1113-5181/11/19.1/32
ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA
Copyright © 2011 SEOP Y ARAN EDICIONES, S. A.
ODONTOL PEDIÁTR (Madrid)
Vol. 19. N.º 1, pp. 32-42, 2011

Comunicaciones Pósteres

CASOS CLÍNICOS

1. A PROPÓSITO DE UN CASO: DENTINOGÉNESIS IMPERFECTA TIPO II

Alonso Santander I, Delgado Castro N, Juárez Villar E, Martín Olivera E
Servicio de Odontoestomatología. Hospital San Rafael. Madrid

Introducción: La dentinogénesis imperfecta es una alteración en el periodo de histodiferenciación en la matriz predentinaria. Presenta un patrón hereditario autosómico dominante. Con una afectación de ambas denticiones, y una frecuencia entre 1/6.000 y 1/8.000.

Caso clínico: Presentamos a P.D.G: paciente femenina de 3 años de edad, no del todo colaborada, sin ningún problema sistémico que acude a nuestra consulta de Odontopediatría del Servicio de Odontoestomatología del Hospital San Rafael.

Resaltar de la anamnesis que el parto y embarazo fueron normales, y la ausencia o al menos desconocida, según relatan los padres, de algún caso de dentinogénesis imperfecta en la familia. Podría ser consecuencia de mutaciones en un gen.

Presenta una buena higiene oral, una dieta no cariogénica y prácticamente semiblanda, debido a la imposibilidad de ingerir alimentos duros. La paciente no padece sensibilidad dentinaria, pero sí una fuerte afectación psicológica y funcional. Intraoralmente observamos una dentición temporal completa, sin patología cariosa, con pérdida casi absoluta de esmalte y dentina, con un color amarillo-café generalizado, presenta atrición severa con una gran pérdida de la dimensión vertical oclusal.

Nuestro diagnóstico de certeza es: dentinogenesis imperfecta tipo II, "Dentina opalescente parda hereditaria", "Displasia de Capdepot", "Dientes sin corona" o "Dentinogénesis hereditaria".

Discusión: La *dentinogénesis imperfecta tipo II de Shields,* aparece de forma aislada, con un patrón hereditario autosómico dominante y penetrancia completa. Presenta un esmalte normal o hipoplásico, que tiende a desprenderse por el anómalo soporte dentinario, con una coloración azul-parda translúcida. Las coronas son bulbosas, las cámaras pulpares están obliteradas, y las raíces son cortas. Presentan fracturas radiculares, y rarefacción apical en los dientes temporales.

Tras una revisión bibliográfica, proponemos un plan de tratamiento con una primera fase de coronación de los sectores posteriores aumentando la dimensión vertical, y una segunda fase rehabilitando con sobredentaduras.

Nuestros objetivos terapéuticos son:

—Rehabilitar la función y estética.

—Conservar sus raíces y hueso alveolar.

—Prevenir desgastes, sensibilidades dentinarias y patologías pulpares.

—Mejorar la función masticatoria.

—Aumento en la sociabilización de la paciente y mejora de la autoestima.

—Mantener una correcto higiene oral.

—Prevenir hábitos deletéreos, fracturas y maloclusiones.

—Mejora de la conducta en ambiente odontológico.

2. ACTITUD ANTE LOS ODONTOMAS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Reyes Ortiz A, Martín-Vidarte A, Lara Sacido A, Carrillo Díaz M
Universidad Rey Juan Carlos. Alcorcón, Madrid

Introducción: Los odontomas son tumores benignos formados por estructuras similares a los tejidos duros y en diferentes grados de desarrollo.

Son los tumores odontogénicos más habituales, su frecuencia es del 30-40% y están más asociados a niños y adolescentes y no existen diferencias entre sexos. Según la OMS se clasifican en dos tipos histológicos: complejos (localizados más frecuentemente en mandíbula) y compuestos (localizados en maxilar). Clínicamente son asintomáticos y se reconocen tres tipos de odontomas: odontoma central, periférico y erupcionado. El diagnóstico es radiográfico e histopatológico y el tratamiento siempre es quirúrgico y su pronóstico favorable.

Objetivos: Realizar un protocolo de actuación basándonos en la revisión de los casos clínicos descritos en la literatura y saber actuar ante estos casos como odontopediatras.

Material y métodos: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Pubmed, Medline, Cochrane de los últimos diez años. Presentamos un caso clínico de un paciente infantil que acude a la Clínica Universitaria Rey Juan Carlos, cuyo motivo de consulta fue retraso en la erupción del 32 y cuyo diagnóstico fue la presencia de un odontoma.

Resultados: Se planifica y se realiza la extirpación quirúrgica del odontoma según los protocolos de actuación en el paciente infantil.

Conclusiones: Los odontomas raramente erupcionan en la cavidad bucal y tienden a estar asociados con dientes impactados. Tienen naturaleza benigna pero pueden dar sintomatología como dolor, inflamación e infección. El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica seguido de su análisis histopatológico.

3. ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EN LA ASIMETRÍA FACIAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Abadía MT, Perdomo N, Diéguez M, Barros JJ, Méndez M
Máster de Odontopediatría. Universidad Europea de Madrid

Introducción: La asimetría facial es un desorden caracterizado por un desplazamiento lateral de la mandíbula y un canteo ascendente del plano oclusal frontal en dirección al lado del desplazamiento mandibular, siendo considerada una alteración oclusal. Su etiología es diversa, destacándose factores genéticos y congénitos durante el periodo prenatal, factores ambientales incluyendo traumatismos e infecciones, y también alteraciones oclusales. El odontopediatra tiene que estar familiarizado con el tratamiento de estas alteraciones, ya que en muchas ocasiones el tratamiento va a requerir una colaboración multidisciplinar.

Objetivos: El objetivo de este póster es presentar dos alternativas terapéuticas para la asimetría facial.

Materiales y métodos: La búsqueda bibliográfica se ha realizado en PubMed y Wiley Interscience con palabras clave "facial asymmetry", "asimetría facial", "lateral crossbite", "dental hypoplasia", "dental ankylosis".

Se presenta el caso de una niña de 5 años de edad, que acude al Máster de Odontopediatría de la Universidad Europea de Madrid para tratamiento odontológico por caries. A la exploración clínica craneofacial observamos asimetría facial mandibular con desviación de la línea media y mordida cruzada derecha, hipoplasias de esmalte en 53, 75 y 85; y anquilosis del 54.

Se proponen dos alternativas al tratamiento de la asimetría facial, siendo una de ellas la expansión maxilar mediante aparatología fija o removible, y la otra opción mediante tallado selectivo eliminando interferencias para conseguir la funcionalidad de la hemiarcada contralateral.

Conclusiones: Consideramos que el tallado selectivo eliminando interferencias es un tratamiento eficaz y rápido para la corrección de la asimetría facial en el paciente odontopediátrico.

4. AVULSIÓN DENTARIA: EXTRACCIÓN *VERSUS* CONSERVACIÓN; A PROPÓSITO DE UN CASO

Fernández Ávila JA, Delgado Castro N, Martín Olivera E, Juárez Villar E
Hospital San Rafael. Madrid

Introducción: En la consulta odontopediátrica son cada vez más frecuentes los traumatismos dentarios tras caídas en el patio del colegio, practicando algún deporte y/o juego, accidentes de tráfico, etc. En muchos casos se producen avulsiones dentarias en dientes con escaso desarrollo radicular.

