

Comunicaciones Orales

1. ACTUACIÓN TERAPÉUTICA EN UN CASO CLÍNICO DE AMELOGÉNESIS IMPERFECTA

Estrela F, Lloret M, Gandía A, Nuño C, Aura I
Máster de Odontopediatría. Clínica Odontológica. Universitat de València

Introducción: La Amelogénesis imperfecta es una anomalía estructural del esmalte de tipo hereditario. Su frecuencia varía entre 1 cada 12-14.000 habitantes. Las amelogénesis las podemos clasificar dependiendo de la etapa del desarrollo alterada en tipo hipoplásico, hipocalcificado o hipomadurativo.

Caso clínico: Presentamos el caso clínico de un niño de 5 años en fase de dentición temporal, diagnosticado de Amelogénesis imperfecta, donde se expone la secuencia de actuación en función de las necesidades clínicas. Tras el estudio clínico y radiográfico se realizó el siguiente plan de tratamiento: colocación de coronas preformadas sobre los molares temporales inferiores, y pulpotomías junto con restauraciones de amalgama de plata en los molares temporales superiores. Tras la erupción de los primeros molares permanentes y aumento de la dimensión vertical, se colocaron coronas preformadas estéticas sobre los molares temporales superiores. Una vez finalizado el plan de tratamiento previsto el paciente sigue acudiendo a la clínica para revisiones periódicas.

Conclusiones: Existe una gran diversidad de opciones de tratamiento para esta patología. Es importante realizar controles periódicos para el seguimiento de los tratamientos realizados y evitar posibles complicaciones futuras.

2. ALTERACIONES BUCODENTALES EN UNA MUESTRA DE PACIENTES INFANTILES CON SÍNDROME DE DOWN

Pérez G¹, Flores V¹, de la Cruz M¹, González Y², Cahuana A³

¹Máster ODP. Universidad de Barcelona. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona. ²Universidad de Barcelona.

³Sección ODP. Universidad de Barcelona. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona

Introducción: El Síndrome de Down (SD) o trisomía 21, es la alteración cromosómica más frecuente y a nivel mundial el riesgo de dicha alteración es 1/600-800 recién nacidos.

Los pacientes con SD presentan diversas alteraciones que son características tanto a nivel físico como mental. En ellos destaca su elevada amabilidad, sociabilidad y grado de cooperación como pacientes. A nivel bucodental también presentan diversas alteraciones que son evaluadas en el presente estudio.

Objetivos: Determinar las alteraciones bucodentales del SD en una población pediátrica.

Materiales y métodos: Estudio transversal de una muestra de 50 pacientes infantiles con SD dentro de un programa de seguimiento en el Hospital Sant Joan de Déu durante el año 2010. Se evaluó: a) edad y sexo; b) asociación a cardiopatía; c) alteraciones dentales: erupción dental, alteraciones del desarrollo dental (forma, número y tamaño) y el índice de caries: co, CAO; d) alteración tejidos blandos (gingivitis, periodontitis, lengua); e) alteraciones de la oclusión; y f) presencia hábitos.

Resultados: La muestra estudiada estuvo constituida por 50 pacientes con SD. En ellos se observó:

1. Edad media: 11,6 (Rango 5-18 años). Distribución por género fue: 27 niños y 23 niñas.

2. Asociación a cardiopatía fue de 37,2%.

3. Entre alteraciones dentales se observó un retraso eruptivo en dientes anteriores de un 35,2%, seguido de premolares y molares. Agenesia dental en dentición permanente en el 61,4%, siendo la más común la de incisivos laterales superiores seguido de molares y premolares tanto superiores como inferiores; sólo 2 pacientes presentaron agenesia en dentición temporal. Microdoncia en el 42% y forma conoide en algún diente en el 34%. El CAO fue de 1,1% y el 63% de la población no presentó caries.

4. En alteraciones de tejidos blandos se encontró gingivitis inducida por placa en un 42,8% y lengua fisurada en un 63,1%.

5. En las alteraciones de oclusión un 69,4% presento una mordida CIII. Mordida abierta anterior un 32,4%, mordida cruzada posterior 32,4%, discrepancia 32,4%. El 12,1% de los pacientes presentó ectopia, y el 18% transposición.

6. Se observó bruxismo en un 48,7%.

Conclusiones: Nuestros resultados coinciden con lo publicado en la literatura con respecto a las alteraciones dentales (forma, tamaño y número), maloclusión CIII.

En esta serie, recalamos la baja incidencia de gingivitis, periodontitis y de caries, probablemente relacionado con los programas de prevención y seguimiento en el hospital y a la edad de los pacientes.

3. ALTERACIONES EN EL ADN PROVOCADAS POR LOS APARATOS DE ORTODONCIA

Ortiz AJ, Fernández E, Ortiz C, Vicente A, Calvo JL
Universidad de Murcia

Introducción: Desde las aleaciones usadas en la fabricación de los aparatos de ortodoncia se liberan iones metálicos que podrían ser captados por las células de la mucosa oral. Estos metales podrían inducir un efecto tóxico alterando la estructura celular, modificando la permeabilidad de la membrana, afectando la actividad enzimática, participando en procesos inflamatorios e inmunológicos o interactuando con el material genético.

El objetivo de nuestro trabajo fue estudiar in vivo la toxicidad celular de tres aleaciones metálicas usadas en la fabricación de los aparatos de ortodoncia.

