en este evaluación las primeras visitas realizadas en la asignatura de Clínica integrada infantil de la facultad de Odontología de la Universidad de Granada en el curso 2016-2017 de pacientes en dentición temporal y mixta con al menos un punto de contacto presente en dentición temporal. Se estudió una muestra de 67 pacientes de edades comprendidas entre 6 y 10 años. En total, 790 superficies proximales de molares temporales, entre las 1008 posibles se han incluido en el análisis. Un único operador realizó la exploración del paciente. Se tomaron fotografías intraorales de las arcadas dentarias para disponer de un sistema de verificación y doble determinación. Se realizó también, la exploración mediante Diagnocam y se tomaron dos radiografías de aleta de mordida. El estado clínico de las superficies proximales se registró según el sistema ICDAS II. Para el Diagnocam y las radiografías de aleta de mordida se utilizó el sistema de codificación de Ekstrand. En el sistema ICDAS II, el nivel 3 de la lesión equivale a la extensión de la caries a la dentina, es decir, D1 en el código Ekstrand.

**Resultados:** Se ha calculado la sensibilidad y especificidad de Diagnocam y de la exploración clínica para diferentes puntos de corte diagnóstico. Respecto a la presencia de caries dentinaria, código 3, la exactitud de Diagnocam ha sido 73,2 (69,3-77,0)% y la de la exploración clínica 69,0 (64,9-73,1)%.

**Conclusiones:** Este estudio podría indicar que la cámara de infrarrojo cercano podría reducir el uso de radiografías de aleta de mordida. Se necesitan más estudios en dentición temporal para evaluar la exactitud del mismo.

## 18. TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR DEL FRENILLO LINGUAL ALTERADO EN BEBÉS Y EN LA INFANCIA

**Ferrés Amat E., Pastor Vera T., Rodríguez Alessi P., Mareque Bueno J., Ferrés Padró E.**  
*Fundació Hospital de Nens de Barcelona. Barcelona*

**Introducción:** La anquiloglosia parcial se define como una limitación de las posibilidades de protrusión y elevación de la punta de la lengua debido a la brevedad del frenillo y/o músculos genioglosos. La limitación de la movilidad lingual en neonatos puede ocasionar problemas en la lactancia: dolor-grietas-mastitis en la madre, mal progreso de peso del neonato y duración excesivamente larga de las tomas. La limitación en la movilidad lingual durante la infancia y adolescencia puede ocasionar alteraciones en el crecimiento óseo de las estructuras orofaciales y/o en las funciones orales del niño.

**Objetivos:** Evaluar la efectividad de los tratamientos realizados a los pacientes con anquiloglosia en los diferentes grupos de edades. Estudiar la anquiloglosia asociada a trastornos de succión, alteraciones fonéticas, alteraciones del sistema estomatognático, disfunciones orofaciales y/o desequilibrios musculares.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo preliminar de la efectividad del circuito establecido en nuestro hospital para el tratamiento de la anquiloglosia en los bebés (0 a 6 meses) que acuden con problemas de lactancia materna y en los niños (6 meses a 14 años) que presentan alteraciones fonéticas y/o dentofaciales en un periodo de tiempo de un año.

**Resultados:** Se trataron 171 bebés con anquiloglosia asociada a problemas de lactancia: 111 niños y 60 niñas. Se establecieron 3 grupos según el tratamiento realizado: grupo 1 (n = 33) únicamente las sesiones de lactancia materna (SLM), grupo 2 (n = 50) terapia miofuncional (TMF) y asesoramiento en SLM, y grupo 3 (n = 88) intervención quirúrgica y siguieron TMF y asesoramiento de SLM. La anquiloglosia grado 3 de Coryllos es el más frecuente (59,6%). En el total de la muestra se observaron mejorías en los parámetros que valoran la efectividad y confort de la lactancia materna. Se trataron 101 pacientes con anquiloglosia en la infancia con alteraciones fonéticas, alteraciones de la deglución y/o alteraciones del



crecimiento del sistema estomatognático. Un total de 63 niños y 38 niñas. Se consiguió mejorar el grado de anquiloglosia en 29 (28,7%) de los pacientes (95%CI: 20,1%, 38,6%), alcanzándose, con la rehabilitación orofacial post-quirúrgica, la corrección en 97 (96%) de los pacientes (95%CI: 90,2%, 98,9%).

**Conclusiones:** El tratamiento multidisciplinar de la anquiloglosia recomienda realizar ejercicios de estimulación con terapia miofuncional y logopedia previos y posteriores a la cirugía para mejorar la tonicidad y motricidad de la musculatura lingual en el infante y estimular la succión en el bebé además de conseguir contrarrestar la retracción tisular cicatricial.

## 19. FRENILLO LINGUAL CORTO EN RECIÉN NACIDO: ANQUILOGLÓSIA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

**Fraguas de San José L.<sup>1</sup>, Salado Landete G.<sup>2</sup>, Blázquez Molina<sup>1</sup>, P.; Roldán Calderón<sup>3</sup>, L.; Reyes Ortiz, A.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Universidad Alfonso X El Sabio. Madrid. <sup>2</sup>Clínica Landete. Madrid. <sup>3</sup>Clínica Dental Roldán. Madrid

**Introducción:** La anquiloglosia es una anomalía congénita provocada por el desarrollo anormal de la lengua caracterizado por un frenillo lingual corto y rígido, provocando la limitación de movimientos de la lengua dificultando así el reflejo de succión y provocando así numerosas complicaciones tanto en los bebés como en las madres durante el amamantamiento. Provocando en la mayoría de los casos pérdida de peso en los bebés por las dificultades que tienen para agarrarse al pecho, dolor en el pecho de las madres llegando a casos de mastitis provocando el destete precoz.

**Objetivo:** Presentamos una revisión mediante el reporte de un caso enfocado en el diagnóstico y técnica quirúrgica de anquiloglosia en neonatos para así prevenir las alteraciones y problemas que de ella derivan.

**Material y método:** Exposición de un caso clínico de un bebé de 4 meses de edad diagnosticada mediante la herramienta de evaluación descriptiva de Hazelbarker basada en la apariencia y funcionalidad lingual. Realizando una cirugía menor mínimamente invasiva en el gabinete dental con bisturí y sonda acanalada.

**Resultados:** Tras el tratamiento mediante la intervención se observan mejoras y múltiples beneficios.

**Conclusiones:** Es responsabilidad de los odontopediatras realizar exploraciones intraorales en bebés desde su nacimiento, sobre todo durante los primeros seis meses de vida para una correcta y prematura identificación y tratamiento de cualquier posible patología bucal pediátrica. Como hemos podido observar la frenectomía lingual es un procedimiento efectivo y seguro que se puede realizar en consulta mediante una intervención mínimamente invasiva por la que se obtienen numerosos beneficios tanto para el bebé como para la madre.

## 20. LA REEDUCACIÓN DE LA POSICIÓN Y DE LA POSTURA DE LA LENGUA EN UNA CLASE II CON SOBREMORDIDA

**Frois J.<sup>1</sup>, Esperancinha C.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Universidad Internacional de Catalunya. Barcelona, España. <sup>2</sup>Faculdade de Medicina Dentária. Universidade de Lisboa. Lisboa, Portugal

**Introducción:** En odontología pediátrica es muy importante llevar a cabo un diagnóstico y plan de tratamiento para cada maloclusión, siendo esencial buscar su etiología. La mala posición y la postura de la lengua pueden ser uno de los factores etiológicos, afectando el desarrollo craneofacial del niño.

**Caso clínico:** Se mostrará un caso de un paciente de sexo masculino con 7 años de edad, que tiene una maloclusión clase II división 2, con sobremordida. Presenta importantes cambios miofuncionales, como un patrón de masticar vertical y cambios en la forma como se habla. Fue utilizado un dispositivo ortopédico funcional llamada SN2 - Simões Network - Tongue Manteiner. Se necesitó un cambio en la postura mandibular terapéutica en retro-rotación. El dispositivo libera los dientes inferiores posterolaterales, promoviendo el crecimiento vertical en la región posterior con el fin de corregir la sobremordida. El paciente utilizó diariamente el dispositivo durante aproximadamente 20 horas durante un periodo de 6 meses, solo ha quitado el aparato para comer, la higiene oral y el deporte.

**Comentarios:** Si la lengua está en una posición baja y proyectada, todas las estructuras del sistema estomatognático son alterados, lo que implica que el maxilar superior y la mandíbula no tendrán un desarrollo adecuado. Existen métodos diagnósticos cefalométricos que analizan la posición de la lengua, así como aparatología de ortopedia funcional para la terapia. Los dispositivos utilizados se hacen la reeducación de la posición y la postura de la lengua a una posición más alta, con la parte superior de la lengua sobre el paladar y la corrección de los bordes laterales. Este tipo de aparato de ortodoncia tiene la desventaja de depender de la cooperación del paciente a ser removible. Sin embargo, tiene muchas ventajas, proporciona comodidad, no causa dolor y permite una buena higiene oral.

**Discusión:** En solo 6 meses, muestra una mejora significativa en la sobremordida, el padrón de la masticación ya es hecho con más facilidad en los movimientos laterales-protrusivos. Es todavía una necesidad de periodo de tratamiento de 12 meses adicional con el fin de mejorar y estabilizar la corrección realizada. Ahora será enviado a la logopedia para la corrección de los cambios fonéticos, como ya existe en la forma de la mandíbula y condiciones posición de la lengua para la corrección de la forma como se habla.