Caso clínico: El caso que presentamos se trata de un fracaso en el tratamiento de una avulsión dentaria en un incisivo inferior permanente que acude a nosotros ya reimplantado pero con un cuadro de infección importante y con acusada movilidad.

El estado de desarrollo en que se encontraba ese diente en el momento del traumatismo a los 7 años de edad, las infecciones repetidas tras el fracaso del reimplante y la precaria higiene oral del paciente hacen que el pronóstico del caso sea poco favorable. A pesar de ello, debemos tener en cuenta los beneficios que a la larga reporta la conservación del diente en el alvéolo, tales como: mantenimiento de la altura del hueso alveolar, conservación de tejido periodontal, factores estéticos y fonéticos en una edad comprometida.

Discusión: Se describe la sistemática de control de la infección, tratamiento de apicoformación, tapón de MTA, endodoncia y ferulización llevada a cabo. Nuestro objetivo fue mantener el diente en su alvéolo el mayor tiempo posible hasta que sea viable otro tipo de solución más definitiva. A día de hoy el paciente tiene 9 años y conserva el incisivo sin sintomatología.

5. BLOQUES GEMELOS COMO OPCIÓN DE TRATAMIENTO DE LA MALOCLUSIÓN DE CLASE II DIVISIÓN 1

Cejudo L, Ferrer I, Bonafé N, Vello A, Catalá M
Máster de Odontopediatría. Universidad de Valencia

Introducción: El complejo craneofacial se desarrolla en los tres planos del espacio, pero quizás sea en el plano sagital donde existen mayores variaciones de tamaño y posición del maxilar y la mandíbula respecto a la base del cráneo o entre sí, dando lugar a las maloclusiones de clase II.

En ellas, el 80% son debidas a retrognatismos mandibulares, y el 20% a prognatismos maxilares. En general la filosofía de tratamiento en estos casos suele ser la aparatología funcional cuando existe retrognatismo mandibular y el anclaje extraoral para el prognatismo maxilar. Los aparatos funcionales transmiten las fuerzas generadas por la musculatura durante la realización de sus funciones, rehabilitando por un lado las funciones alteradas, y aumentando la actividad muscular induciendo los cambios necesarios en el crecimiento y desarrollo de los maxilares para corregir la maloclusión.

Objetivos: Presentar el caso de dos pacientes de 8 y 9 años en los que se realizó el tratamiento funcional y ortopédico de la maloclusión de case II mediante el empleo de Bloques gemelos, en el Máster de Odontopediatría de la Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad de Valencia.

Materiales: A los pacientes se les realizó antes y después del tratamiento un análisis clínico extraoral e intraoral, modelos de estudio, así como radiografía panorámica y telerradiografía lateral de cráneo de la que se hizo el análisis cefalométrico.

Método: A los pacientes se les trató por la acción de unos bloques gemelos. Las visitas de control se realizaron a los 15 días y posteriormente cada 3-4 semanas y en ellas se potenció al máximo la motivación de los pacientes y de sus padres. Con el tratamiento se preten-

dió además de influenciar unos cambios iniciales sobre el crecimiento, conseguir en el paciente una buena función masticatoria.

Resultados: A los nueve meses de tratamiento, se produjo un aumento del ángulo SNB, una disminución del ANB mejorando así la relación intermaxilar. La longitud mandibular experimentó un aumento, al igual que la profundidad facial, mientras que la convexidad facial y el ángulo del plano mandibular sufrieron una disminución. El ángulo formado entre el plano SN y el plano mandibular experimentó una disminución modificando así el patrón de crecimiento. Los cambios obtenidos en el perfil blando no fueron significativos.

Conclusiones: Dados los resultados logrados a los nueve meses de tratamiento con bloques gemelos, se concluye que es un aparato bien tolerado por el paciente y provoca cambios cefalométricos que ayudan a corregir este tipo de maloclusión durante el periodo de crecimiento.

6. CORONAS ESTÉTICAS EN MOLARES TEMPORALES. A PROPÓSITO DE UN CASO

Marti S, Mayné R, Virolés M, Cuadros C, Lorente AI
Universitat Internacional de Catalunya (UIC). Sant Cugat del Vallès, Barcelona

Introducción: Actualmente ha habido una disminución de la prevalencia de la caries en dentición temporal debido a los métodos de prevención, sin embargo las características de la restauración en dentición temporal difieren de las permanentes.

Los materiales restauradores que más se utilizan en odontopediatría son los composites y las coronas metálicas preformadas.

Cuando se ven involucradas 3 o más superficies de estructura dental, la mejor opción de tratamiento son las coronas metálicas preformadas, porque requieren menos manipulación, no se fracturan ni desgastan y se mantienen hasta la exfoliación del diente.

Cada vez son más los padres que solicitan restauraciones estéticas para los dientes temporales de sus hijos por lo que con el fin de solventar estas discrepancias surgieron las coronas con frente estético.

Objetivos: Comparar la restauración de molares temporales tras un tratamiento pulpar mediante coronas metálicas y coronas con frente estético.

Materiales y métodos: Paciente de 7 años que acude a la clínica odontológica universitaria (CUO) de la Universitat Internacional de Catalunya. Tras realizar la primera visita y las pruebas radiológicas pertinentes, se diagnostica caries profunda con afectación pulpar en los molares temporales 6.4 y 5.4.

Tras realizar el tratamiento pulpar de ambos molares, se plantea la restauración de un molar con una corona metálica preformada de 3M® y el otro molar con una corona con frente estético (NuSmile®) con el fin de comparar el tallado y el comportamiento clínico de ambas coronas y la satisfacción de los padres.

La preparación de los molares se realizó bajo aislamiento absoluto efectuando el tallado para cada caso según las indicaciones de los fabricantes y ambas fueron cementadas con cemento de ionómero de vidrio Ketac Cem®.

Se realizaron controles a los 4 y a los 12 meses donde valoramos el estado de salud gingival, la adaptación marginal, la retención, el cambio de coloración, el desgaste, la fractura y la satisfacción por parte de los padres del paciente.

Conclusiones: Aunque la satisfacción de los padres era mayor con las coronas estéticas, se observó inflamación moderada de la encía con sangrado al sondaje. La adaptación, retención, cambio de coloración, desgaste y fractura no se vio alterada, por lo que estas restauraciones serían ideales si se consiguiese reducir la inflamación gingival y el precio.

7. FISURA LABIAL Y PATOLOGÍA DENTAL ASOCIADA EN DENTICIÓN TEMPORAL: CASO CLÍNICO

Samarán Saló C, Plaza Santos R, García Catalán V, Adanero Velasco A, Gómez Logorburu B
Especialista en Atención Odontológica Integral en el Niño con Necesidades Especiales. UCM. Directora Profa. P. Planells. Hospital Universitario La Paz. Madrid

Introducción: La fisura labial es una malformación orofacial congénita. Consiste en una hendidura o fisura del labio y/o estructuras adyacentes, por la falta de unión entre el 2º y el 3er arco branquial. Entre las lesiones asociadas a esta patología cabe destacar la alta frecuencia de dientes supernumerarios.

La dislaceración es una lesión producida por una alteración durante el desarrollo dentario que va a provocar un cambio en la angulación de la raíz respecto a la corona o en la propia raíz.