Material y método: Grupo acero inoxidable (n = 5); grupo libre de níquel (n = 5); grupo titanio (n = 5). Veinte brackets y cuatro tubos de cada aleación se colocaron a niños entre 12 y 16 años. Los tubos en los cuatro primeros molares y los brackets entre segundos premolares de la arcada superior y de la inferior. Se tomaron muestras de células de la mucosa yugal inmediatamente antes de cementar los brackets y tubos y 30 días después. Se estudió el efecto del tratamiento sobre el ADN usando un ensayo cometa y midiendo el porcentaje de ADN existente en la cola del cometa.

Para la comparación de los grupos se usó un análisis de varianza simple. En el caso de alcanzar una significación estadística, las comparaciones dos a dos se realizaron con el test de Tukey.

Resultados: El porcentaje de ADN en la cola del cometa, en el grupo control es de $47 \pm 2,88$, y en los pacientes que han llevado durante un mes los brackets de titanio de $50,9 \pm 6,63$, no habiendo diferencias significativas entre ellos. El mayor daño sobre el ADN de las células de la mucosa yugal lo encontramos en los pacientes que han llevado brackets de acero inoxidable y libres de níquel con unos porcentajes de ADN en la cola del cometa de $61,09 \pm 3$ y $61,21 \pm 5,56$, respectivamente. Ambos grupos presentan diferencias significativas $p < 0,001$ respecto al grupo control.

Conclusiones: Las células de la mucosa yugal en contacto con aparatos de acero inoxidable y libre de níquel presentan alteraciones en el ADN.

4. AMELOGÉNESIS IMPERFECTA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Yuste S, Cuadros C, Guinot F, Barbero V, Bellet LJ
Máster de Odontopediatría Integral. Universitat Internacional de Catalunya. Barcelona

Introducción: La amelogénesis es el proceso de formación del esmalte y consta de dos fases: a) formación de la matriz orgánica extracelular; y b) mineralización.

Los defectos estructurales del esmalte ocurren cuando se produce una alteración en estos procesos, siendo más frecuentes la hipoplasia y la hipocalcificación.

Estos defectos pueden suceder como parte de un síndrome generalizado, como un defecto hereditario que afecta sólo al esmalte (amelogénesis imperfecta) o también debido a una influencia ambiental (displasia ambiental).

La amelogénesis imperfecta no se define como una enfermedad única, sino como un grupo de trastornos heterogéneos en los que existe una alteración del esmalte. Es de naturaleza hereditaria, transmitiéndose con un rasgo dominante, recesivo e incluso ligado al cromosoma X. Tiene una prevalencia que oscila entre 1:14.000 y 1,4:1.000, afectando tanto a la dentición temporal como a la permanente. Puede encontrarse en un solo diente, en un grupo de dientes o en toda la dentición.

Caso clínico: Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino, de 7 años y 8 meses de edad, que acude al Máster de Odontopediatría Integral de la Universitat Internacional de Catalunya para una revisión dental. Tras realizar la anamnesis y exploración clínica, se diagnostica amelogénesis imperfecta de tipo hipomineralizada en la totalidad de los dientes temporales y permanentes de ambas arcadas. Tras realizar las pruebas radiográficas habituales (aletas de mordida y ortopantomografía) se diagnosticó lesión de caries en los cuatro primeros molares permanentes.

Los dientes 2.6 y 3.6 se obturaron de manera convencional con resina compuesta. Debido a la destrucción coronaria que presentaban 1.6 y 4.6, se decidió colocar coronas metálicas previa gingivectomía. Una vez finalizado el tratamiento restaurador, se realizarán controles periódicos cada tres meses.

Conclusiones: Se requiere de un diagnóstico precoz y de un equipo multidisciplinar con la finalidad de prevenir y evitar que el paciente pierda sus funciones orofaciales y mejore la estética.

En estos pacientes es importante realizar revisiones, instrucciones de higiene oral, profilaxis y aplicaciones de flúor tópico cada tres meses debido al alto riesgo de caries que presentan.

5. ANQUILOSIS E INFRAOCLUSIÓN DE DIENTES TEMPORALES

López MD, García J, Alcaina A, Calvo JL, Ortiz AJ
Universidad de Murcia

Introducción: La anquilosis dental es una anomalía eruptiva que supone la fusión anatómica entre el hueso alveolar y el cemento radicular con la consiguiente desaparición del ligamento periodontal. Esta desaparición conlleva un bloqueo de la erupción. Al cesar el crecimiento vertical del diente anquilosado y continuar el de los adyacentes, cada vez se hace más evidente la diferencia de altura entre ellos, quedando el diente anquilosado en infraoclusión.

Los molares temporales inferiores son los dientes que con mayor frecuencia presentan anquilosis. Las cifras oscilan entre un 10-15%, no encontrándose diferencias entre sexos y se suele diagnosticar en la etapa de dentición mixta temprana.

Entre los factores etiológicos de la anquilosis se encuentran: ausencia del ligamento periodontal (herencia autosómica dominante), traumatismos, presión masticatoria excesiva, infecciones e inflamaciones del ligamento periodontal.

Casos clínicos: Evaluamos los casos de anquilosis diagnosticados en la Clínica Odontológica Universitaria de Murcia entre los años 2008-2010. **Caso clínico 1:** niña de 8 años con la pieza 8.5 anquilosada y en infraoclusión, se le colocó un mantenedor banda ansa que hubo que cambiar a los seis meses por un arco lingual ya que el 4.6 se estaba inclinando. **Caso clínico 2:** niño de 11 años con los dientes 5.5 y 6.5 anquilosados y en infraoclusión, este último no se ve clínicamente pero radiológicamente se aprecia incluido entre el 1.6 y el

1.4 que se han inclinado llegando a juntar sus coronas. A este niño se le extrajo el 6.5 y enseguida erupcionó el 1.5 y para el 6.4, se le colocó una placa removible con el fin de distalar el 1.6, mesializar el 1.4 y así recuperar el espacio perdido para poder extraer el 6.5. *Caso clínico 3*: paciente femenino de 9 años de edad que presenta infraoclusión del 7.4 y 7.5 por interposición lingual, esta niña fue enviada al logopeda y se le colocó una rejilla lingual removible.