## 21. FALLO DE ERUPCIÓN: DIAGNÓSTICO CORRECTO PARA UN TRATAMIENTO ADECUADO

**Fuentetaja I., Barbería E., Feijóo G., Velayos L., Villar C.**

Universidad Complutense de Madrid. Madrid

**Introducción:** El término fallo de erupción fue acuñado por Proffit y Vig en 1981 (1) para referirse a aquella condición en la cual un diente no anquilosado cesa en su erupción, total o parcialmente, debido a un mal funcionamiento de los mecanismos eruptivos, en pacientes sin ningún otro desorden, ni obstáculos físicos en las vías eruptivas.

**Caso clínico:** Paciente varón de 10 años sin antecedentes médicos de relevancia. En la exploración oral inicial se observa que se encuentra en dentición mixta primera fase con restauraciones en 5.5, 6.4 y 6.5 y presencia de patología infecciosa en 8.4, 7.4 y 7.5 para las cuales se planificaron obturaciones de composite. Destaca, además, la ausencia de erupción del diente 4.6. Ante dicho hallazgo se toma una radiografía periapical que confirma la existencia de este diente en una posición intraósea, sin hacer erupción a pesar de la ausencia de un obstáculo ni existencia de anquilosis. Tras realizar un diagnóstico diferencial con una anquilosis o una retención mecánica (supernumerarios, posición anómala del germen, falta de espacio, etc.), se decidió que era el momento adecuado para realizar el tratamiento. Entre las diferentes opciones existentes, la escogida fue la alveolotomía conductora.

**Comentarios:** Decidir el momento adecuado para realizar el tratamiento es para muchos autores primordial, y va a depender de la edad del paciente, la fase de la dentición en la que se encuentre, el nivel de desarrollo radicular del diente afectado, la severidad de la infraoclusión y el número de dientes afectados (2). En la literatura encontramos como opciones terapéuticas para casos similares la observación, durante un tiempo prudencial, esperando la erupción natural, soluciones protéticas, restauradoras y quirúrgicas (3).

**Discusión:** Un diagnóstico correcto temprano es fundamental para permitir el abandono de tratamientos innecesarios y/o contraproducentes, como los tratamientos ortodóncicos, para centrarse en las verdaderas soluciones como son las quirúrgicas y protéticas, ya que los fallos primarios de erupción se producen en un momento clave para la coordinación del crecimiento facial y la adquisición del soporte suficiente para una masticación funcional.

#### **Bibliografía:**

1. Proffit WR, Vig KWL. Primary failure of eruption: A possible cause of posterior open-bite. *Am J Orthod* 1981;80(2):173-90.
2. Lyczek J, Antoszevska J. Primary failure of tooth eruption- Etiology, diagnosis and treatment. *Dent Med Probl* 2013;50(3):349-54.
3. Lygidakis NA, Bafis S, Vidaki E. Case report: surgical luxation and elevation as treatment approach for secondary eruption failure of permanent molars. *Eur Arch Paediatr Dent* 2009;10(1):46-8.

## **22. SÍNDROME DE MASTICACIÓN UNILATERAL: LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ**

**García Magro L.<sup>1</sup>, Díez Cano I.<sup>2</sup>, Fernández Molina A.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Institución Universitaria Mississippi. Madrid.

<sup>2</sup>Hospital Universitario del Vinalopó. Elche, Alicante

**Introducción:** El síndrome de masticación unilateral se define como aquella situación, patológica, en la que el paciente mastica habitualmente por el mismo lado. Este patrón de masticación se presenta con alta frecuencia en la clínica dental. Sin embargo, en ocasiones, pasa desapercibido por parte del odontólogo, que centra la actividad en lo puramente dentario, dejando en un segundo plano la función masticatoria, pilar fundamental en el desarrollo de nuestro sistema estomatognático.

**Objetivo:** El objetivo de esta revisión sistemática de la literatura fue evaluar la etiología de la masticación unilateral, las características clínicas, así como sus repercusiones.

**Material y método:** La búsqueda fue llevada a cabo en bases de datos Medline y PubMed, de artículos publicados en los 10 últimos años. Las palabras utilizadas fueron “unilateral chewing”, “crossbite”, “mastication”, “chewing side preference”, “asymmetry”. También se recurrió a libros y artículos clásicos de oclusión.

**Resultados:** Los artículos seleccionados demuestran que la mayor causa de masticación unilateral se debe a contactos prematuros cuando el paciente cierra en relación céntrica, desviando la mandíbula para encontrar el máximo número de contactos dentarios. La causa principal de esta circunstancia radica en la falta de desarrollo transversal maxilar, causado principalmente por alteraciones respiratorias o factores de tipo alimenticios como una alimentación blanda. Se ha visto que una masticación unilateral mantenida desde la dentición temporal puede llegar a causar severas alteraciones como asimetrías óseas, escoliosis y alteraciones en el apoyo plantar, y en el adulto disfunción temporomandibular.

**Conclusiones:** Dado que los odontopediatras somos quienes tratamos al niño desde los primeros años de vida, debemos centrar nuestra atención en la detección de aquellas alteraciones en la masticación y actuar en consecuencia, a través de la prevención y de la mano de un equipo interdisciplinar para conseguir que el niño en crecimiento comience a desarrollarse en equilibrio y armónicamente.

## **23. ENFERMEDADES RARAS Y SUS REPERCUSIONES A NIVEL BUCODENTAL**

**Gil Martínez L., Fraguas de San José L., Escudero Góngora M., Chico Hernández L., Costa Ferrer F.**

*Universidad Alfonso X El Sabio. Madrid*

**Introducción:** Se define enfermedad rara como aquella que tiene poca incidencia en la población, concretamente cuando afecta a 5 de cada 10.000 habitantes. Se estima que en España existen más de 3 millones de personas con enfermedades raras o poco frecuentes. Dos de cada tres enfermedades aparecen en el inicio precoz de la vida. Muchas de estas enfermedades cursan con alteraciones a nivel bucodental y craneofacial.

**Objetivos:** a) Conocer las enfermedades raras que con mayor frecuencia cursan con el desarrollo de alteraciones bucodentales y craneofaciales; b) conocer y describir el papel

que juega la genética en el desarrollo de estas enfermedades desconocidas.

**Metodología:** Revisión bibliográfica sobre el tema en las principales bases de datos. Recogida de información en las páginas de FEDER (Federación Española de Enfermedades Raras) y Orphanet (portal de información de enfermedades raras y medicamentos huérfanos).

**Resultados:** Se muestra la importancia de los genes HOMEBOX en el desarrollo de enfermedades con repercusión bucodental y craneofacial. Se ha elaborado una tabla en la que se exponen las 10 enfermedades raras que con mayor frecuencia presentan alteraciones a nivel bucodental, y que son de utilidad para el odontopediatra y odontólogo general. Se presentan sus manifestaciones clínicas, alteraciones radiológicas y otras manifestaciones generales de interés odontológico.

**Conclusiones:** La atención de estos pacientes precisa de un equipo multidisciplinar en el que se le ofrezca una ayuda integral, tanto al paciente como a sus familias, que en muchas ocasiones se sienten “huérfanos”. La manifestación precoz de estas enfermedades y la afectación de estructuras bucales en edades tempranas hace que el papel del odontopediatra sea fundamental tanto en el campo de la investigación como en el de la terapia clínica.

## 24. SALUD ORAL EN NIÑOS AUTISTAS DEL HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU

**Gómez Agüero O.<sup>1</sup>, Cahuana A.<sup>2</sup>, Brunet L.<sup>2</sup>, González Y.<sup>2</sup>**  
<sup>1</sup>Universitat de Barcelona. Barcelona. <sup>2</sup>Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat, Barcelona

**Introducción:** El autismo es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por alteraciones del comportamiento social, de la comunicación y del lenguaje que generan actividades estereotipadas y repetitivas. Estos niños presentan un mayor grado de dificultad en el manejo de conducta con respecto a la población, siendo necesaria una atención más especializada e individualizada.

**Objetivo:** Determinar el estado de salud oral en un grupo de niños autistas e identificar las alteraciones bucales más frecuentes.

**Material y método:** Se efectuó un estudio transversal en una población con trastorno autista, que acudieron por primera vez al Hospital Sant Joan de Déu en el periodo 2016-2017. Se efectuó un cuestionario dirigido a padres y cuidadores sobre los hábitos de higiene oral y motivo de visita. Se registraron datos de edad, género y alteraciones orales: caries, gingivitis, bruxismo.

**Resultados:** La población estudiada fue de 19 pacientes, siendo de género masculino el 84%. La edad promedio en la primera visita fue 8,1 años (rango 5-11 años). El principal motivo de consulta fue la presencia de caries. En el 53% de pacientes, la higiene oral la realizaban los padres, como mínimo 1 vez al día. Entre las alteraciones orales se registró 84%

de caries, 42% de gingivitis y 47% de bruxismo. Ninguno presentó periodontitis.

**Conclusiones:**

- La muestra de estudio es pequeña.
- La primera visita odontológica fue a los 8,1 años, siendo esta visita no preventiva.
- La higiene oral fue deficiente, se observó mayoritariamente caries, gingivitis y bruxismo.