Presentamos el caso de una paciente de 6 años de edad, con fisura labial, presencia de un diente supernumerario y dislaceración en los incisivos centrales temporales.

Objetivos: a) establecer la posible relación existente entre el labio leporino; la presencia de dientes supernumerarios y dislaceraciones en la dentición temporal, así como investigar sobre su posible causa; y b) evaluar la evolución de dientes temporales con dislaceración de la raíz y sus repercusiones en la exfoliación de estos; y el desarrollo y erupción de la dentición permanente.

Material y métodos: Se ha realizado una revisión bibliográfica a través de bases de datos electrónicas. Palabras clave: *cleft lip, harelip, primary dentition, laceration* y *supernumerary*.

Conclusiones:

1. La presencia de dientes supernumerarios en asociación con la fisura labial es una manifestación relativamente frecuente.

2. La dislaceración en dentición temporal es una alteración infrecuente y poco conocida en la literatura. Se desconoce su etiología, si bien, en la dentición permanente se relaciona con posibles traumatismos en los dientes caducos.

3. Es necesario un control radiográfico periódico en la paciente para observar la evolución. de la exfoliación completa de las piezas dislaceradas y la erupción de la dentición permanente.

8. MANEJO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE INFANTIL CON ANGIOEDEMA HEREDITARIO

Domínguez G, García L, Martínez E, Muñoz J, Gómez B
Especialista en Atención Odontológica Integral en el Niño con Necesidades Especiales. UCM. Directora Profa. P. Planells. Hospital Universitario La Paz. Madrid

Introducción: El angioedema hereditario es una rara entidad de carácter autosómico dominante producida por una deficiencia en el C1 inhibidor esterasa, proteína implicada en la regulación de la vía clásica de activación del complemento. Se caracteriza por episodios de angioedema recurrentes, circunscritos, no pruriginosos de localización submucosa o subcutánea en la piel y el tracto respiratorio, gastrointestinal o genitourinario. Las manifestaciones clínicas aparecen con frecuencia en la infancia y pueden desencadenarse tras episodios de estrés, ansiedad o a causa de infecciones o traumatismos. Es imprescindible tener en cuenta que los microtraumatismos que pueden producirse durante el tratamiento dental conllevan alto riesgo de desencadenar un ataque y, como consecuencia de su localización corporal, un incremento de las complicaciones que comprometen las vías aéreas incluso con riesgo de asfixia. El diagnóstico es complicado, debido a su baja prevalencia, y se basa en la historia clínica con episodios de repetición, generalmente con una historia familiar positiva, y se deberá apoyar con pruebas de laboratorio. Existen varias modalidades terapéuticas que se deben adecuar a la situación según la necesidad de tratar un ataque agudo, realizar un mantenimiento a largo plazo para evitar ataques recurrentes o una profilaxis cuyo objetivo es la prevención del desarrollo de angioedema previo a situaciones que presupongan un riesgo incrementado.

Objetivo: Conocer qué es el angioedema hereditario, cuáles son las claves para un diagnóstico temprano y el protocolo a seguir para realizar un tratamiento odontológico seguro.

Material y métodos: Se ha realizado una revisión bibliográfica en varias bases de datos sobre los procedimientos odontoestomatológicos en pacientes con esta patología apoyando la búsqueda en un caso clínico de un paciente pediátrico que recibió tratamiento odontológico en el Hospital Universitario La Paz (Madrid).

Conclusiones:

1. Existe una literatura extensa en pacientes adultos afectados por angioedema hereditario pero es escasa en la población infantil, lo que hace necesario realizar futuras investigaciones en este tema ya que los primeros episodios se desencadenan en la infancia.

2. Es imprescindible la cooperación de un equipo multidisciplinar de profesionales que incluya el servicio de cirugía maxilofacial, de alergología y de odontopediatría para tratar con seguridad la patología oral de estos pacientes.

3. Aunque los tratamientos odontológicos en estos pacientes suelen realizarse en un medio hospitalario, considerándose de alto riesgo, tienen un resultado exitoso realizando una correcta estrategia de prevención.

9. SÍNDROME DE CROUZON: A PROPÓSITO DE UN CASO

García Catalán V, Plaza Santos R, Samarán Saló C, Muñoz Caro J, Martín Pérez M
Especialista en Atención Odontológica Integral en el Niño con Necesidades Especiales. UCM. Directora Profa. P. Planells. Hospital Universitario La Paz. Madrid

Introducción: El síndrome de Crouzon es una malformación de herencia autosómica dominante causada por la mutación del cromosoma 10. Fue descrito por primera vez en 1912 y se caracteriza por un cierre prematuro de las suturas craneofaciales coronal y lambdoidea conllevando manifestaciones fundamentalmente a nivel ocular y neurológico.

Presentamos el caso de un niño con dicho síndrome que está siendo tratado en el Hospital Universitario La Paz de Madrid.

Objetivos: a) estudiar las manifestaciones orales presentes en el síndrome de Crouzon; b) investigar sobre los distintos métodos diagnósticos y el abordaje terapéutico existente; y c) presentar el protocolo que se utiliza en estos pacientes en el Hospital Universitario "La Paz" de Madrid.

Material y métodos: Se ha realizado una revisión sistemática a través de bases de datos electrónicas utilizando las siguiente palabras clave: *Crouzon syndrome, diagnosis, treatment, craniofacial disostosis*.

Conclusiones:

1. El síndrome de Crouzon se caracteriza por ser una malformación con múltiples afectaciones. Se producen alteraciones a nivel craneofacial, oral, ocular y neurológico; en mayor o menor gravedad dependiendo del caso.

2. El diagnóstico se establece gracias a las manifestaciones clínicas, radiológicas y al estudio genético que nos confirma la mutación del cromosoma afectado.

3. El abordaje terapéutico se realiza gracias a la intervención de un equipo multidisciplinar formado por pediatras, cirujanos maxilofaciales, odontopediatras, ortodoncistas, neurólogos, oftalmólogos y otorrinolaringólogos.

10. SÍNDROME DE HAY WELLS

Zuluaga Sierra OB, del Barrio Valiente MP, Lázaro M, Gómez E
Especialista en Atención Odontológica Integral en el Niño con Necesidades Especiales. UCM. Directora Profa. P. Planells. Hospital Universitario La Paz. Madrid

Introducción: El síndrome de Hay Wells, forma parte de un grupo de enfermedades genéticas raras de la piel, conocidas como displasias ectodérmicas. Las displasias ectodérmicas son genodermatosis congénitas difusas, no progresivas, que afectan a la epidermis, caracterizadas por la ausencia o la disminución del pelo,

dientes, uñas y glándulas sudoríparas y sebáceas. Se acompañan de trastornos del sistema nervioso central así como de anomalías de la nariz, pabellones auriculares y labios. Dependiendo de las combinaciones existen más de 120 síndromes distintos, con todos los modos posibles de transmisión hereditaria. Varios de estos síndromes caracterizados por displasia ectodérmica se presentan asociados con fisura labial y/o palatina.

El síndrome de Hay Wells, es una forma rara de displasia ectodérmica hereditaria. Fue descrito inicialmente por Hay y Wells en 1976, quienes acuñaron el acrónimo inglés AEC formado por *ankyloblepharon, ectodermal defects, cleft pli/palate* (anquiloblefaron, defectos ectodérmicos y labio y paladar hendido) por el que se conoce a este síndrome polimalformativo complejo. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son: alteraciones en la forma y tamaño dentario, fisura palatina, displasia ectodérmica y anquiloblefaron.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con otros síndromes polimalformativos con displasia ectodérmica como el síndrome de Rapp Hodgkin, síndrome EEC.