Conclusion: Aunque existen distintas opciones de tratamiento: extraer la pieza anquilosada y colocar un mantenedor de espacio o, mantener el diente en la arcada reconstruyendo la corona para recuperar la oclusión normal. La mayoría de los casos de anquilosis se deben evaluar en función de las características individuales de cada paciente.

6. APICOFORMACIÓN CON MTA COMO ALTERNATIVA AL HIDRÓXIDO DE CALCIO

Moreno MC, Caleza C, Mendoza A, Biedma M, Huertas M

Máster de Odontopediatría. Facultad de Odontología. Universidad de Sevilla

Introducción: La apicoformación es el tratamiento que permite el cierre apical en dientes permanentes jóvenes con degeneración pulpar extensa o necrosis total; para posteriormente finalizar el tratamiento endodóntico. El hidróxido de calcio ha sido durante mucho tiempo el material de elección, aunque actualmente se está empleando el MTA con éxito, en este tratamiento.

Objetivos: El objetivo del trabajo es mostrar las ventajas de la apicoformación con MTA frente al hidróxido de calcio en dientes permanentes jóvenes.

Material y método: 10 incisivos necróticos por traumatismo con ápice abierto, en los cuales se realizó el tratamiento de apicoformación; 5 con MTA y 5 con hidróxido de calcio. En los dientes que se realizó apicoformación con hidróxido de calcio el tiempo medio de tratamiento fue de 18 meses. En los dientes que se realizó apicoformación con MTA el tiempo medio de tratamiento fue de 20 días. Rellenando el conducto con hidróxido de calcio durante 15 días antes de la obturación con gutapercha. En ambos se realizó control radiológico a los 3 meses, 6 meses y posteriormente una vez al año.

Resultados: En los 10 dientes tratados se observó formación de tejido duro encima del material de obturación.

Conclusiones: Los dos materiales se pueden considerar eficaces en el tratamiento de los dientes necróticos con ápice abierto. Aunque la bibliografía consultada refiere que el diente tratado con hidróxido de calcio es más susceptible de sufrir fracturas corono-radicales; nosotros no hemos encontrado fracturas secundarias en los dientes a los cuales se les realizó apicoformación con hidróxido de calcio. Una de las mayores ventajas del MTA es que la apexificación realizada con este material se pueden realizar en dos visitas y como citan algunos autores en una sola visita mediante la colocación de un tapón apical de MTA, siendo este un procedimiento predecible y reproducible.

7. AVULSIÓN DENTAL Y REIMPLANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Dileep KB, Cuadros C, Guinot F, Mayné R, Bellet LJ
Universitat Internacional de Catalunya. Barcelona

Introducción: Según el Sistema de Clasificación de la World Health Organization (WHO) modificada por Andreasen, la avulsión se clasifica como una lesión de los tejidos periodontales, y se define como la completa separación del diente de su alveolo. El reimplante del diente avulsionado es el método que puede restaurar la función oclusal y el aspecto estético después de la lesión.

Caso clínico: Paciente de sexo masculino de 9 años y 11 meses de edad, que acude al Máster de Odontopediatría Integral de la Universitat Internacional de Catalunya referido desde el hospital de Sta. Tecla (Tarragona, España) donde se le diagnostica, clínica y radiográficamente: a) avulsión de 1.1 y 2.1, ambos con fractura coronal no complicada; b) fractura coronal no complicada de 2.2; y c) fractura dentoalveolar entre 1.1 y 1.2. En el mismo hospital se le reimplantan y ferulizan los dos incisivos con férula semirrígida. *Plan de tratamiento*: En la primera visita se cambió la férula que estaba descementada por un arco trenzado y levantes da mordida que se retiraron tras 7 días. Tras dos semanas, se realizaron pruebas de vitalidad del 1.1 y 2.1, con resultado negativo para ambos incisivos, por lo que se llevó a cabo el tratamiento de conductos. A las tres semanas se observó reabsorción interna de 2.2, por lo que se realizó el tratamiento de conducto con MTA. En un control posterior a los 6 meses se diagnosticó percusión positiva de 1.2 y se decidió realizar la endodoncia.

Se realizaron dos controles a los tres meses del 1.1 y 2.1, las pruebas de percusión fueron negativas y el diagnóstico fue asintomático. Se realizó un control a las 6 semanas del 1.2 y 2.2 las pruebas de percusión fueron negativas y el diagnóstico fue asintomático.

Conclusiones: Además del periodo de tiempo que transcurre desde la avulsión hasta la reimplantación, hay otros factores que influyen en el éxito clínico del reimplante tales como: el grado de lesión en el hueso alveolar, el medio de almacenamiento del diente y el manejo del traumatismo, entre otros. Se debe tener en cuenta que cuando el reimplante no puede realizarse en un periodo corto de tiempo, puede producirse una necrosis del ligamento periodontal y una reabsorción por sustitución.