## 25. TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR DE DISPLASIA ECTODÉRMICA ANHIDRÓTICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

**Gutiérrez Peña T., Pipa Vallejo A., Díaz Álvarez M., Olay García S., Escobedo Martínez M.**  
 Universidad de Oviedo. Oviedo

**Introducción:** La displasia ectodérmica anhidrótica (DE) es una genodermatosis que se caracteriza por presentar alteraciones en las estructuras derivadas del ectodermo. La prevalencia varía entre 1:10.000 y 1:100.000 niños nacidos vivos y comúnmente, afecta a varones con una herencia recesiva ligada al cromosoma X, aunque existen otras formas con herencia autosómica. Estos pacientes presentan múltiples anomalías en el desarrollo oral como anodoncia o hipodoncia, dientes cónicos, hipoplásicos y subdesarrollo de las crestas alveolares, haciéndoles subsidiarios de un tratamiento dental a lo largo de toda su vida. El caso clínico presenta el tratamiento multidisciplinar para la rehabilitación de un paciente de corta edad con DE.

**Caso clínico:** Paciente de 7 años de edad con una DE que acudió a la Clínica Universitaria de Odontología, presentando anodoncia parcial de ambas series dentales, con caninos deciduos cónicos e incisivos centrales superiores definitivos hipoplásicos. Tras la toma de impresiones de estudio, se realizó una prótesis parcial removible (PPR) de base acrílica para la reposición de los dientes ausentes y la restauración con carillas de composite de los incisivos centrales superiores definitivos.

**Discusión:** Los pacientes de corta edad con DE necesitan un tratamiento multidisciplinar continuado adaptándose a sus necesidades. Las PPRs y el tratamiento conservador son una solución no invasiva y eficiente, para la rehabilitación de este tipo de pacientes.

## 26. LA IMPORTANCIA DEL ODONTOPEDIATRA EN LA CONDUCTA DEL PACIENTE INFANTIL

**Izquierdo Alabau A., Fernández Máfe M., Ruiz Hernández A., Barceló Llavador I., Sanchís Forés C.**  
 Universidad Católica de Valencia. Valencia

**Introducción:** Dada la repercusión que actualmente tiene para los profesionales de la odontología y la sociedad en

general, la prevención de los problemas de conducta ya desde edades tempranas, cabe destacar el papel del odontopediatra a la hora de tratar al niño desde su primera visita. La importancia de los tratamientos odontopediátricos realizados por un especialista, estriba en prevenir los problemas de conducta, realizar adecuadamente el plan de tratamiento requerido y saber determinar qué pacientes se pueden tratar con técnicas de manejo de conducta básicas y cuáles serán candidatos a recibir tratamiento bajo sedación consciente. Por ello se justifica una revisión bibliográfica, con el objetivo de conocer el papel relevante y primordial de los odontopediatras para el tratamiento odontológico en los niños.

**Objetivos:** Revisar y actualizar el conocimiento y formación de los especialistas que tratan odontológicamente a los niños en técnicas de manejo de conducta.

**Material y método:** Se realizó una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: PubMed, Ebsco, Scielo y Google Académico, utilizando las palabras clave “pediatric dentistry”, “anxiety management”, “behaviour management”, “dental anxiety” y “children”. Se seleccionaron los artículos publicados en los últimos 10 años, a texto completo, en inglés y/o español y que su contenido respondiera a los objetivos de la revisión. Como criterio de búsqueda se utilizaron las palabras clave pertinentes al título y objetivo, obteniendo un total de 240 artículos, de los que se seleccionaron 22.

**Resultados:** Nuvvula y cols. (2013) mostraron que el éxito de la práctica odontológica implica una combinación de habilidades, tanto prácticas como psicológicas. Guiar el comportamiento del niño en la consulta dental es esencial para lograr con éxito el plan de tratamiento (1). Gupta y cols. (2014) observaron que el uso de técnicas de manejo del comportamiento permite que el niño acepte el tratamiento dental (2). A su vez, Ayala (2013) recalca la importancia de evaluar y adaptar las técnicas y el manejo de emociones a través del abordaje psicológico, por medio de un conocimiento y entrenamiento de la evolución sociológica y emocional del niño (3).

**Conclusiones:**

- El odontopediatra, debe poseer y conocer una serie de habilidades prácticas y psicológicas que logren evitar o reducir la ansiedad.
- La formación en el manejo de las emociones del niño en la consulta odontopediátrica, fomenta en el paciente una actitud positiva hacia el ambiente odontológico.

## 27. SALUD ORAL Y PARÁMETROS ANTROPOMÉTRICOS EN EL NIÑO CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

Leiva García B.<sup>1</sup>, Molina López J.<sup>2</sup>, Valdepeñas J.<sup>1</sup>, Planells del Pozo E.<sup>2</sup>, Planells del Pozo P.<sup>1</sup>

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

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

**Introducción:** Los trastornos del espectro autista (TEA) se caracterizan por patrones de alimentación gobernados por

aversión a la comida/denegación o preferencias para ciertos tipos de alimentos, pudiendo presentar desnutrición, o por el contrario, exceder la ingesta. Ello conlleva a alteraciones bucodentales que complican aún más su alimentación.

**Objetivos:** Evaluar la salud oral y la prevalencia de bajo-peso, sobrepeso y obesidad en una población niños con TEA en comparación con un grupo de niños con desarrollo estandarizado.

**Material y métodos:** Se evaluaron 36 niños sanos con TEA de la Asociación de Autismo de Granada (n = 10) y del centro CEPRI de la CAM (n = 29), y 46 niños sanos con desarrollo típico procedentes del colegio Santo Ángel de Madrid, entre 6 y 15 años. Se registraron parámetros antropométricos por impedancia bioeléctrica multifrecuencia (TANITA), y se obtuvieron medidas de perímetro craneal, húmero y altura. Aprobado por el comité ético del centro y con consentimiento informado de los tutores para realizar el estudio. El examen intraoral se desarrolló siguiendo los criterios de la OMS. Un evaluador, previamente calibrado realizó la exploración oral previa desensibilización sistemática en los niños de la muestra.

**Resultados:** El 36% de los niños con TEA presentaron bajo peso, 11,1% sobrepeso, 2,8% de estos niños presentó obesidad frente a un 71,7% de niños de grupo control que presentaban bajo-peso y solo un 2,2% sin TEA que presentaron sobrepeso. La mayor prevalencia de enfermedades orales fue relacionada con factores de riesgo como higiene oral deficiente. Las distintas dietas así como los hábitos orales perjudiciales pueden provocar caries, en el grupo de estudio se observó un 47,2% de prevalencia de caries frente a un 26% de grupo control.

**Conclusiones:** Se observó una mayor prevalencia de caries en el grupo de niños con TEA y un porcentaje mayor de sobrepeso. Es importante un control y seguimiento de la situación nutricional y oral del niño con TEA, para prevenir alteraciones clínico-nutricionales y posibles enfermedades relacionadas con la deficiencia de nutrientes.

## 28. MICROFILTRACIÓN: SELLANTE DE RESINA CONVENCIONAL VS. IONÓMERO DE VIDRIO

Márquez Vargas T., Marín Sanz F., Traver Ferrando C., Sanchís Forés C.

Universidad Católica de Valencia. Valencia

**Introducción:** Se ha demostrado que los selladores son una forma efectiva y conservadora de prevenir la caries. Existen dos principales tipos de sellantes, los de resina convencional y los de ionómero de vidrio, diferenciándose entre sí por su mecanismo de polimerización y adhesión a la estructura dental. La efectividad de los selladores está directamente relacionada con la retención y el buen sellado marginal, que es variable y depende principalmente de factores relacionados con el material y de la técnica adecuada de aplicación. La integridad Marginal es un factor importante para el éxito del sellado, puede ser apreciada por la evaluación de la microfiltración. La microfiltración puede definirse como la entrada de bacterias

y fluidos orales en el espacio entre el diente y el material de restauración. La falta de sellado facilitará la microfiltración. Dada la frecuencia de uso de los sellantes en odontopediatría, se justifica una revisión bibliográfica con el fin de conocer los más adecuados y minimizar la microfiltración.

*Objetivos:* Se propone realizar una revisión sistemática de estudios realizados *in vitro*, para valorar si existe diferencias significativas en el grado de microfiltración de los sellantes de resina convencional y los de ionómero de vidrio.

*Metodología:* Se realizó una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: PubMed, Cochrane Library, EBSCO y DOAJ, utilizando las palabras clave: “sealants”, “resina”, “ionomer”, “prevention” y “filtration”. Se utilizaron los artículos de los últimos 10 años de publicación, a texto completo, en inglés y/o español.

*Resultados:* Los sellantes de resina convencional muestran una menor viscosidad y mayor penetración en el esmalte, dando lugar a unos mejores resultados respecto a la retención y menor microfiltración. Diversos estudios determinan que el sellado de ionómero de vidrio tiene una menor capacidad de retención. Se evidencia que los sellados de ionómero de vidrio muestran una mayor microfiltración, en comparación a los sellados de resina convencional. Sin embargo, otros estudios reportan que no existen diferencias significativas en la microfiltración, entre ambos materiales.

*Conclusiones:*

- La microfiltración está influenciada por varios factores: profundidad de los surcos, técnica utilizada, tipo de material, atrición y hábitos.
- La utilización de un protocolo adecuado y una técnica minuciosa de aplicación, reducirá la probabilidad de microfiltración.
- El sellado de resina convencional muestra mejores resultados respecto al grado de microfiltración, siendo el material de elección.
- Si bien el I.V. mostró mayor grado de microfiltración, estadísticamente no se observaron diferencias significativas.