La inteligencia suele ser normal y la corrección quirúrgica de las malformaciones faciales y las extremidades mejora razonablemente la calidad de vida de estos pacientes.

Se hereda como un rasgo genético autosómico dominante, de expresividad variable, por lo que las manifestaciones clínicas pueden ser muy diferentes ycualquiera de los signos clínicos descritos puede faltar, excepto los signos de displasia ectodérmica. Recientemente se ha identificado el defecto genético en el brazo largo del cromosoma 3.

Objetivo: Definir las características clínicas, el diagnóstico y la patogenia del síndrome de Hay Wells. Describir las opciones quirúrgicas y tratamiento odontológico de las malformaciones presentes en este síndrome con el objetivo de mejorar la calidad de vida de estos pacientes tanto.

Material y método: Para la obtención de la información de este artículo se han consultado los datos de la literatura médica y en pubmed central.

También se pudo contar con la información aportada por los facultativos del Hospital Infantil de La Paz de Madrid sobre los casos tratados en este centro.

Conclusiones: Debido a las alteraciones orofaciales que presentan los pacientes con Síndrome Hay Wells, los odontopediátras deben estar incluidos en el equipo multidisciplinar encargado del tratamiento y seguimiento de los niños con este síndrome. El trabajo coordinado permitirá obtener unos mejores resultados cuyo objetivo será mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

11. SUPERNUMERARIOS BILATERALES EN DENTICIÓN TEMPORAL. UN ENFOQUE TERAPÉUTICO

De la Hoz A, Arner C, Costa F, Méndez M, Beltri P
Máster Odontopediatría. Universidad Europea de Madrid

Introducción: Los dientes supernumerarios son aquellos que se presentan en la dentición, aumentando el número normal de dientes en las arcadas.

La etiología no ha sido esclarecida a día de hoy pero se barajan diversas teorías. Respecto a la epidemiología, la frecuencia de aparición es dos veces mayor en niños que en niñas y con respecto a la edad el 30% de los dientes supernumerarios son diagnosticados en la primera década de vida. Cabe reseñar que sólo un 0,3-0,8% de la población en dentición temporal presentan supernumerarios, de los cuales el 12-23% son bilaterales.

Objetivos: El objetivo del presente póster es valorar la presencia de dientes supernumerarios en dentición temporal y sus necesidades terapéuticas.

Material y métodos: Búsqueda bibliográfica en PubMed con palabras clave *"supernumerary teeth"* y *"supernumerary deciduous teeth"*.

Se presenta el caso de un paciente varón de 4 años de edad que acude al máster de Odontopediatría de la Universidad Europea de Madrid por "caries". Al realizar la exploración clínica se observó la presencia de supernumerarios suplementarios bilaterales erupcionados además de numerosas caries. Ante esta patología, se escoge como opción terapéutica la realización de obturaciones, tratamientos pulpares y exodoncias.

Conclusiones: A pesar de la baja frecuencia de presentación de dientes supernumerarios en dentición temporal, es importante conocer su manejo clínico dependiendo de su patología asociada y de la relación que tenga con los dientes adyacentes.

12. TRATAMIENTOS RESTAURADORES EN MOLARES CON MIH

Olmo B, Martínez TP, Sáez S, Cuadros C, Lorente AI
Universitat Internacional de Catalunya (UIC). Sant Cugat del Vallès, Barcelona

Introducción: El término MIH hace referencia a una hipomineralización de origen sistémico que afecta de 1 a 4 primeros molares permanentes. Frecuentemente está asociado con los incisivos y es inconstante en localización y severidad entre pacientes y en el mismo paciente. El manejo clínico de dientes con MIH es complicado debido a múltiples factores como la sensibilidad y desarrollo rápido de la caries dental en los primeros molares permanente, cooperación limitada de un niño pequeño, dificultad para anestesiar y el fracaso repetitivo de las restauraciones en estos dientes. Es por este motivo por el que hay que valorar cada caso de manera individual.

Objetivo: Exponer las diferentes posibilidades de tratamiento y restauración en molares que presentan lesiones de hipomineralización-incisivo-molar de distintos grados de severidad con diferentes casos clínicos.

Material y métodos: Se realizó una búsqueda bibliográfica en la base de datos PubMed con los siguientes criterios de inclusión: artículos en lengua inglesa y publicados entre los años 2000 y 2010 y las siguientes palabras palabras clave utilizadas para la búsqueda fueron: *hypomineralization-molar-incisor, prevalence, etiology, dental restoration*.

Conclusiones: El manejo clínico de los molares con MIH se basa en dos criterios básicos:

—*Preventivo:* donde debemos realizar una buena anamnesis y un examen clínico y radiográfico, así como un correcto control de la dieta, instrucciones de higiene oral y aplicación de flúor periódicas.

—*Terapéutico:* es necesario conocer las diferentes posibilidades de restauración para poder escoger el tratamiento óptimo dependiendo la severidad y el grado del defecto, la edad y la cooperación del niño/a.

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

13. ACEPTACIÓN DE LOS SELLADORES DE FISURAS POR PARTE DE LOS PACIENTES

San Martín L, Castaño A, San Martín P, Galán E
Facultad de Odontología. Universidad de Sevilla

Introducción: Los selladores de surcos y fisuras han demostrado ser una medida preventiva que puede reducir notablemente la incidencia de la caries dental.

Las toma de decisiones en odontología, refleja la intersección entre la ciencia (evidencia científica disponible) el juicio del profesional y las expectativas o deseos del paciente.

Por ello, un factor importante es conocer la aceptación de los tratamientos que ofrecemos a nuestros pacientes.

Objetivos: a) Determinar la percepción de los profesionales respecto a la aceptación de los selladores por parte de sus pacientes; y b) indagar y profundizar en los datos obtenidos para analizar la importancia de la aceptación de los pacientes en la toma de decisiones.

Material y método: Para el desarrollo de este trabajo se ha adoptado la metodología cuantitativa, mediante la realización de cuestionarios de opinión.

Entre los grupos de encuestados se encuentran profesores de la Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla, odontólogos de Atención Primaria y ámbito privado.

El cuestionario que se utilizó en el presente estudio, consta de 5 bloques, el cuerpo de preguntas consiste en 31 ítems bajo la forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se solicita una puntuación del 1 al 5 (escala Likert), en la que cada valor numérico se corresponde con las opiniones y experiencias de los individuos respecto al ítem indicado

Se ha alcanzado una cifra de 400 encuestados, la cuál en el supuesto de muestreo aleatorio simple, nos permite trabajar con una confianza del 95% y un error máximo del 5%.

Resultados: Menos de la mitad de los encuestados (46,8%) muestran que es sencillo explicar a los pacientes para qué sirve un sellador dental.

No existe una clara definición a favor o en contra por parte de los profesionales en cuanto a la justificación del precio de los selladores ante los padres de los niños, un 34,1% opinan que es fácil justificar el precio del tratamiento frente a un 34,5% que lo consideran dificultoso y un 31,3% no se posicionan.