8. BIOCMPATIBILIDAD DEL MTA FRENTE A CEMENTO PORTLAND CON DIÓXIDO DE TITANIO

Cortés O, Crespo S, García C

Unidad Docente Odontopediatría. Universidad de Murcia

Introducción: El Agregado trióxido mineral (MTA) está indicado para diversos tratamientos pulpares. Se ha visto que la base de su composición es cemento portland con Bi₂O₃. A su vez, el dióxido de titanio un pig-

mento blanqueante que se utiliza en el campo de la medicina y la odontología. Entre sus propiedades destacan que es biocompatible y radiopaco, al igual que el óxido de bismuto, pero con el potencial de mejorar las propiedades del cemento al blanquearlo, mejorando el color; y al aumentar sus resistencias, indicador de calidad y longevidad del cemento.

Objetivos: El objetivo de este estudio ha sido evaluar la citotoxicidad del MTA Proroot® blanco y de 4 prototipos más, basados en cemento Portland a los que se le añadieron diferentes porcentajes de dióxido de titanio, 1, 10, 20 y 30% respectivamente.

Material y método: Para ello, se hizo un estudio de citotoxicidad en un cultivo celular de fibroblastos L929, del MTA y de 4 prototipos basados en cemento Portland con TiO₂ al 1, 10, 20 y 30%, respectivamente.

Resultados: Los prototipos con TiO₂ añadido al cemento Portland mostraron una viabilidad celular aceptable, siendo el prototipo del 30% de TiO₂ el que mejor biocompatibilidad presentó de los prototipos con dióxido de titanio (solicitud de patente P 200931162).

Conclusiones: La viabilidad celular frente a los prototipos con TiO₂ fue aceptable y sería mejorable si se lograran controlar variables como la osmolaridad, por lo que se requieren más estudios sobre el tema.

9. ¿CARIES DE BIBERÓN O NEGLIGENCIA DENTAL?

Moreno MP, Paz M, Ortega L

Práctica Privada

Introducción: El odontopediatra recibe cada día en su consulta niños de edades muy tempranas que en algunas ocasiones presentan extensas patologías muy características como la denominada caries de biberón, pero simultáneamente el odontólogo debe plantearse la posibilidad de que no sea únicamente un problema meramente patológico, si no que se puede estar enfrentando a un caso de abandono por parte de los padres del cuidado bucal de sus hijos cuestionándose si existe la posibilidad de hablar de negligencia dental. No obstante, debemos plantearnos nuevamente como odontólogos si en vez de abandono nos encontramos ante una falta de información por parte de los padres o tutores.

Objetivos: El objetivo de esta comunicación es plantear si el estado bucal de nuestros pacientes es algo fortuito o estamos ante un tipo de maltrato infantil denominado negligencia dental o simplemente es una falta de información por parte de los padres o tutores del paciente.

Material y métodos: Para la realización de esta comunicación se han consultado bases de datos como Medline o PubMed. Se ha acudido a bibliotecas universitarias para la búsqueda de artículos.

Conclusiones: Debemos tener presente que el abandono de la salud bucal de nuestros menores es un signo de maltrato llamado negligencia dental.

El odontopediatra debe de informar a representantes de los paciente de la patología presente y de la importancia de su tratamiento.

10. CARIES DE INICIO TEMPRANO: UN PROBLEMA DE SALUD ACTUAL

Ruiz C, Zapata E, Serna C, Cerdán F, Delgado N

Hospital San Rafael. Madrid

Introducción: La Caries de Inicio Temprano (CIT) se define, según la Academia Americana de Odontología Pediátrica, como la presencia de uno o más dientes cariados, ausentes o restaurados en la dentición primaria, en niños de edad preescolar, es decir, entre el nacimiento y los 71 meses de edad; y está etiológicamente relacionada con una lactancia materna prolongada, consumo de biberón, ya sea con leche o con cualquier líquido azucarado, uso del chupete endulzado y malos hábitos dietéticos.

De los problemas dentales, esta tipo de caries es el trastorno que más afecta a la dentición temporal, por ello el pediatra, el odontólogo y todo personal de salud que trate al niño puede ayudar a prevenir su aparición y con ello, las consecuencias físicas, psicosociales y económicas que ocasiona la CIT.

Objetivos: Revisar la etiología de la CIT y destacar el aumento de la prevalencia en un sector concreto de la población, realizando una estadística en los niños con caries de inicio temprano que acudieron por primera vez al Servicio de Odontopediatría del Hospital San Rafael desde septiembre del 2009 hasta abril del 2010. Igualmente alertar e informar a los profesionales sanitarios del ámbito pediátrico de la importancia de la prevención de esta patología.

Material y método: Se realizó una historia clínica completa mediante anamnesis detallada, exploración clínica y radiográfica y análisis de dieta de los pacientes incluidos en la muestra. Conjuntamente, llevamos a cabo una revisión bibliográfica sobre el tema en PubMed y Medline de los artículos publicados entre 1999 y 2010, utilizando como palabras clave "caries de biberón, caries rampante, caries de inicio temprano, caries y lactancia materna".

Conclusiones: Observamos un aumento de la prevalencia de la caries de inicio temprano en niños de muy corta edad estando su etiología fuertemente vinculada a los hábitos dietéticos. Es por tanto necesario reevaluar la actitud frente a esta enfermedad de todos los profesionales encargados de cuidar el bienestar del niño; e informar a los padres de la prevención y solución de este problema.

11. CARIES DE LA PRIMERA INFANCIA. ESTUDIO DE SUS PRINCIPALES CAUSAS

Facal García M

Facultad de Medicina y Odontología de Santiago de Compostela. USC

Introducción: La "caries de la primera infancia" es un tipo especial de caries que afecta a niños de muy corta edad y que tienen que ver con errores dietéticos desde la etapa en la que al bebé le comienzan a erupcionar sus dientes.

Objetivos: Analizar las principales causas de estas caries en una población del sur de Galicia.