## 29. ENFERMEDADES RARAS. PROPUESTA DE UN PROTOCOLO PREVENTIVO PARA PREVENIR LAS COMPLICACIONES ORALES DESDE EL NACIMIENTO EN EL PACIENTE CON EPIDERMÓLISIS

Montero Alonso C.<sup>1</sup>, de Lucas Laguna R.<sup>2</sup>, Beltri Orta P.<sup>1</sup>, Serrano Martínez M.C.<sup>1,2</sup>, Planells del Pozo P.<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Hospital Universitario La Paz. Madrid

*Introducción:* La epidermólisis bullosa es una enfermedad rara que se caracteriza por una marcada fragilidad en la piel y en las mucosas con la consecuente formación de lesiones ampollosas tras sufrir un traumatismo menor. Su clasificación

es muy amplia y sus formas más graves presentan alteraciones clínicas generales y odontológicas extensas, llegando a perjudicar seriamente la calidad de vida de estos pacientes. Las palabras clave fueron “Epidermolysis bullosa”, “clinical manifestations in Epidermolysis bullosa”, “oral manifestations in Epidermolysis bullosa”, “treatment protocols in child with Epidermolysis bullosa”.

*Objetivos:* Realizar de común acuerdo con los médicos especialistas del servicio de dermatología pediátrica, protocolos para prevenir las complicaciones a nivel oral desde el nacimiento.

*Material y métodos:* Tras el análisis de las pautas más actuales en el protocolo de actuación inmediata ante el nacimiento de un paciente afectado de epidermólisis, se crea de común acuerdo entre el Servicio de Dermatología Pediátrica del Hospital Universitario la Paz de Madrid y El Título Propio “Especialista en Atención Odontológica Integrada en el Niño con Necesidades Especiales” de la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid, un documento de consenso en aras a favorecer los cuidados necesarios a nivel oral desde el nacimiento de los niños con epidermólisis bullosa. El citado documento, se encuentra dentro de los puntos clave de actuación desde el nacimiento y constituye un punto de partida para minimizar las secuelas a nivel oral causantes del detrimento en la calidad de vida de estos niños.

*Resultados:* El Servicio de Dermatología Pediátrica del Hospital Universitario la Paz de Madrid, constituye el Centro de Referencia para la Enfermedad Rara de la Epidermólisis. En conjunción con los odontopediatras pertenecientes al Título Propio “Especialista en Atención Odontológica Integrada en el Niño con Necesidades Especiales” se crean protocolos de cuidados para las zonas perioral y mucosa intraoral de aplicación desde el nacimiento, y clasificados según el diagnóstico de cada entidad.

*Conclusiones:* El odontopediatra debe conocer las manifestaciones orales de los diferentes tipos de EB, desde la alteración del esmalte hasta las bridas cicatriciales, microstomía, anquilososis, obliteración del vestíbulo que condicionan la calidad de vida de estos niños. El papel del odontopediatra junto al dermatólogo, en el equipo multidisciplinar que atiende desde el nacimiento a estos niños, es fundamental para prevenir la génesis de lesiones orales desde el nacimiento.

## 30. DIAGNÓSTICO DE LA HIPERPLASIA GINGIVAL ASOCIADA A APARATOLOGÍA ORTODÓNICA FIJA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Murcia Herrero E., Hervás Giménez N., Albert Gascó L., Plasencia Alcina E., Sanchís Forés C.  
Universidad Católica de Valencia. Valencia

*Introducción:* La hiperplasia gingival es una de las enfermedades de los tejidos gingivales, caracterizada por la for-

mación de bolsas artificiales y el aumento del tamaño de las encías sin pérdida de inserción. Representa una condición común durante el tratamiento con aparatología ortodóncica fija debido a que los componentes de los aparatos crean nuevas zonas de retención, dificultando una correcta higiene bucal, contribuyendo a la acumulación de placa bacteriana e induciendo una inflamación gingival.

**Objetivos:** Valorar si el tratamiento ortodóncico fijo y sus variables influyen en el desarrollo de la hiperplasia gingival.

**Material y método:** Se trata de un estudio observacional, analítico, de casos y controles, de carácter longitudinal. Se seleccionaron un total de 70 pacientes, 30 chicos y 40 chicas entre 10 y 18 años. Se clasificaron según si eran o no portadores de ortodoncia formando dos grupos (casos y controles) En el grupo de casos, se registró: tipo de *brackets*, tipo de ligadura del arco y presencia o no de bandas en los primeros molares permanentes. Se evaluó el índice de placa utilizando el índice de Silness y Løe (1964), el índice gingival de Løe y Silness (1967), el índice de hiperplasia gingival (engrosamiento e invasión de los tejidos gingivales) utilizando el índice desarrollado por Zanatta y cols. (2012; 2013) y el exceso de resina alrededor de los *brackets* de los 6 dientes de Ramfjord 1.6, 2.1, 2.4, 3.6, 4.1 y 4.4.

**Resultados:** Los datos se analizaron mediante el programa informático SPSS. Se utilizaron las pruebas ANOVA y t de Student para estudiar las relaciones entre las variables y las pruebas Games-Howell y de Welch para estudiar el tipo de relación entre ellas. Según los resultados, el índice de hiperplasia gingival fue significativamente mayor en pacientes con ortodoncia fija. Además no se observaron diferencias estadísticamente significativas en el tipo de *bracket* utilizado. Por otro lado, el índice de hiperplasia gingival fue significativamente menor cuando no se presentaba exceso de resina alrededor del *bracket*.

**Conclusiones:** La hiperplasia se asocia de forma clara y significativa con la presencia de aparatología ortodóncica fija. Además la presencia de exceso de resina alrededor del *bracket* puede influir en el desarrollo de esta patología.

### 31. ESCALAS DE CONDUCTA EN ODONTOPEDIATRÍA

**Nazir M., Boj Quesada J., Hernández Juyol M., Espasa Suárez de Deza J.**

*Universitat de Barcelona. Barcelona*

**Introducción:** La ansiedad del paciente puede ser un problema tanto para el odontólogo como para el paciente en odontopediatría. Cada autor tiene su propia opinión sobre el manejo de conducta del niño. Para realizar un tratamiento exitoso, el manejo de conducta de un paciente pediátrico es fundamental. Se debe realizar una evaluación del grado de cooperación y comunicación del niño para planificar un buen tratamiento. El comportamiento normal del niño depende de su edad, personalidad y desarrollo físico y psicológico. Hay

una gran variedad de conductas entre los niños y cada una de ellas se traduce a un tipo de carácter en las circunstancias particulares. Existen diversas escalas de conducta en odontopediatría, que conciencian las posibles respuestas de un niño frente a los diferentes tratamientos dentales.

**Objetivo:** El objetivo de este estudio fue estudiar las escalas de conducta en odontopediatría y analizar la utilidad y validez de las mismas.

**Metodología:** Se realizó una revisión bibliográfica en la base de datos PubMed, en la biblioteca Cochrane, Google académico de revistas internacionales y nacionales, utilizando las palabras claves: “conduct scale”, “dental anxiety”, “Frankl scale”, “dental behaviour assessment”, así como búsquedas en libros.

**Resultados:** Existen diferentes sistemas que clasifican la conducta del niño en la consulta; así para valorar a cada paciente en cada momento y evaluar primero la colaboración del paciente en la primera visita y luego compararla con la cooperación de las visitas sucesivas. La clasificación de Wright, establece tres categorías de la conducta del niño; colaborador, incapaz de colaborar, y colaborador potencial. La escala de Rud y Kisling está basada en la actividad verbal, la tensión muscular y la expresión muscular. La escala de Venham se usa tanto para valorar la ansiedad como la conducta. La escala de Frankl divide la conducta en 4 categorías; definitivamente negativa, levemente negativa, levemente positiva, y definitivamente positiva. Otras escalas como la de Lampshire, y la de Wilson también están empleados en odontopediatría para evaluar la conducta del niño.

**Conclusiones:** Se puede concluir que la escala de Frankl sigue siendo la más usada para valorar el comportamiento infantil en odontopediatría, puesto que es la más eficaz, funcional, sencilla y tiene una buena fiabilidad. Mientras que las otras escalas de conducta no son de uso frecuente en la práctica diaria de odontopediatría, ya que no existen estudios recientes sobre las mismas.

### 32. GINGIVITIS ULCERONECROTIZANTE AGUDA EN EL PACIENTE INFANTIL. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

**Oprysnyk L., Yuste Bielsa S., Guinot Jimeno F., Cuadros Fernández C., Lorente Rodríguez A.**

*Universidad Internacional de Catalunya. Barcelona*

**Introducción:** La gingivitis ulceronecrotizante aguda (GUNA) es poco frecuente en el paciente infantil. La mayoría de los casos se presentan en adolescentes y adultos jóvenes especialmente entre los 15 y 30 años de edad. Se trata de una infección gingival oportunista aguda, causada por la placa dental bacteriana en pacientes debilitados, mal nutridos, inmunodeficientes y con otros factores de riesgo sistémicos, como alcoholismo y hábito de fumar. Se caracteriza por un cuadro clínico con un mal estado general, ulceración gingival acompañada de dolor intenso.

**Caso clínico:** Paciente de sexo femenino de 11 años de edad, sin antecedentes médicos de interés acude de urgencias a la Clínica Universitaria Odontológica de la UIC, refiriendo un dolor gingival difuso en la cavidad bucal, dificultando severamente la masticación. Tras la exploración clínica se observó gran inflamación y ulceración gingival en ambas arcadas, además de numerosas lesiones blanquecinas con un diámetro de 0,5 mm en el paladar. Se realiza limpieza gingival superficial, además de un tratamiento sistémico con metronidazol 250 mg durante 10 días junto con enjuagues con clorhexidina al 0,12% dos veces al día. En la revisión de los 15 días se realiza sondaje periodontal junto con la tartrectomía, encontrándose una mejoría del estado gingival y los síntomas de la paciente.