Un 50,6% de los profesionales opinan que sus pacientes no tienen una alta valoración del uso de los selladores.

Conclusiones:

1. Los profesionales opinan que sus pacientes no tienen una alta valoración de los selladores.
2. No existen resultados concluyentes a favor o en contra por parte de los profesionales en cuanto a la justificación del precio de los selladores.
3. Es necesario proporcionar información a los pacientes acerca de la utilidad y ventajas de los selladores de hoyos, surcos y fisuras.

14. CEFALOMETRÍA FRONTAL: GRADOS DE DIFICULTAD EN LA UBICACIÓN DE SUS PUNTOS

Riveras C, Ferrer I, Calomarde M, Zaragoza A
Máster de Odontopediatría. Facultad de Medicina y Odontología. Universidad de Valencia

Introducción: La cefalometría frontal es un examen complementario en Ortodoncia que nos ayuda en el diagnóstico y plan de tratamiento en casos de asimetría de los componentes del complejo dentomaxilar, en el diagnóstico diferencial de latero desviaciones mandibulares y desviaciones de líneas medias dentarias; en la indicación y posterior evaluación de tratamientos de expansión y disyunción del maxilar superior; en el diagnóstico de malformaciones de diferentes estructuras, y en los casos quirúrgicos.

El primer paso para realizar cualquier análisis cefalométrico es la localización de unos puntos anatómicos. Sin embargo, en la cefalometría frontal la localización de los puntos junto con la dificultad en la obtención de una buena proyección radiográfica son las limitaciones más comentadas en la literatura.

Aunque varias investigaciones han evaluado el error en la localización de puntos de referencia en cefalometrías laterales, existen escasas publicaciones a este respecto sobre la cefalometría frontal. Por este motivo se ha decidido en un primer momento estudiar el grado de dificultad del explorador a la hora de ubicar los puntos en la cefalometría frontal.

Objetivos: Se han establecido como objetivos de este trabajo: a) determinar qué puntos presentan mayor dificultad de localización; y b) establecer en su caso cuál es la causa de la dificultad encontrada.

Materiales y métodos: Se ha seleccionado una radiografía frontal que cumple con los requisitos de una correcta posición de la cabeza. Se ha preparado una pequeña documentación con la descripción detallada de los puntos cefalométricos y una encuesta sobre el grado de dificultad que presenta cada punto en el momento de su localización. Para llevar a cabo el estudio, se repartió la documentación esencial a profesionales con/sin experiencia en el trazado cefalométrico y a estudiantes de los

dos últimos cursos de odontología. Tras una breve explicación se les pidió identificar los puntos sobre un papel de acetato y tras localizarlos rellenar la encuesta respecto al grado de dificultad encontrada.

Resultados: Se ha determinado el grado de dificultad que perciben los profesionales con distinto grado de experiencia y los alumnos, en la localización de cada uno de los puntos cefalométricos.

Conclusiones: Tras los análisis realizados se llega a las siguientes conclusiones:

1. En los dos grupos estudiados, profesionales con/sin experiencia y estudiantes de 4º y 5º curso, se ha detectado que el punto con menor dificultad en su localización es el Me.

2. Los puntos en que se ha encontrado mayor dificultad de localización son el ZL/ZR y JL/JR.

3. La dificultad de ubicación del resto de los puntos analizados resultó ser baja en los dos grupos.

15. CONTROL DE CALIDAD EN ODONTOPEDIATRÍA. ESTUDIO COMPARATIVO A DOCE MESES

Del Castillo G, Martínez C, Albericio M, Pinés B, Planells P
Facultad de Odontología. Universidad Complutense de Madrid

Introducción: La Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid abarca el tratamiento integral del niño en odontología. Consideramos de vital importancia conocer la opinión tanto de nuestros pacientes como de sus tutores a cerca de sus experiencias en la consulta, por lo que hemos realizado un estudio implementando las mejoras sugeridas por los pacientes y sus padres en un trabajo realizado doce meses antes.

Objetivos: 1. Evaluar el grado de satisfacción de los pacientes respecto a los siguientes puntos: a) agilidad en el tratamiento; b) acceso a la facultad; c) características de la sala de espera; d) trato recibido por el personal auxiliar, profesores y alumnos; e) costo; y f) satisfacción durante el tratamiento y con los resultados obtenidos. 2. Determinar si ha mejorado la satisfacción de los pacientes tras haber aplicado las medidas sugeridas hace doce meses.

Material y métodos: Para ver si la calidad de los servicios ha mejorado a lo largo de un año, hemos comparado los datos obtenidos por medio de encuestas realizadas en el 2010 y actualmente. Es estudio se compone de dos encuestas, una que cumplimentan los niños y otra los padres y que evalúan los siguientes puntos: a) recepción del paciente infantil; b) odontología integrada infantil; y c) odontopediatría. Se han contabilizado un total de 50 encuestas en personas escogidas de forma aleatoria, a partir de las cuales hemos desarrollado el estudio.

Resultados y conclusiones:

1. Es imprescindible valorar la posibilidad de mejora de atención en la clínica odontopediátrica.

2. Tras la aplicación de las medidas sugeridas por los padres en nuestro trabajo anterior realizado hace doce meses se observa una importante mejora en el grado de satisfacción de padres y pacientes.

16. DETERMINACIÓN DEL PH EN BEBIDAS DE USO HABITUAL EN LA POBLACIÓN MÁS JOVEN

Calomarde M, Vello A, Catatá M, Cejudo L, Riveras C
Máster de Odontopediatría. Facultad de Medicina y Odontología. Universidad de Valencia

Introducción: La erosión dental es un problema clínico que observamos cada vez con mayor frecuencia en nuestras consultas, especialmente en niños y adolescentes. Entre los factores de riesgo de esta alteración se encuentra la ingesta excesiva de bebidas ácidas y/o isotónicas muy utilizadas por los jóvenes deportistas. En estudios previamente realizados podemos ver que la mayoría de este tipo de bebidas tiene un valor de pH menor de 5,5, que es el valor por debajo del cual empieza a producirse la desmineralización del esmalte.

Objetivo: Determinar el potencial erosivo de bebidas de uso más frecuente entre nuestra población. A partir de esta información el odontopediatra podría alertar a los padres del peligro que implica la ingesta frecuente de determinadas bebidas, con el propósito de prevenir la erosión dental y proponer sustitutivos menos nocivos.

Material y método: Se han seleccionado una gama de bebidas comerciales en grandes supermercados y máquinas dispensadoras de colegios de nuestro entorno. Estas se han clasificado en bebidas gaseosas, zumos de frutas industriales, zumos de frutas con lácteos industriales, bebidas isotónicas y lácteos. El valor de pH de cada bebida se determinó utilizando un pH-metro que se calibró siguiendo las instrucciones del fabricante. Se dispuso 50 ml de cada una de las bebidas en un vaso de plástico desechable a temperatura ambiente (22 ºC) y se introdujo el sensor del pH-metro en la solución durante 2 minutos, anotando la cifra de pH registrada en cada bebida en la tabla de resultados.

Conclusiones: El presente estudio muestra que muchas de las bebidas de uso habitual entre los más jóvenes registran un valor de pH lo suficientemente bajo para erosionar y dañar la superficie del esmalte. Por tanto el odontopediatra debe informar a sus pacientes y/o a los padres de la necesidad de reducir la ingesta de estas bebidas, con el objetivo de prevenir la erosión dental, para lo que disponer de una tabla de datos le resultará muy útil.