Material y métodos: 43 niños y niñas menores de 5 años con caries de la primera infancia, que acuden a una clínica especializada en Odontopediatría y a los que se les realiza una anamnesis pormenorizada destinada a encontrar su causa.

Resultados: 26 lactancia natural a demanda (61%); 6 biberones nocturnos (14%); 6 zumos azucarados como sustitutivos del agua (14%); 4 chupetes impregnados en miel o azúcar (9%); y 1 inhaladores (2%).

Conclusiones:

1. Se deben de diferenciar de las amelogénesis y otros defectos congénitos del desarrollo de los dientes.
2. Siempre se le puede encontrar una cusa a este tipo de caries.
3. La información a los padres es la mejor prevención.

12. COMPARACIÓN RESISTENCIAS DEL CEMENTO PORTLAND CON Bi_2O_3 FRENTE AL TiO_2

Crespo S, Cortés O, García C

Departamento de Odontopediatría. Universidad de Murcia

Introducción: El MTA es un material indicado en diversos tratamientos pulpares, entre ellos en pulpotomía de dientes temporales y apicoformación de dientes inmaduros. Tiene grandes cualidades pero también tiene una serie de inconvenientes, como su elevado coste, baja resistencia a la compresión y tiñe la corona del diente en el que se aplica.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue considerar el dióxido de titanio (TiO_2) como una alternativa al óxido de bismuto (Bi_2O_3) que es añadido al cemento Portland en la composición del MTA. Siendo el dióxido de titanio un pigmento biocompatible y radiopaco al igual que el óxido de bismuto. A diferencia con éste último, es un pigmento blanqueante, no amarillo, que tiene el potencial de aumentar la resistencia a la compresión del cemento. El dióxido de titanio ya se utiliza en el campo de la medicina y odontología, así forma parte de medicamentos como los antihistamínicos orales o de cementos como el Sealapex[®], entre otros.

Material y método: Para ello hicimos prototipos con distintos porcentajes de TiO_2 y se estudiaron sus resistencias siguiendo la norma UNE EN 196-1: Método de ensayo de cementos. Determinación de resistencias mecánicas.

Resultados: Se observó que el TiO_2 aumentaba la resistencia a la compresión del cemento, llegando a obtenerse valores que casi duplican a los publicados para el MTA. Por su parte, el Bi_2O_3 disminuía la resistencia del cemento (solicitud de patente nº 200931162).

Conclusión: Al añadir TiO_2 al cemento se mejoran las resistencias del mismo y con ello su calidad y longevidad.

13. CONCENTRACIÓN INTRACELULAR DE METALES PROCEDENTES DE APARATOS DE ORTODONCIA

Guerrero J, Fernández E, Ortiz C, Vicente A, Ortiz AJ
Universidad de Murcia

Introducción: Los tratamientos ortodóncicos necesitan la permanencia de los brackets metálicos en la boca durante una media de dos años. Aunque los brackets se fabrican con aleaciones resistentes, la cavidad oral es un medio potencialmente corrosivo: cambios bruscos de pH y temperatura, presencia de placa bacteriana y sus productos, altas concentraciones de iones cloruro. La liberación de iones metálicos desde estos materiales, como consecuencia de una corrosión localizada, podría generar un incremento en la concentración intracelular de los mismos en las células de la mucosa oral que estén en contacto con los brackets.

El objetivo de nuestro trabajo ha sido medir los metales que contienen las células que están en contacto con los brackets y tubos usados en un tratamiento de ortodoncia.

Material y método: Grupo acero inoxidable (n = 5); grupo libre de níquel (n = 5); grupo titanio (n = 5). Veinte brackets y 4 tubos de cada aleación se colocaron a niños entre 12 y 16 años. Los tubos en los cuatro primeros molares y los brackets entre segundos premolares de la arcada superior y de la inferior. Se tomaron muestras de células de la mucosa yugal inmediatamente antes de cementar los brackets y tubos y 30 días después. Se midió la concentración intracelular de titanio, cromo, manganeso, hierro, cobalto, níquel y molibdeno. Las concentraciones de los metales aparecen en el rango de los $\mu\text{g/l}$.

Resultados: Las células de la mucosa yugal de los pacientes antes de que se les cementaran los tubos y brackets ortodóncicos contenían los siguientes iones metálicos: Ti^{47} $0,98 \pm 0,64$, Mn^{55} $0,32 \pm 0,50$, Mo^{92} $0,13 \pm 0,35$, Fe^{56} $1,95 \pm 2,29$ y Ni^{60} $3,44 \pm 9,79$.

Las células de los pacientes que llevaron durante 30 días los tubos y brackets de acero inoxidable presentaron cantidades más elevadas, que las células controles, de manganeso (Mn^{55} $1,08 \pm 1,57$) y de titanio (Ti^{47} $3,04 \pm 2,67$).

En las células mucosas de los pacientes del grupo libre de níquel se detectó más cromo (Cr^{52} $0,34 \pm 0,59$) y más hierro (Fe^{56} $5,36 \pm 7,44$).

Las células en contacto durante un mes con los tubos y brackets de titanio no modificaron la composición interna de los elementos metálicos medidos.

Conclusiones: Las células de la mucosa yugal son capaces de incorporar los iones metálicos que se diluyen desde los aparatos de ortodoncia.

14. CORONAS ESTÉTICAS EN MOLARES TEMPORALES. RESULTADOS PRELIMINARES

Violés M, Mayné R, Guinot F, Cuadros C, Bellet LJ
Universitat Internacional de Catalunya. Barcelona

Introducción: Las coronas metálicas son consideradas la restauración ideal para molares temporales tras recibir tratamiento pulpar, pero muestran un gran inconveniente, su estética. Desde los años 90, encontramos en el mercado las coronas estéticas para molares temporales, cuyo éxito clínico aún no está ampliamente aceptado.