**Discusión:** No existe un protocolo de tratamiento de GUNA para el paciente infantil, por lo que debemos adaptarnos a la edad temprana de estos pacientes. En primer lugar descartar la existencia de factores sistémicos mediante una interconsulta. En segundo lugar valorar la necesidad de la terapia antibiótica junto al tratamiento local, sin olvidarnos de instrucciones de higiene a los padres. La importancia de un buen diagnóstico y una intervención temprana por parte del odontólogo es esencial para prevenir la temible evolución de la GUNA.

### 33. MATERIALES SUSTITUTOS DE DENTINA: ESTUDIO DE BIOCOMPATIBILIDAD Y MICROFILTRACIÓN

**Pérez Pardo A., Alcaina Lorente M., Guzmán Pina S., Cortés Lillo O.**

*Universidad de Murcia. Murcia*

**Introducción:** En odontología cada vez más es fundamental encontrar materiales que puedan reemplazar la dentina perdida una vez que se elimina la lesión de caries. Es por ello que surgen los sustitutos de dentina, tales como el SDR (Smart Dentin Replacement) o el Biodentine. Los agentes que se apliquen con este fin, tienen que ser biocompatibles y mantener una buena adhesión que evite la filtración marginal para lograr el éxito del tratamiento.

**Objetivos:** Evaluar y comparar varios materiales utilizados como reemplazo dentinario mediante un ensayo de biocompatibilidad y microfiltración.

**Material y método:** Se realizó un ensayo de toxicidad mediante cultivos celulares de la línea celular L929. Las células fueron expuestas a diluciones seriadas de extractos de Biodentine y SDR. Se seleccionaron 10 premolares permanentes extraídos por motivos ortodóncicos para el estudio de microfiltración. El manejo de las muestras se llevó a cabo dejándolas en agua durante 24 horas tras la obturación. Posteriormente se realizó una tinción mediante azul de metileno. Finalmente se realizó una sección longitudinal de las muestras y se valoró la microfiltración mediante la escala de Millers.

**Resultados:** Los resultados están en proceso de evaluación. Serán valorados mediante microscopio óptico y mediante un análisis estadístico.

**Conclusiones:** Para que una restauración tenga éxito a largo plazo, es fundamental que si se utilizan materiales que sustituyan la dentina, sean biocompatibles y presenten una buena adhesión que impida la filtración marginal.

### 34. ACTUALES TRATAMIENTOS DE LA REABSORCIÓN EXTERNA POR CONSECUENCIA DE UN TRAUMATISMO DENTAL

**Pozo Canales E., Guerrero Ortiz F., Estévez Arroyo B., Ribas Pérez D., Mendoza Mendoza A.**

*Universidad de Sevilla. Sevilla*

**Introducción:** La reabsorción radicular externa (RRE) representa una complicación grave que puede aparecer tras un traumatismo dental, siendo la reabsorción radicular externa sustitutiva (RRES) y la reabsorción radicular externa inflamatoria (RREI) las principales causas de pérdida de estos dientes (1,2). Se observa radiográficamente como un área radiolúcida progresiva de la raíz y el hueso adyacente (3), en el componente celular y molecular. Las citoquinas desempeñan un papel fundamental en la modulación de los procesos celulares involucrados en la resorción ósea, sugiriéndose además que participan en la reabsorción de los dientes (1), siendo esencial el diagnóstico precoz y la identificación de los factores etiológicos de la reabsorción para iniciar un tratamiento adecuado que ofrezca el mejor pronóstico posible (4-6).

**Justificación:** Debido a la gran evolución de la odontología actual, existen nuevos protocolos que se pretende instaurar para tratar la reabsorción externa post-traumática y la intención de esta revisión bibliográfica es obtener la información sobre estos nuevos protocolos para el tratamiento de dicha patología dental.

**Objetivos:** General: identificar nuevos tratamientos para la reabsorción externa. Específico: evidenciar la viabilidad de los nuevos tratamientos de la reabsorción externa.

**Metodología de la revisión:** La literatura se seleccionó a través de una búsqueda en las bases de datos electrónicas de PubMed, Web of Science, Cochrane, con las siguientes palabras clave: *external root resorption, post traumatic, dentition permanent, treatment*. La investigación se limitó a artículos publicados en inglés indexadas en JCR 2016. Seis artículos cumplieron los criterios de inclusión y se incluyeron en esta revisión.

**Resultados:** En la actualidad, el hidróxido de calcio intraconducto es el tratamiento de elección para detener la evolución de la reabsorción externa, con el posterior recambio intraconducto con MTA. En la presente revisión hemos constatado que existen tratamientos de casos reportados, los cuales han sido tratados mediante revascularización y presentan éxito en el tratamiento para detener la evolución de la reabsorción externa como consecuencia de un traumatismo dental.

**Conclusiones:**

- El tratamiento de la reabsorción inflamatoria externa radicular puede ser predecible, dependiendo de la etiología.
- La infección pulpar puede perpetuar el proceso de reabsorción, siendo el factor de estimulación más importante para la reabsorción radicular.
- La revascularización es un nuevo tratamiento para detener la reabsorción externa, pero necesitan mayor evidencia científica para poder considerarlo como la terapia ideal.

**35. PACIENTE ODONTOPEDIÁTRICO EDUCADO CON “PATRÓN PERMISIVO”**

**Reina Chiclana I., Hernández Juyol M., Espasa Suárez de Deza J., Boj Quesada J.**

*Universitat de Barcelona. Barcelona*

**Introducción:** El estilo educativo que los padres eligen para sus hijos se define como la forma de guiar su formación, de resolver sus conflictos o de tomar decisiones. Esto, unido al temperamento del niño, resulta en diferentes formas de comportamiento en la consulta odontológica. Los padres permisivos ejercen un escaso o inexistente control sobre sus hijos y los niños criados en este ambiente, no cumplen unas normas adecuadas de comportamiento, son poco persistentes, muy descontrolados y tienen muchas dificultades para autocontrolarse y asumir responsabilidades.

**Objetivos:** Esta revisión tiene como finalidad analizar, por un lado, el comportamiento y características del niño educado con patrón de conducta permisiva en la consulta odontopediátrica y, por otro lado, cómo debe actuar el odontopediatra mediante técnicas de guía de la conducta.

**Material y método:** La búsqueda bibliográfica se ha realizado a través de las bases de datos PubMed y Cochrane, así como la información indexada en las diferentes organizaciones profesionales, Academias de Pediatría y Odontopediatría. Los términos de búsqueda usados fueron “permissive parents”, “pediatric dentistry”, “children”, “behavior”, separados por operadores booleanos. Los artículos resultantes fueron sometidos a criterios de inclusión y exclusión, que comprenden aquellos publicados en los últimos cinco años y escritos en inglés o español. Tras ello, fueron revisados según el título y *abstract*, y finalmente analizados según el contenido e información de interés.

**Resultados:** En los últimos años, la mayor parte de los estudios publicados coinciden en que los odontopediatras tienen actualmente más problemas en el trato con pacientes con padres permisivos. Esto ha podido verse afectado por los cambios en la relación padres-hijos, que han obligado a modificar nuestra labor en muchos aspectos. El modelo de relación ideal de participación mutua, donde paciente, padres y odontólogo cooperan para conseguir un mismo objetivo no siempre se consigue.

**Conclusiones:** Existen muchos factores que influyen en esta relación, siendo el estilo de educación uno de los que más afecta. El estilo educacional permisivo surge de la necesidad de los padres de sobreproteger a los niños y se traduce en

evitar la angustia emocional durante la visita odontológica. Al disminuir las exigencias, el niño se ve con poder para decidir cuándo y cómo se debe realizar el tratamiento, observándose un comportamiento inadecuado en la consulta dental. Mediante los conocimientos más precisos de las técnicas de conducta existentes, estas pueden aplicarse de forma más sencilla y efectiva, adaptándolas al estilo personal de cada uno.

**36. MATERIALES DE ELECCIÓN EN PULPECTOMÍAS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

**Rodríguez Abuín I., Fernández Soria M., Serna Muñoz C., Ortiz Ruiz A., Pérez Silva A.**

*Universidad de Murcia. Murcia*

**Introducción:** El aumento de la incidencia de caries dental en dentición decidua en edades muy tempranas ha condicionado un incremento de las terapias pulpares. Necesitamos, por tanto, productos cada vez más seguros y duraderos dentro del canal radicular.

**Objetivos:** Realizar una revisión bibliográfica sobre los distintos materiales comercializados actualmente para el tratamiento de relleno en canales radiculares en dentición decidua.

**Metodología:** Se realizó una búsqueda bibliográfica de los artículos disponibles hasta septiembre 2016 en las bases de datos PubMed, Pharmaceutica News Index, Medline, Medes, The Cochrane Library, con las palabras clave: *pulpotomy*, *primary dentition*, *primary teeth*, *calcium hydroxide*, *zinc oxide eugenol* y *iodoform*.