17. EFECTOS DE LA DEFICIENCIA EN MAGNESIO EN EL DIENTE DE RATA

Moreno E[1], Planells E[2], Florea D[2], Gómez B[1], Planells P[1]
[1]Departamento de Estomatología IV. Universidad Complutense de Madrid. [2]Departamento de Fisiología. Instituto de Nutrición. Centro de Investigaciones Biomédicas. Universidad de Granada

Introducción: Estudios epidemiológicos muestran que la cantidad de magnesio ingerida esta por debajo de las cantidades diarias recomendadas (350 y 330 mg/día en hombres y mujeres adultos).

Objetivos: El presente estudio se diseñó con el propósito de observar la relación entre el magnesio, cobre y zinc y determinar si el primero de ellos contribuye indirectamente al desarrollo de anomalías estructurales en el diente. Nuestro objetivo es estudiar los efectos que produce una alimentación deficiente en magnesio en la mineralización de los dientes de rata, analizando para ello el contenido en magnesio, cobre y zinc como biomarcadores del estatus mineral en comparación con un grupo control.

Animales y métodos: Se realizó un estudio longitudinal y prospectivo con 72 ratas Wistar macho. La muestra se dividió al azar en ocho grupos, cuatro consumieron una dieta control (C) y cuatro una dieta deficiente en magnesio (Mg-D). El estado mineral dental se determinó a las 3, 5, 7 y 10 semanas. El contenido dental de magnesio, cobre y zinc se analizó a través de espectrofotometría de absorción atómica. La prueba t de Sudent se empleó para el análisis estadístico. El estudio contó con la aprobación de un comité ético.

Resultados: El grupo Mg-D demostró tener unos niveles dentales de magnesio significativamente menores a los del grupo C a las 10 semanas: 2,84 ± 0,7 *vs*. 4,64 ± 0,72 ($p < 0,05$). Los niveles de Cu y Zn fueron significativamente mayores en los animales Mg-D: 453,09 ± 78,85 *vs*. 592,23 ± 151,37; 0,75 ± 0,14 *vs*. 1,5 ± 0,7; respectivamente ($p < 0,05$) a las 10 semanas.

Conclusiones: La deficiencia a largo plazo de magnesio provoca alteraciones importantes en el contenido mineral dentario de Zn y Cu y podría ser el origen de alteraciones dentales atribuidas a otras causas o de origen desconocido.

Financiado: Fondo de Investigación Sanitaria. FIS. Instituto de Salud Carlos III.

18. EFECTOS DE LA ORTOPEDIA PREQUIRÚRGICA SOBRE EL CRECIMINETO Y DESARROLLO DEL MAXILAR EN NIÑOS RECIÉN NACIDOS CON LABIO Y PALADAR HENDIDO

Flores A, Velásquez M, Estrada H, Álvarez J
Clínica de Labio y Paladar Hendido Fernando Ortiz Monasterio. "Proyecto Cara Feliz". Celaya, Guanajuato. México

Introducción: El objetivo general de este trabajo es evaluar el efecto de la ortopedia prequirúrgica sobre el crecimiento y desarrollo de los segmentos palatinos y del tercio medio facial, así como alineación de la premaxila y vomer; ya que se han observado múltiples alteraciones del crecimiento y desarrollo del maxilar en niños con LPH que han sido operados de manera muy precoz y con técnicas quirúrgicas invasivas. Teniendo en cuenta lo publicado por varios autores sabemos que el uso de ortopedia prequirúrgica promueve y guía el crecimiento y desarrollo del maxilar disminuyendo de esta manera el tamaño de la fisura, evitando el desarrollo de hábitos perniciosos que pueden conducir al desarrollo de maloclusiones por el desequilibrio de la función oral.

La función muscular es el mejor estímulo para acelerar y dirigir procesos de transformación en el hueso.

Casos clínicos: Se muestran en imágenes 4 casos clínicos.

Conclusiones:

1. Las placas de ortopedia funcional tienen la capacidad de redirigir, guiar y acompañar el potencial de crecimiento propio del maxilar logrando de esta manera mejorar la morfología del paladar y ubicación de todas sus estructuras, así como evitar colapsos maxilares que general hipoplasias maxilares del tercio medio facial, mordidas cruzadas anteriores y posteriores, mejorando la estética y función del paciente.
2. La ortopedia prequirúrgica puede ayudar a estos cambios por la eliminación de los efectos de la acción de la lengua interpuesta a menudo sobre la fisura y no restringiendo el crecimiento del paladar por sí mismo.
3. Las características morfológicas del arco maxilar cambian si las condiciones ambientales y funcionales se modifican.
4. Radiográficamente también pudimos observar cambios en el hueso, observándose aposición del hueso en la zona de la fisura conforme iba disminuyendo de tamaño.

19. PROPUESTA DE PÓSTER INFORMATIVO PARA LOS PADRES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL SERVICIO PÚBLICO SOBRE LOS ASPECTOS PREVENTIVOS MÁS RELEVANTES DE LA CARIES DENTAL

Abaitua A, Triana R, Zeharra P, Gorritos B, Anta A
Departamento de Estomatología. Facultad de Medicina y Odontología de la UPV/EHU

Tradicionalmente las campañas informativas de la caries dental van preferentemente destinadas a los pediatras y personal de enfermería. Por ello, presentamos una propuesta de cartel informativo que se ubicara en la sala de espera de los servicios sanitarios para informar de los aspectos preventivos más relevantes de la caries dental a los padres que acuden al pediatra. Los carteles serán publicados en los dos idiomas oficiales, euskera y castellano. Una vez elegido el ambulatorio piloto, la labor preventiva de los mismos será validada mediante la recogida de datos de encuestas estandarizadas con preguntas abiertas y cerradas donde evaluaremos el nivel de conocimiento de los padres sobre la caries dental. A posteriori, el cartel se colocará en las salas de espera y tras el tiempo de exposición oportuno, se evaluará el impacto y eficacia del mismo volviendo a realizar en cuestas estandarizadas con preguntas abiertas y cerradas.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

20. BENEFICIOS EN LA CONSULTA DENTAL DE LA DETECCIÓN PRECOZ DEL MIEDO Y LA ANSIEDAD EN EL PACIENTE INFANTIL

Martínez X, Guinot F, Martínez PT, Lorente AI
Universitat Internacional de Catalunya (UIC). Sant Cugat del Vallès, Barcelona

Introducción: El miedo y la ansiedad dental en el paciente infantil es uno de los mayores problemas que nos podemos encontrar como odontopediatras. Esto es debido a la gran conexión que existe entre estos sentimientos y el mal comportamiento del niño en el sillón dental. Por ello es de gran importancia poderlos detectar precozmente en nuestros pacientes para poder tomar las medidas oportunas y así mejorar la conducta.

Objetivo: El objetivo de esta revisión es destacar la importancia de detectar el miedo y ansiedad de forma temprana en el niño y enumerar las causas más importantes que pueden producirlos.

Material y métodos: Se realizó una búsqueda bibliográfica en la base de datos Pubmed de los años 1983-2009 de artículos con las palabras clave *child dental anxiety, dental anxiety detection and management, dental anxiety fear, prevalence dental anxiety*.