Objetivo: Determinar y comparar la retención, resistencia al desgaste, salud gingival y satisfacción de los padres obtenida tras colocar coronas metálicas preformadas y coronas metálicas preformadas con frente estético en molares temporales.

Material y métodos: La muestra estuvo compuesta por 14 molares temporales de pacientes visitados en la Clínica Universitaria Odontológica (CUO) de la Universitat Internacional de Catalunya. Los criterios de inclusión fueron: molares temporales que hubieran recibido tratamiento pulpar (pulpotomía/pulpectomía), restauraciones de caries extensas, molares temporales decoronados o hipomineralizados. A cada paciente se le colocó una corona de cada tipo de forma aleatoria, determinando la muestra de 7 molares para el grupo control (coronas metálicas) y 7 molares para el grupo experimental (coronas estéticas).

Previo tratamiento pulpar, se registró la salud gingival mediante el *Índice de Løe y Silness*, junto con un examen clínico y radiográfico del molar. Se realizó el tallado de los molares bajo aislamiento absoluto mediante la técnica convencional. Ambas coronas se cementaron con cemento de ionómero de vidrio. Tras la colocación, se realizó un control radiográfico y se facilitó un cuestionario a los padres para valorar su satisfacción. A los 3 meses, se repitió el examen clínico y radiográfico y se entregó un nuevo cuestionario a los padres.

Resultados: Los resultados preliminares indican una gran satisfacción de los padres respecto a las coronas estéticas, obteniendo resultados superiores a las metálicas en cuanto a color y apariencia. Los resultados no fueron estadísticamente significativos en referencia a la preferencia por la forma y tamaño de las coronas. En ambos grupos no se observaron cambios a nivel periodontal. La mayoría de coronas de ambos grupos muestran una buena adaptación marginal clínica y radiográfica.

Conclusiones: Las coronas estéticas para molares temporal parecen ser la opción más óptima para restauraciones de cobertura total ofreciendo una estética aceptable para los padres.

15. DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO INFANTIL

García J, Teruel JD, Hernández A, Alcaina A, Ortíz AJ
Universidad de Murcia

Introducción: Entre el 1 y el 3% de la población infantil presenta *Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño* (SAOS). Sin embargo, es muy frecuente que esta patología pase desapercibida puesto que no disponemos de un correcto sistema que garantice su diagnóstico precoz.

Clínicamente, el paciente con SAOS presenta durante la noche despertares transitorios, ronquidos y, en ocasiones, diaforesis, enuresis y pesadillas. Durante el día el niño puede presentar somnolencia, cefaleas matutinas o trastornos del comportamiento.

El método de referencia actual para el diagnóstico del SAOS es la Polisomnografía (PSG) convencional.

Una correcta historia (clínica anamnesis y exploración clínica) por sí sola tiene alrededor de un 26% de probabilidad de detectar a un paciente con SAOS. Si a ésta le adjuntamos un cuestionario específico el porcentaje asciende a un 53%.

Objetivo: Elaborar un cuestionario a rellenar por los padres para detectar precozmente el SAOS infantil.

Material y método: Hemos desarrollado un cuestionario de 25 preguntas con respuesta múltiple. Este cuestionario irá a los niños entre 4 y 16 años que acudan a consultas pediátricas, en especial odontológicas, siendo siempre respondido por los padres, que serán aleccionados para conseguir unas respuestas reales. Las preguntas pueden ser contestadas en el mismo momento de la entrega o días después, en casa, cuando los padres hayan observado aquello que se les plantea.

El cuestionario consta de 2 partes y 25 preguntas:

—Parte I. Estado del niño: con esta parte pretendemos completar la historia clínica con unas preguntas que nos pueden ayudar al correcto diagnóstico del SAHS infantil. Las respuestas pueden ser Sí o No.

—Parte II. El niño durante el día y la noche: con esta parte se pretende evaluar el grado de SAHS que presenta el niño, correspondiéndose cada pregunta con uno de los síntomas más comunes. Tienen cuatro repuestas posibles: Siempre, Frecuentemente, A veces y Nunca.

Conclusiones: Creemos que tras la validación del cuestionario se va a convertir en un método de despistaje del SAOS infantil de uso habitual en todas las consultas de pediatría.

16. DIENTES SUPERNUMERARIOS: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ALTERACIONES DENTALES ASOCIADAS

Leiva M, González E, Cahuana A, González Y
Universidad de Barcelona. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona

Introducción: Los dientes supernumerarios o hiperodoncia se definen como el exceso de la configuración del número normal de los dientes temporales o permanentes. La prevalencia reportada varía entre el 1,5 y el 3,5% en la dentición permanente, con mayor incidencia en los varones. Su localización más frecuente es en maxilar superior entre los incisivos y en la mandíbula en la región premolar. Su etiología aún es desconocida, siendo aceptada la “teoría de la hiperactividad localizada” e independiente de la lámina dental.

Objetivo: Estudio de las características y de las alteraciones asociadas a los dientes supernumerarios.

Materiales y métodos: Estudio prospectivo en una muestra de 71 pacientes con dientes supernumerarios, atendidos entre 2004 y 2009 en el Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. Al diagnóstico se obtuvieron datos generales y tras la extracción se programaron periodos de 6 meses para valorar la erupción.