**Resultados:** Se obtuvieron un total de 258 artículos. Se aplicaron los siguientes criterios de exclusión: *case report*, *reviews*, *pilot study*, *animal studies*, *not abstract available*, *not relevant*. De ellos, 123 artículos fueron descartados tras revisar el *abstract*, 89 artículos tras la valoración del título y 31 artículos tras la lectura. 15 artículos fueron considerados como de alta calidad para el estudio final. A todos ellos se les aplicó la escala de calidad de NewCastle Ottawa.

**Conclusiones:** El ZOE sigue siendo el material de control usado en los estudios sobre materiales de relleno de conductos radiculares en pulpectomías. Los estudios *in vitro* nos indican que el ZOE es el producto con mayores propiedades antibacterianas. Los estudios *in vivo*, sin embargo, presentan al Endoflas como el producto con mejores resultados clínicos y radiológicos. Se necesitan más estudios de calidad al respecto para encontrar materiales que cumplan con nuestras necesidades.

**37. ¿SABEMOS CLASIFICAR LAS ANOMALÍAS DENTARIAS DE UNIÓN?**

**Roldán Calderón M.<sup>1</sup>, Fraguas L.<sup>2</sup>, Gil Martínez L.<sup>2</sup>, Granja Pacheco B.<sup>2</sup>, Reyes Ortiz A.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>*Clínica Dental Roldán. Madrid.*

<sup>2</sup>*Universidad Alfonso X El Sabio. Madrid*



**Introducción:** Las anomalías dentarias de unión se clasifican, según Stewart y Prescott (1976), en fusión, geminación, coalescencia, concrescencia y anquilosis alveolodentaria. En la práctica diaria encontramos casos difíciles de diagnosticar según esta clasificación.

**Caso clínico:** Se presentan casos clínicos para cada anomalía de unión, y encontramos casos fuera de esta clasificación que deberían incluirse con otra denominación. El examen radiográfico, mediante ortopantomografía y CBCT, ayuda al diagnóstico correcto para poder elaborar el plan de tratamiento ante estas anomalías.

**Discusión:** Abanto y cols. (2012) afirman que las alteraciones en el desarrollo dentario pueden afectar a ambas denticiones, temporal y permanente. De ellas, la fusión y geminación, se van a caracterizar por la presencia de un diente mucho más ancho (J.R. Patel y cols., 1984). McDonald (1998) afirma que la fusión de dientes temporales, determina una agenesia de algún diente permanente, con su correspondiente problema estético en la arcada. Las opciones para el tratamiento de los dientes fusionados incluyen tratamiento endodóncico, quirúrgico e intervenciones periodontales. Otros autores optan por la extracción del diente, seguido de un tratamiento ortodóncico y de esta manera alcanzar una estética y oclusión ideal. El posible impacto que pueden tener sobre los niños las anomalías del desarrollo dentario, hacen necesario conocer tanto su etiología como realizar un buen diagnóstico. De esta forma se podrá aconsejar, tratar y evitar los problemas funcionales y estéticos, si bien su tratamiento puede ser un desafío para los odontopediatras.

### 38. TERAPIA MIOFUNCIONAL EN EL TRATAMIENTO BUCO-FACIAL DEL SÍNDROME DE BECKWITH-WIEDEMAN

Salado Landete G.<sup>1</sup>; Moreno González M.<sup>2</sup>; Hernández Amayas M.<sup>3</sup>; Riobos González M.<sup>3</sup>; Costa Ferrer F.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Clínica Landete. Madrid. <sup>2</sup>Clínica Dental Moreno Fluxá. Madrid. <sup>3</sup>Universidad Alfonso X El Sabio. Madrid

**Introducción:** Las consecuencias de los malos hábitos orales pueden ser motivo de consulta a diferentes profesionales de la salud, quienes establecen un diagnóstico y tratamiento de acuerdo a su especialidad, descuidando en muchas ocasiones el abordaje integral del problema. Un ejemplo es el síndrome de Beckwith-Wiedeman, alteración congénita caracterizada por macrosomía, defectos de la pared abdominal y macroglosia, trastorno en el que la lengua es más grande de lo habitual generalmente debido a un aumento en la cantidad de tejido y que causa anomalías dento-músculo-esqueléticas, originando problemas en la masticación, fonación y respiración, así como inestabilidad en los tratamientos ortodóncicos y quirúrgicos.

**Objetivos:** Encontrar justificación para el tratamiento pluri-profesional en relación al síndrome de Beckwith-Wiedeman poniendo en relación las alteraciones orofaciales con las

que cursa, su resolución médico-estomatológica y su rehabilitación miofuncional.

**Material y métodos:** Se revisan los trabajos publicados tanto relacionados con el síndrome de Beckwith-Wiedeman, terapéutica de la macroglosia y postoperatorio, así como artículos correspondientes a la terapia miofuncional para el tratamiento de hábitos.

**Resultados:** Normalmente el diagnóstico definitivo del síndrome se realiza una vez el niño ha nacido, si bien es cierto que actualmente es posible detectarlo en la etapa prenatal, lo que permitiría el asesoramiento correspondiente a los padres, la planificación del nacimiento, así como los cuidados neonatales y la resolución de las complicaciones. La terapia miofuncional abarcaría el conjunto de procedimientos y técnicas necesarias para la corrección del desequilibrio muscular orofacial, la creación de un nuevo comportamiento muscular normal, la reeducación de los hábitos nocivos y la mejoría de la estética del paciente.

**Conclusiones:** La intención es enfatizar que cuando los padres están lo suficientemente informados y cuando existe una adecuada interrelación entre los profesionales involucrados en la atención de estos pacientes, médico-cirujano, odontólogo-ortodoncista para corregir o descartar la maloclusión, y el logopeda para su reeducación miofuncional, los resultados son frecuentemente satisfactorios.

### 39. REHABILITACIÓN PROTÉSICA EN UN NIÑO CON DISPLASIA ECTODÉRMICA. CASO CLÍNICO

Saura P., Valverde García P., Pérez Silva A., Serna Muñoz C., Ortiz Ruiz A.

Universidad de Murcia. Murcia

**Introducción:** La displasia ectodérmica (DE) es un grupo heterogéneo de enfermedades hereditarias caracterizadas por un desarrollo anormal de tejidos de origen ectodérmico. La forma más común es la DE hipohidrótica unida al cromosoma X (DEH). La tríada característica de DEH es la oligo-/hipo-/anodoncia, hipotricosis e hipo-/anhidrosis. Entre las manifestaciones orales más frecuentes están los dientes conoides, ausencia de dientes, retraso en la erupción de los dientes permanentes, cresta alveolar fina y mucosa oral seca; afectando severamente a las funciones de masticación, deglución, habla, estética y relación social y, exigiendo por tanto, una rehabilitación protésica temprana.

**Caso clínico:** Niño de 3 años diagnosticado de DEH que en la exploración intraoral observamos los dientes 5.5, 6.5, 5.1 (conoide) y 6.1 (conoide); en mandíbula no hay presencia de ningún diente erupcionado. Se le realiza una ortopantomografía y se visualizan sin erupcionar el 1.6, 5.3, 6.3, 2.6, 7.3, 8.3 y un supernumerario en distal del 8.3. Se hacen las reconstrucciones de los conoides, 5.1 y 6.1, para darles forma natural, y se toman impresiones con alginato para realizar una prótesis parcial removible superior. Esperaremos la erupción de los caninos inferiores para poder rehabilitar la parte inferior.

*Discusión:* El diseño de la prótesis debe ser individualizado, para ello, hay que tener en cuenta el número, tamaño y forma de los dientes erupcionados, la estética facial, la dimensión vertical y el crecimiento y características de desarrollo de cada paciente. Podemos elegir entre prótesis parcial removible, prótesis completa, sobredentadura o prótesis retenida por implantes. Hay que tener en cuenta también una atención ortodóncica temprana para mejorar el proceso de crecimiento vertical, mantener las relaciones maxilo-mandibulares, proporcionar una base permanente para la rehabilitación protésica, beneficiar la función estomatognática y mejorar la apariencia facial y el perfil. En este caso decidimos realizar una placa Hawley con ganchos Adams en 5.5 y 6.5 para reponer todos los dientes ausentes en la arcada superior y con un tornillo triple para adaptarlo al crecimiento transversal y antero-posterior del maxilar.

*Conclusiones:* La prótesis elegida para este caso ha cumplido todas las expectativas desde el punto de vista funcional, estético y psicológico, del niño. Familiares y odontopediatras pensamos que la rehabilitación protésica debe ser temprana en niños que padecen esta enfermedad.

#### 40. SALUD ORAL EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTICIOS

**Spagnoli Santa Cruz R.<sup>1</sup>, Cahuana A.<sup>2</sup>, Brunet L.<sup>2</sup>; Serrano E.<sup>2</sup>**

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

*Introducción:* Los trastornos de la conducta alimentaria son un grupo de alteraciones psicopatológicas, caracterizadas por la relación entre el patrón de ingesta alimentaria, control del peso, distorsión de la imagen corporal y distintos perfiles de conducta con respecto a la dieta. En este grupo de patologías destacan, por su frecuencia, la anorexia y la bulimia nerviosa, ambas presentando un desequilibrio calórico que desencadenará trastornos locales y sistémicos. La descripción de alteraciones bucales relacionadas con trastornos alimenticios nos ha motivado a efectuar una revisión en un grupo de pacientes.

*Objetivo:* Describir el estado de salud oral en un grupo de pacientes con trastornos de conducta alimentaria.