Conclusiones: Es de gran ayuda e importancia para el odontopediatra identificar precozmente la ansiedad y el miedo dental para poder ser capaz de modificar su propio comportamiento frente al paciente para conseguir transmitir una seguridad y confianza en el niño y así obtener un buen curso y éxito clínico.

21. DETECCIÓN PRECOZ DE ALTERACIONES ORTODÓNCICAS: INFORMACIÓN A PADRES EN PEDIATRÍA

Arrizabalaga L, Abaitua A, Anta A, Franco V, Rámila E
Departamento de Estomatología. Facultad de Medicina y Odontología de la UPV/EHU

El programa de atención dental infantil del Gobierno Vasco (PADI), abarca la población de niños comprendidos entre los 7 y los 15 años edad, ambos incluidos. Esto favorece que, con gran frecuencia, la edad de primera consulta odontológica para los niños sea la de 7 años.

Del mismo modo, puede afirmarse que a esa edad, parte de la patología odontopediátrica y/u ortodóncica puede estar ya presente, con lo que se pierde totalmente el carácter preventivo.

Por todo ello se pretende elaborar un póster/cartel que de una manera clara y sencilla haga ver a los padres que acuden a la consulta de pediatría del sistema público de salud (Osakidetza) los principales problemas ortodóncicos que puedan presentar sus hijos, haciendo así que se pueda actuar con mayor inmediatez en este sentido, intentando minimizar las consecuencias negativas (en cuanto a número y tiempo) de la no intervención.

Los pósters se colocarán en la sala de espera de las consultas de pediatría efectuándose con un grafismo y texto adaptado a las necesidades de los objetivos.

Para la validación científica de este trabajo, se llevará a cabo un estudio previo en una serie de centros de salud representativos al máximo en la medida de lo posible de la totalidad de los mismos, donde se evalúe por medio de una encuesta de conocimientos los logros obtenidos tras la aplicación de esta medida de prevención.

En caso de resultados positivos, se propondrá su implantación en la totalidad de consultas de pediatría del sistema público de salud de la Comunidad Autónoma Vasca.

22. FACTORES PREDISPONENTES DE LA CARIES. REVISIÓN DE LA LITERATURA

Ruiz A, Sáez S, Barbero V, Cuadros C, Lorente AI
Universitat Internacional de Catalunya

Introducción: La caries dental es una enfermedad que no empezó a representar un problema importante hasta finales del siglo XIX, aumentando su prevalencia e incidencia a principios de nuestro siglo y convirtiéndose en un grave problema sanitario.

Los conocimientos actuales sobre la etiopatogenia de la caries determinan que hoy en día debe diferenciarse entre la caries como enfermedad y la lesión de caries como una secuela de dicha enfermedad.

Objetivos presentación: Actualizar y profundizar en los factores de riesgo de caries dental y en las actividades a desarrollar para prevenir la aparición y desarrollo de las mismas en edades tempranas.

Materiales y métodos: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica online en la base de datos Pubmed con los siguientes criterios de inclusion: artículos publicados en lengua inglesa, entre los años 2009-2011 con las siguientes palabras clave: *caries risk; prediction; multirisk; explanation; causal studies, Diet; pediatric caries Dental care planning; Dental caries patterns; DMF indexes; Epidemiology trend lines*.

Conclusiones:

1. Los factores predisponentes de la caries después de años de estudio y tantísimos artículos publicados están aceptados y establecidos por numerosos autores.
2. La caries dental es un proceso dinámico, reversible en sus estadios iniciales, por lo que es necesario el examen periódico para detectar los factores que podrían incrementar el riesgo a padecer caries.

23. FORMA Y FUNCIÓN

Armengol A, Mayné R, Díez S, Cuadros C, Lorente AI
Universitat Internacional de Catalunya (UIC). Sant Cugat del Vallès, Barcelona

Introducción: El crecimiento y desarrollo de la cara se produce como respuesta a unas necesidades funcionales, siendo los tejidos blandos que recubren a los maxilares los que desempeñan este papel, ya que al crecer y expandirse durante la realización de la función, arrastran al hueso y al cartílago adquiriendo la forma. Desde que en 1969 Moss planteó sus ideas sobre "matriz funcional", son varios los autores que han hablado sobre la etiopatogenia de las maloclusiones y del concepto forma y función. Resulta evidente que existe una íntima relación entre la forma y la función y que los patrones de la respiración, succión, deglución y masticación pueden ser los responsables del tipo de patrón de crecimiento del sujeto y, por lo tanto, de las características de la maloclusión.

Ante una maloclusión dental, es importante determinar un correcto plan de diagnóstico y tratamiento y, de manera individualizada, deberá valorarse si será necesario tratar primero la forma para poder reeducar la función, tratar la forma y la función a la vez, o primero la función y después la forma.

Objetivos: Establecer el momento adecuado para corregir las disfunciones que puedan alterar el patrón de crecimiento normal, teniendo en cuenta que en ocasiones la función se encuentra comprometida debido a alteraciones dentomaxilofaciales y así poder planificar un correcto tratamiento multidisciplinar con el logopeda y/u otros profesionales.

Material y métodos: Se realizó una búsqueda bibliográfica online en la base de datos de Pubmed, utilizando artículos publicados entre los años 1980-2011.

Se utilizaron como palabras clave: forma, función, sistema multifunción, sistema estomatognático, respiración oral, deglución disfuncional, patrón masticatorio, succión digital.

Conclusiones: El tratamiento de las maloclusiones atendiendo a la forma y función, deberá realizarse de manera individualizada según las necesidades de cada paciente, ya que la función crea el órgano y el órgano creará la función.

24. HÁBITO DEL CHUPETE *VS.* REPERCUSIONES OROFACIALES: INFORMACIÓN A PADRES QUE ACUDEN AL PEDIATRA

Rámila E, Anta M, Brizuela A, Gorritos B, Martín N
Departamento de Estomatología. Facultad de Medicina y Odontología. Universidad del País Vasco/EHU

Introducción: Es frecuente encontrar programas formativos, coloquios, cursos, etc., referentes a la patología bucodental dirigido a pediatras, enfermería de pediatría, con objeto de mejorar sus conocimientos al respecto, de modo que puedan aplicarlos con los pacientes y sus padres, mientras acuden a sus consultas.

Objetivos: Tras revisar la literatura se detecta un menor número de información en este campo dirigida explícitamente a los padres. Por ello se propone la elaboración de un póster (cartel informativo) sobre las repercusiones del empleo y mantenimiento prolongado de los chupetes orientado a los padres que acuden con los niños a la consulta del servicio de pediatría del sistema público de salud.

Se elaborarán con un lenguaje sencillo, asequible a los distintos niveles de comprensión que puedan encontrarse de forma habitual; y con un grafismo que favorezca la clarificación de sus contenidos.

La justificación de esta medida preventiva se efectuará a través de un estudio piloto (en varios centros que puedan ser representativos de la comunidad autónoma) que se desarrolla a través de una doble encuesta a los padres (antes y después de la visualización del póster) sobre los conocimientos acerca de este problema de salud en el niño tan frecuente en la población general.

Conclusiones: Si los resultados obtenidos en el mencionado estudio son positivos, se propondrá aumentar el ámbito de aplicación de esta medida preventiva a todos los servicios de pediatría de los centros del sistema de salud pública de la Comunidad Autónoma Vasca.