Se evaluó: a) edad de diagnóstico; b) género de los pacientes; c) datos relacionados al supernumerario: el número, forma, localización en la arcada y relación con

el diente permanente sucesor (bajo, medio y bajo); y d) alteraciones de la posición y erupción de dientes permanentes.

Resultados: La edad media de diagnóstico fue de 9,49 años de edad (rango entre 6-14 años de edad). Fueron del género masculino el 70% y femenino el 30%. El supernumerario fue único en el 65%, dos: 27%, tres o más: 8%. La localización del supernumerario en la región anterior del maxilar se ubicó en el 91%, y el 9% en otras regiones. La forma conoide fue la más frecuente con un 53,5%; suplementario: 16%, tuberculado: 14%; dismórficos: 9,8%. La posición con respecto al diente afectado más prevalente fue la posición baja con un 46%, seguida de la posición media con un 25%. En un 60% de los casos existía alteración de la erupción, y de estos el 65% correspondía a retraso de la erupción, y el 18% corresponden a ectopias severas.

Conclusiones: En el presente estudio queda constancia que el supernumerario más frecuente es el conoide con ubicación maxilar y que afecta sobre todo al género masculino, con un elevado porcentaje de alteraciones de la erupción. Es importante enfatizar que la edad de diagnóstico es a los 9 años de edad, aún sigue siendo tarde, la media debería ser alrededor de los 7 años. Creemos que el diagnóstico precoz de los casos con dientes supernumerarios implica un tratamiento precoz para reducir las complicaciones asociadas.

17. ¿DÓNDE SE ESTABLECEN LOS LÍMITES ENTRE ODONTOPEDIATRÍA Y ORTODONCIA?

Méndez M, Albero G, Beltri P, Correa E, Costa F
Universidad Europea de Madrid

Introducción: La nueva ley de especialidades en odontología marcará un antes y un después en nuestra práctica diaria tanto como odontólogos como odontopediatras. Están surgiendo nuevos postgrados de odontopediatría donde el tratamiento ortodóncico interceptivo forma una parte importante del programa. Ante esta situación no cabe más que plantearse nuevamente la duda que nos trae aquí. La ortodoncia interceptiva tiene como objetivo ofrecer al paciente el tratamiento que le asegure el máximo beneficio con el menor coste biológico y económico. Desde siempre la edad de inicio del tratamiento de ortodoncia ha sido un tema controvertido. El abanico de opciones terapéuticas de las que se dispone para el manejo del espacio en dentición mixta, una parte importante de la ortodoncia interceptiva, son aquellas que se engloban en su mayoría en nuestra práctica diaria como odontopediatras. Ante esta situación quizás esta controversia sobre el inicio del tratamiento sea mayor para el ortodoncista que para los odontopediatras.

Objetivos: Fomentar el debate sobre los límites entre odontopediatría y ortodoncia.

Material y método: Búsqueda en PubMed y Medline con palabras clave: "Ortodoncia interceptiva, Dentición mixta, espacio de deriva, ortopedia".

Conclusiones:

1. El odontopediatra, dada su formación está capacitado para tratar las alteraciones de la erupción, realizar

un manejo del espacio en dentición mixta y diagnosticar y actuar ante un problema ortopédico.

2. El odontopediatra dispone de un concepto más global de las necesidades de sus pacientes infantiles, ya que la historia clínica inicial no siempre nos alerta de determinados factores externos, que en ocasiones percibimos, por el comportamiento del niño una vez iniciado el tratamiento restaurador.

3. El ortodoncista puede fijar con precisión los objetivos del tratamiento de primera fase, especialmente en aquellos casos en los que es necesaria una segunda fase de actuación.

18. EFECTIVIDAD DE LAS PRESENTACIONES SOBRE SALUD ORAL INFANTIL PARA PADRES

Borrell C, Luzi A, Gandía A, Carmona M, Marqués L
Departamento de Odontología. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad CEU Cardenal Herrera. Valencia

Introducción: Más del 50% de los niños en edad infantil entre 0-3 años experimentan caries en su dentición. Esta enfermedad afecta a la población en general pero está probado que afecta 32 veces más a los niños que provienen de familias con un estatus socioeconómico bajo, que las madres tienen un nivel educativo bajo y consumen productos azucarados. Hay estudios que concluyen que los videos o presentaciones sobre la salud oral infantil a los padres son una herramienta efectiva para guiar a estos últimos y a los educadores en la prevención de caries en la población infantil.

Objetivos: Evaluar la efectividad de una presentación sobre salud oral infantil dirigida a los padres en una escuela infantil, utilizando un cuestionario.

Material y métodos: Los sujetos eran padres que llevan a sus hijos en una escuela infantil en el Municipio de Burjassot Provincia de Valencia. Los participantes en este estudio son hombres y mujeres que tienen niños entre 0 y 3 años. Una presentación *Power Point* de una hora sobre salud oral infantil para padres se realizó en este centro. Después de esta presentación se repartió a los padres un cuestionario con 28 preguntas que se dividió en dos partes una parte para los padres que participaron en esta presentación y otra parte para los padres que participaron en esta presentación. Los padres atendieron solo a una presentación sobre salud oral infantil.

Resultados: 50 padres participaron en este estudio. El 100% de ellos refieren que no han llevado nunca a su hijo al dentista. El 100% de los padres nos dicen que estas presentaciones son muy efectivas y que después de participar en ellas le darán más importancia a la higiene y salud oral de sus hijos. Los padres que no atendieron a esta presentación no pueden definir que es un odontopediatra, para que se utiliza el flúor o los selladores de fisuras todo lo contrario con los padres que asistieron a esta presentación. Todos ellos coinciden que estas presentaciones las tiene que realizar un profesional especializado en este campo.