*Material y método:* Se realizó un estudio transversal y consecutivo, durante el mes de enero y febrero del año 2017, en pacientes con trastorno alimentario visitados en el Hospital Sant Joan de Déu. Se efectuó una encuesta de higiene oral y un examen odontológico, en el que se registró: alteraciones dentales (caries y erosiones con grado de afectación), salud gingival, lesiones en los tejidos blandos, afectación de las glándulas salivales y medición del volumen salival y del pH.

*Resultados:* Se estudiaron 12 pacientes; fueron de género femenino 75%, con edad media de 14,6 años (rango 12- 16); el tiempo de evolución del trastorno de conducta alimentario fue menor a 6 meses. Los hábitos de higiene oral se presen-

taron instaurados de forma regular en el 92%. El índice CAO fue de 0,9 sin presencia de caries activas; no se observaron erosiones dentales, ni lesiones en tejidos blandos ni glándulas salivales. El volumen de saliva estimulada fue, en el 58%, menor de 0,7 ml/min (debajo del rango normal) y el pH en el 33% fue de 5.5, nivel de pH considerado crítico.

*Conclusiones:*

- Se trata de un estudio preliminar y aún la muestra estudiada es pequeña y el periodo de evaluación, tras el inicio de la enfermedad, ha sido corto.
- No se observaron alteraciones destacables en dientes, encías ni en tejidos blandos.
- La muestra estudiada presentó hábitos de higiene correctamente establecidos.

#### 41. RESPUESTA PULPAR A LOS BIOMATERIALES EN BASE A FOSFATOS CÁLCICOS EN ODONTOPEDIATRÍA

**Vargas Vargas M., Ribas Pérez D., Cabanillas Balsera D., Bayón Hernández G., Mendoza Mendoza A.**

Universidad de Sevilla. Sevilla

*Introducción:* Existen numerosas diferencias anatómicas e histológicas entre los dientes temporales y permanentes. Estas diferencias, como una menor distancia entre esmalte y pulpa, o un mayor porcentaje de material orgánico en dentición temporal, favorecen que las caries avancen con mayor velocidad, pudiendo afectarse el tejido pulpar con mayor facilidad. Los tratamientos pulpares en la población infanto-juvenil son muy frecuentes en la actualidad, y tienen como principal objetivo mantener la función de los dientes afectados hasta que se produzca la exfoliación natural de los dientes temporales, o el desarrollo radicular de los dientes permanentes jóvenes. Entre las diferentes terapias existentes, clasificadas en función del grado de afectación pulpar por la lesión cariosa, destacan: recubrimiento pulpar indirecto, recubrimiento pulpar directo, pulpotomía, pulpotomía parcial, pulpectomía, apicoformación y revascularización. Para realizar estos tratamientos se han usado diversos materiales a lo largo de los años. Se ha demostrado que algunos de ellos presentan propiedades dañinas para los tejidos vivos del diente, e incluso en grandes cantidades para el organismo en general, como el formocresol. Por este motivo en la actualidad se está estudiando el uso de nuevos materiales con características similares a los tejidos dentarios y con gran biocompatibilidad, de manera que no produzcan reacciones adversas en la pulpa. Entre estos materiales podemos encontrar el MTA y el Biodentine®.

*Objetivos:* Evaluar la respuesta pulpar tras la aplicación de distintos biomateriales en dientes temporales y permanentes jóvenes en base a una revisión bibliográfica.

*Material y método:* Se realiza la búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed y Scopus, empleando los siguientes términos: “dental pulp”, “MTA” y “Biodentine”. Se combinan entre sí de la siguiente manera: “dental pulp” AND (MTA OR Biodentine), y se obtienen un total de 451 artículos.

**Resultados:** Se filtran los artículos según año de publicación, eligiendo los estudios realizados en los últimos 5 años, según especie, los realizados en humanos, y por edad, los realizados en menores de 18 años. Una vez aplicados criterios SORT y los filtros manuales, quedan un total de 20 artículos de los que elegimos todos ellos para hacer nuestro análisis final.

**Conclusiones:** El MTA y el Biodentine® son materiales que presentan gran biocompatibilidad con los tejidos vivos del organismo. Ambos materiales se consideran adecuados para realizar tratamientos pulpares tanto en dentición temporal como permanente. Son necesarios más estudios bien diseñados que evalúen la efectividad de estos biomateriales a largo plazo.

## 42. DIENTES SUPERNUMERARIOS. MEDIDAS DE ACTUACIÓN

**Villar Luján C., Barbería Leache E., Feijóo García G., Fuentetaja Restrebada I., Velayos Galán L.**  
*Universidad Complutense de Madrid. Madrid*

**Introducción:** Los dientes supernumerarios son considerados como un aumento en el número de dientes, pueden ser definidos como una perturbación en la iniciación y proliferación de los estadios del desarrollo dental. Pueden ocurrir en dentición temporal, dentición permanente o en ambas, siendo más frecuentes en el maxilar. Se confirman radiográficamente mediante radiografía periapical, oclusal o panorámica, recomendándose complementar el diagnóstico con pruebas tomográficas (TAC o CBCT). En la mayoría de los casos se deben a eventos aislados, pero en ocasiones están asociados a síndromes o a herencia.

**Caso clínico:** Paciente de 3 años y 9 meses de edad con riesgo ASA I que acude por primera vez a la clínica por patología infecciosa. En la exploración clínica se observa un diente supernumerario a nivel del segundo cuadrante, a la exploración radiográfica se confirma este y se halla otro supernumerario intraóseo en esa misma zona, delimitando con los gérmenes del incisivo lateral, canino y el primer premolar. En un primer momento se trató patología infecciosa y se planificaron revisiones periódicas. La extracción de los supernumerarios se decidió postergar y realizar un seguimiento puesto que, en la dentición temporal, el supernumerario presente en boca no interfería en la funcionalidad y estética del paciente mientras que, en la dentición permanente, se encontraba intraóseo y se hallaba próximo a dos gérmenes en formación con menos de dos tercios de desarrollo radicular, por lo que se consideró que existía un elevado riesgo de alterar el desarrollo de estos si se realizaba el abordaje quirúrgico. A los 8 años y 9 meses de edad se decide planificar la extracción del supernumerario en dentición temporal, ya que comienza a interferir en la erupción del incisivo lateral, se solicita TAC y se deriva a cirugía para la extracción del supernumerario en dentición permanente. Posteriormente se realiza el control de la erupción de los dientes implicados en la zona.

**Discusión:** Los protocolos de tratamiento dependen del tamaño, la forma, el número de supernumerarios y el desarrollo dental del paciente. En la literatura diferentes autores recomiendan como opción terapéutica la extracción durante la dentición mixta, esperar hasta que los incisivos adyacentes tengan al menos dos tercios del desarrollo radicular ya que, presenta riesgo para los dientes en formación pero aún permite la erupción espontánea.

**Conclusiones:** El diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado a tiempo son importantes en la prevención y abordaje de las posibles complicaciones.

## 43. FACTORES SOCIOFAMILIARES Y SU RELACIÓN CON ANSIEDAD Y MIEDO DENTAL EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS

**Vivas Prado M., Ruiz Hernández A., Rojo Moreno J., Sanchís Forés C.**  
*Universidad Católica de Valencia. Valencia*

**Introducción:** En odontopediatría la ansiedad dental infantil y el miedo dental son a menudo la causa de problemas de comportamiento por parte del niño durante el tratamiento dental. Actualmente existe poca información sobre los efectos de la cultura, el entorno familiar del niño o el nivel socioeconómico, que junto con otros factores, puede ser una de las razones por las que existe una elevada variabilidad en la prevalencia de ansiedad dental. Estudios a nivel mundial indican que la prevalencia de la ansiedad dental y miedo dental varía del 3%-43% por lo que se justifica el presente estudio para conocer los diferentes factores que podrían contribuir en su aparición.

**Objetivos:** Determinar el nivel de miedo dental, ansiedad general y dental en niños y su relación con factores sociofamiliares del entorno del niño. Además de averiguar si existe relación entre ansiedad general, ansiedad dental y miedo dental.

**Material y métodos:** La muestra estaba formada por 40 niños con edades entre 6 y 12 años. Se registró su nivel de miedo dental, ansiedad dental y general mediante la Escala de Evaluación de Miedos dentales en Niños (CFSS-DS), la Escala de ansiedad dental (FIS) y la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños- Revisada (CMAS-R). También se obtuvo información sobre el entorno socio-familiar del niño a través de los datos de filiación preguntados a los padres. Los datos obtenidos fueron analizados en el programa estadístico SPSS 22. Se calcularon frecuencias y estadísticos descriptivos, pruebas inferenciales así como las pruebas t y ANOVA. Se emplearon coeficientes de correlación de Pearson y pruebas de Chi-cuadrado.

**Resultados:** El nivel de miedo dental, ansiedad dental y general fue bajo, 2,5% tanto para la ansiedad dental moderada como severa, el 10% de los niños presentaron miedo dental alto y el 7,5% ansiedad general elevada. Los resultados obtenidos mostraron diferencias significativas respecto al entorno

familiar. Los niños con padres nacidos en España, así como los niños con padres separados, divorciados o solteros presentaron mayor miedo dental y ansiedad general. Y se demostró una correlación significativa entre ansiedad general y miedo dental.

**Conclusiones:** Los niños con padres nacidos en España, así como los niños con padres separados, divorciados o solteros presentaron mayor miedo dental y ansiedad general. A mayor edad del padre, el nivel de miedo dental del niño fue mayor y a mayor nivel de estudios del padre, el nivel de ansiedad general también fue más elevado.