25. SINDROME DE VAN DER WOUDE

Lázaro M, del Barrio P, Zuluaga O, Gómez E, Beltri P
Especialista en Atención Odontológica Integral en el Niño con Necesidades Especiales. UCM. Directora Profa. P. Planells. Hospital Universitario La Paz. Madrid

Introducción: El síndrome de Van der Woude es una malformación genética con alta penetrancia y variable expresión, caracterizada por la presencia de fístulas a nivel de labio inferior (88%), que puede acompañarse de otras manifestaciones como fisura labial y/o palatina, hipodoncia, úvula bífida o anquiloglosia. Estas fístulas o pitts se suelen localizar en labio inferior y pueden ser unilaterales, bilaterales o medias y de forma circular u oval. Se forman canales lineales en la mucosa labial que terminan cerca o en glándulas salivares menores. Normalmente asintomáticas, aunque a veces producen secreciones. Ocasionalmente pueden producir complicaciones derivadas del acúmulo de comida. Se hereda de forma autosómica dominante, causada por la mutación en el interferón regulador del factor 6, localizado en el cromosoma 1q32-q41 en el VW tipo I y 1p34 en el VW tipo II. Es la forma más común de fisura labial sindrómica (2%) y su prevalencia es de 1/75.000 nacidos vivos. No existen diferencias significativas en cuanto a sexos. El labio fisurado con o sin paladar aparece en el 21% de los casos. En cuanto al diagnóstico debe ser diferenciado de otros síndromes como: síndrome orofacial digital, síndrome enquiloblefaron filiforme palatino o síndrome pterigium poplíteo.

El tratamiento de esta patología dependerá de las manifestaciones clínicas que presente, se hará de forma multidisciplinar entre cirujanos maxilofaciales y/o plásticos, odontopediatras, logopedas… Entre estos tratamientos se incluyen: consejo genético; cirugía de excisión de fístulas labiales por estética, supuraciones y posibles procesos inflamatorios crónicos; instrucciones de higiene oral; cirugía reparadora de labio/ paladar; y en casos de hipodoncia, la compresión maxilar puede hacer necesaria la ortodoncia precoz.

Objetivo: Acercar esta patología con frecuencia desconocida a los odontopediatras para su conocimiento y futura intervención en la mejora de la calidad de vida de nuestros pacientes.

Material y métodos: Revisión bibliográfica en Pubmed, Cochrane, Google academy, además de la documentación aportada por el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital "La Paz", utilizando las palabras clave: Van der Woude syndrome, cleft lip, cleft palate, síndrome de Van der Woude.

Conclusiones: Debido a que el síndrome de Van der Woude es la fisura labial sindrómica más frecuente, el odontopediatra debe estar familiarizado con los signos clínicos de esta patología, así como de las posibles opciones terapéuticas que pueden ser necesarias en cada caso, dependiendo de las manifestaciones orales que presente.

26. TRAUMATISMOS EN DENTICIÓN TEMPORAL: CONSECUENCIAS EN DENTICIÓN PERMANENTE

Martínez I, Morán F, Cuadros C, Sáez S, Lorente AI
Universitat Internacional de Catalunya. Sant Cugat del Vallès, Barcelona

Introducción: Hoy en día los traumatismos dentales son la segunda causa de atención odontopediátrica tras la caries. Aproximadamente el 30% de los niños menores de 7 años ha experimentado algún daño en al menos uno de sus incisivos temporales. Son un problema de difícil prevención debido a su etiología accidental y al grupo de edad en que ocurren. El riesgo de padecer alteraciones del desarrollo en los dientes permanentes tras una lesión del diente deciduo, se basa en la estrecha relación entre el ápice del diente temporal y el germen del diente definitivo.

Materiales y métodos: Se realizó una búsqueda bibliográfica online en la base de datos de Medline siguiendo los siguientes criterios de inclusión: artículos escritos en lengua inglesa, artículos publicados entre los años 1970 y 2011, y utilizando las palabras clave: *"traumatic, injuries, primary, dentition, dental, trauma, sequelae"*.

Resultados: Las luxaciones son los traumatismos más frecuentes en niños preescolares, y constituyen del 21 al 81% de los traumatismos en dentición temporal. La intrusión es el tipo de luxación más relacionada con malformaciones en los dientes permanentes (53,6%). Cuanto más temprana sea la edad en el momento del traumatismo, más alto será el riesgo de anomalías en el desarrollo de los sucesores. La hipoplasia de esmalte es la complicación más frecuente. El tratamiento más común de los dientes traumatizados es el seguimiento (39,4%) y la extracción (29,3%).

Conclusiones: La gravedad de las alteraciones va a depender en gran medida de la intensidad del traumatismo y de la edad del niño. Se deberá realizar un seguimiento tanto clínico como radiográfico hasta la completa erupción de sus sucesores, para poder identificar precozmente cualquier alteración.

27. TRATAMIENTO EN LA CONSULTA DEL NIÑO MUY PEQUEÑO CON CARIES

Velló MA, Catalá M, Ferrer I, Bonafé N
Facultad de Medicina y Odontología de Valencia. Clínica Odontológica. Valencia

Introducción: La caries de aparición temprana o de la primera infancia supone un verdadero problema tanto para el niño afectado como para las familias y aún más para el profesional que se enfrenta al reto de interceptar la causa, evitar la frecuentes complicaciones y restituir la salud salvando las limitaciones propias de la edad, las dificultades de tratamiento y a menudo la limitación de recursos económicos familiares.

Por eso aunque en muchas ocasiones, el tratamiento bajo sedación profunda controlada o anestesia general sería el de primera elección, cada vez con mayor frecuencia, cuando esta alternativa no es viable por diferentes circunstancias, nos vemos obligados a proporcionar la mejor asistencia posible en el gabinete dental.

Objetivos: El objetivo de esta presentación es sistematizar el tratamiento de caries de los niños muy pequeños en el gabinete dental para detener el avance de la enfermedad en una primera fase y estabilizar su salud bucal en una fase posterior.

Materiales y métodos: Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de los últimos 10 años con objeto de establecer las bases sobre las que asentar la toma de decisiones en el tratamiento en el gabinete dental de las caries de aparición temprana.

Resultados: Se establecen como requisitos generales entre otros: los padres deben entender el alcance, las limitaciones y los inconvenientes de la alternativa que se propone y deben firmar el consentimiento informado oportuno. El profesional y su equipo deben estar preparados para proporcionar asistencia a niños de corta edad, y contar con facilidades y experiencia para utilizar técnicas de manejo de conducta avanzadas, fundamentalmente premedicación, sedación consciente y técnicas del dolor efectivas.

Se distinguen tres estadios de afectación: leve, moderado y severo.

Se propone un esquema y secuenciación en la toma de decisiones terapéuticas y en la combinación de técnicas tradicionales y alternativas, incluyendo el enfoque biológico de control de caries.

Conclusiones:

1. El odontopediatra debe ser sensible al problema que genera en las familias el niño muy pequeño con caries activas.
2. Es el profesional más capacitado para atender a estos niños en la Clínica dental y debe por tanto ofrecer alternativas de control de la enfermedad asequibles a todas las familias.
3. Debe saber motivar a los padres hacia los cuidados y cambios de hábitos necesarios para detener la progresión de la caries y extender su labor de prevención a los hermanos de sus pacientes y mamás nuevamente embarazadas.