#### 44. ¿QUÉ SE PUBLICA EN ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA? UN ESTUDIO BIBLIOMÉTRICO DE LA PUBLICACIÓN CIENTÍFICA DE LA SEOP

**Vivero Couto L., del Piñal Luna I., Valdepeñas Morales J., Montero Alonso C., Planells del Pozo P.**  
*Universidad Complutense de Madrid. Madrid*

**Introducción:** Esta publicación fue creada con el objeto de ser la publicación científica de la Sociedad Española de Odontopediatría, y de la cual, se editan tres números anuales. La odontopediatría basada en la evidencia consiste en la aplicación clínica de la mejor evidencia científica disponible. *Odontología Pediátrica* es la principal revista de referencia sobre odontopediatría en el ámbito nacional.

**Objetivos:** El objetivo de este estudio es valorar la cantidad y la calidad de los artículos publicados en *Odontología Pediátrica* desde el año 2001, además de examinar las tendencias actuales en materia de investigación en España.

**Material y método:** Se ha realizado un estudio transversal bibliométrico de los artículos publicados en *Odontología Pediátrica*. Los criterios de inclusión son los artículos posteriores al 2001, mientras que los criterios de exclusión comprenden los resúmenes, las editoriales y las crónicas de congresos, así como las publicaciones que no se encontrasen disponibles en la página web de la SEOP. Una vez aplicados estos criterios, se han obtenido 152 artículos. Los datos acerca del lugar, tema y diseño de estudio se han recogido en una tabla de Excel para su posterior análisis.

**Resultados:** El año en que más artículos se han publicado ha sido en el 2002, con 18 publicaciones (12%). La mayor parte de los estudios realizados en España provienen de Cataluña (27%), mientras que un 14% de las publicaciones han sido remitidas por autores extranjeros. Los temas sobre los que más se ha publicado son la prevención (17%) y los pacientes con necesidades especiales (14%). En cuanto al diseño del estudio, destacan por su frecuencia las revisiones narrativas (32%), seguidas por los estudios transversales (20%). Por otra parte, los artículos basados en ensayos clínicos comprenden únicamente un 1% de todos los artículos. Desde el 2001, se aprecia un marcado aumento en las publicaciones acerca de prevención, en los casos clínicos y en los estudios enviados desde el extranjero, así como una disminución en los artículos sobre manejo de la conducta y ortodoncia y en las revisiones bibliográficas.

**Conclusiones:** *Odontología Pediátrica* ha ganado popularidad en los últimos años, sobre todo en el ámbito internacional, como se ve en el aumento de las publicaciones extranjeras. Sin embargo, las revisiones narrativas siguen siendo gran parte de las publicaciones. Se muestra la necesidad de más ensayos clínicos randomizados para aumentar la calidad de la evidencia científica disponible en esta publicación. Uno de los criterios de calidad de la publicación de la SEOP, lo constituye la edición bilingüe en inglés y español.

#### 45. PACIENTE ODONTOPEDIÁTRICO EDUCADO CON “PATRÓN DE CONDUCTA SIN INTERÉS”

**Fano Hernández E., Hernández Juyol M., Espasa Suárez de Deza J.E., Boj Quesada J.R.**  
*Universitat de Barcelona. Barcelona*

**Introducción:** Muchos de los pacientes que son atendidos en el consultorio dental llegan cuando la situación es crítica o algún dolor obliga a los padres a llevarlos para ser atendidos por el odontopediatra. Los factores que afectan al comportamiento, fundamentalmente, son dolor, condición psicológica, edad, desarrollo evolutivo, estado emocional y rasgos de personalidad.

**Objetivo:** Conocer las características y tipo de pacientes que llegan a consulta con actitud desinteresada, la cual nos invita a relacionar su comportamiento con el tipo de educación o atención que reciben en su casa. Esta situación que no es agradable para nosotros como odontopediatras, aunque no sea responsabilidad del paciente.

**Metodología:** Se realizó una búsqueda en Medline PubMed data base, con las palabras clave: “behavior”, “education”, “children management”. Los criterios de inclusión fueron artículos en español e inglés publicados en los últimos 10 años.

**Resultados:** Tanto en el consultorio como en los artículos encontrados, se observa que los niños educados con patrón de conducta sin interés tienen un comportamiento similar hacia el odontopediatra, tomando actitudes que dificultan el tratamiento. Asimismo, se ha observado que la mayoría de los padres de estos pacientes aprueban su comportamiento.

**Conclusiones:** Los niños educados con el patrón de conducta conocido como “sin interés” representan un reto para el odontopediatra que deberá conocer sus peculiaridades para poder aplicar las guías de conducta para cada situación.

#### 46. REPERCUSIONES MORFOFUNCIONALES DE LA EXPANSIÓN MAXILAR EN UN PACIENTE CON ATROFIA MUSCULAR ESPINAL

**García Mato E., Vidal Mariño P., Abeleira Pazos M., Ruiz Piñón M., Limeres Posse J.**  
*Universidad Santiago de Compostela. Santiago de Compostela, A Coruña*

**Introducción:** La expansión maxilar controlada está indicada fundamentalmente en las maloclusiones transversales y provoca cambios morfométricos significativos en las vías aéreas superiores.

**Objetivos:** El objetivo de este estudio es evaluar los cambios volumétricos de las vías aéreas y sus repercusiones clínicas, después de efectuar una expansión maxilar en un paciente conectado a un dispositivo de Presión Aérea Positiva Continua (en inglés, CPAP).

**Caso clínico:** Se trata de un varón de 10 años de edad con un diagnóstico de atrofia muscular espinal (AME) tipo II. El paciente necesita CPAP nocturna domiciliaria, con una Presión Positiva Inspiratoria en la Vía Aérea (en inglés, IPAP) de 12 cm H<sub>2</sub>O, una presión positiva expiratoria en la vía aérea (en inglés, EPAP) de 8 cm H<sub>2</sub>O y una frecuencia respiratoria (FR) de 18 rpm, con una saturación media de oxígeno del 95,9%. En los dos últimos años había tenido 13 episodios de infecciones de vías aéreas superiores y un total de 20 días de ingreso hospitalario. En la exploración oral destaca una limitación de la apertura bucal (19 mm), hábito de interposición labial y respiración oral. Presenta además alteraciones en la erupción dentaria con apiñamiento y compresión maxilar.

**Material y método:** Durante 6 semanas se prescribió un dispositivo de rehabilitación del movimiento mandibular (Therabite®), con el cual se consiguió una apertura bucal máxima de 29 mm. A continuación se tomaron impresiones para poder elaborar un aparato ortodóncico removible; se diseñó un disyuntor tipo McNamara que una vez insertado se activó a un ritmo de dos vueltas cada noche durante 1 mes, bloqueando entonces el mecanismo durante 3 meses, para colocar posteriormente un retenedor removible. Se efectuaron registros basales y finales tanto de imagen (Cone Beam Computed Tomography; CBCT) como polisomnográficos.

**Resultados:** El volumen de las vías aéreas superiores se incrementó tras la expansión maxilar un 18,6%. La IPAP se redujo a 10 cm H<sub>2</sub>O y la EPAP a 6 cm H<sub>2</sub>O, manteniendo una saturación media de oxígeno del 95,9%. En los dos años posteriores a la expansión maxilar el paciente tuvo 4 episodios de infecciones de vías aéreas superiores y un total de 10 días de ingreso hospitalario.

**Conclusiones:** Una expansión rápida del maxilar en niños con patología sistémica que conlleve compromiso respiratorio puede

en algunos casos proporcionar una mejoría funcional y clínica sustancial, aumentando el flujo aéreo y disminuyendo significativamente el número de infecciones de vías aéreas superiores.

#### **47. COMPLICACIONES EN LA AVULSIÓN DE UN DIENTE PERMANENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO**

**Sánchez Gea A., Huertas López M., Solano Mendoza P., Solano Mendoza B., Mendoza Mendoza A.**

*Universidad de Sevilla. Sevilla*

**Introducción:** La avulsión es una de las formas más graves y complicadas de lesiones dentales, en la que el total desplazamiento del diente de su cavidad alveolar afecta al hueso alveolar, tejidos gingivales, ligamento periodontal, pulpa y cemento. Tras su reimplantación, las complicaciones descritas en estos tipos de traumas pueden ocurrir a las semanas, meses o incluso años.

**Objetivo:** Demostrar a través de una revisión bibliográfica el tipo de complicaciones que pueden darse tras una avulsión con ilustración de un caso clínico.

**Caso clínico:** Paciente de 15 años operado de amígdalas en 2010 acude a la Facultad de Odontología de Sevilla en octubre de 2016. Durante la amigdalectomía se produjo una avulsión del 21 y una recolocación inmediata. Tras esto, no hubo ningún seguimiento clínico ni radiográfico. El diente se fue sumergiendo a lo largo de los años. Tras la exploración clínica y radiográfica se observan una serie de complicaciones.

**Comentarios:** Las complicaciones más comunes que pueden surgir son obliteración del canal pulpar, reabsorción radicular externa e interna, necrosis pulpar, reabsorción por reemplazo, anquilosis o quistes. En este caso, se presentan todas las complicaciones.

**Discusión:** Las complicaciones tras una avulsión son muy comunes. Después de este tipo de lesiones es muy importante el seguimiento clínico y radiográfico para evitar cualquier complicación, poder mantener la función estética y funcional del diente así como su permanencia en boca a largo plazo sin complicaciones.