Conclusiones: Este estudio piloto demuestra la efectividad de una presentación de *Power Point* de 60 min

en mejorar los conocimientos de los padres sobre la salud oral de sus hijos. La mayoría de los padres refieren que la presentación fue muy útil y nos indican que la información obtenida va a cambiar la forma de cuidado de los dientes de sus hijos en domicilio.

19. ENCUESTA SOBRE LA ENSEÑANZA Y USO DEL MTA EN ODONTOPEDIATRÍA

Gandía A, Luzi A, Marques L, Carmona M, Borrell C
Departamento de Odontología. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad CEU Cardenal Herrera. Valencia

Introducción: El primer artículo sobre el Agregado de Trióxido Mineral (MTA) se publicó en el año 1993, en el año 1995 Torabinejad y sus colaboradores publicaron varios artículos sobre este mismo material. Una búsqueda en PubMed a finales de enero de 2010 revela que existen 664 artículos sobre "MTA" pero la búsqueda sobre *Mineral Trioxide Aggregate and Teaching* no revela ningún artículo.

Objetivo: Determinar si los estudiantes de Odontología de pregrado y los estudiantes de postgrado en Odontopediatría en Facultades de Odontología en España se les enseña acerca de las propiedades y uso del MTA en el tratamiento pulpar en dentición temporal y dentición permanente joven.

Material y métodos: Está encuesta se repartió en enero de 2010 cuando en PubMed un total de 664 artículos estaban citados. Un cuestionario se envió a 13 Universidades Españolas públicas y privadas que incluyen en sus estudios la Licenciatura o Grado de Odontología. Las preguntas se agruparon en categorías grandes como: enseñanza sobre el uso del MTA; prácticas preclínicas sobre el MTA; observación de su uso en la clínica; oportunidad de uso en la clínica; materiales que se usan de forma rutinaria en procedimientos específicos.

Resultados: Todas las universidades respondieron a este cuestionario. Todas ellas nos responden que tienen un departamento o unidad dedicada a la Odontopediatría. En todas las Universidades se les enseña a los alumnos de pre y postgrado sobre los usos del MTA. De todas las universidades tres de ellas nos refieren que los estudiantes de pregrado tienen la posibilidad de manejar el MTA en preclínica todo lo contrario pasa con su uso en la clínica en todas ellas nos responden que no. No existen estudios de postgrados en todos los centros a los cuales iba dirigida esta encuesta, pero en todas las que el programa de postgrado esta desarrollado refieren que los estudiantes de postgrado sí que usan el MTA en la clínica. El material de elección para el recubrimiento pulpar directo y indirecto en dentición permanente joven es el hidróxido de calcio y para la pulpotomía en dentición temporal es el formocrosol para los estudiantes de postgrado y el MTA para los de postgrado.

Conclusiones: El uso del MTA en odontopediatría se ha introducido en los programas de pregrado y de postgrado en las Facultades de Odontología en España, pero de forma limitada.

20. EPIDERMÓLISIS BULLOSA: NECESIDAD DE UN TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR

Beltri P¹, Méndez M¹, Martínez E², Planells P²
¹Universidad Europea de Madrid. ²Universidad Complutense de Madrid

Introducción: La epidermólisis bullosa (EB) se refiere a un grupo de enfermedades hereditarias con presentación diversa desde formas más leves a otras más graves, que afectan a la piel y las mucosas y que suponen la formación de ampollas y vesículas tras mínimos traumatismos, con afectación variable de otros órganos. No existe un tratamiento específico, y su evolución es crónica, llegando a mermar la calidad de vida de los pacientes y su supervivencia, lo cual supone un reto tanto para los afectados, como para los familiares y los profesionales que los atienden.

Al ser una enfermedad de baja prevalencia, el profesional de la salud no suele tener experiencia, ni formación suficiente para realizar un abordaje adecuado en relación al diagnóstico, las necesidades específicas de atención y de seguimiento que requieren estos pacientes y sus cuidadores.

Objetivos: La necesidad de un mejor conocimiento de esta enfermedad por parte de los profesionales de la salud que de alguna manera se ven involucrados en el tratamiento de estos pacientes propició la creación del *Primer Día Nacional de la Epidermolisis Bullosa* que se celebró en Madrid en el Hospital de Niño Jesús el 14 de enero de 2009.

21. ESTUDIO COMPARATIVO *IN VITRO* DE MICROFILTRACIÓN ENTRE COMPÓMEROS Y COMPOSITOS EN CAVIDADES CLASE II

Pizà N, Guinot F, Cuadros C, Lorente A, Bellet JL
Máster de Odontopediatría Integral Infantil. Universitat Internacional de Catalunya. Barcelona

Introducción: El compómero fue introducido en 1990 como material ideal para la restauración de dientes temporales, ya que comparte características con el ionómero de vidrio y el composite. Este material combina la estética tradicional de los composites con la liberación de flúor y adhesión de los ionómero de vidrio.

Objetivos: Evaluar y comparar la microfiltración del compómero Dyract-Extra[®] y composite Evo Tetrac[®] en cavidades clase II de molares temporales.

Material y métodos: 36 molares temporales extraídos fueron divididos en 2 grupos (A y B) según el tipo de material restaurador utilizado. A su vez, cada grupo fue dividido en tres subgrupos según el sistema de adhesión. *Grupo A1:* compómero y adhesivo autograbante. *Grupo A2:* compómero y adhesivo dos pasos. *Grupo A3:* compómero y adhesivo tres pasos. *Grupo B1:* composite y adhesivo autograbante. *Grupo B2:* composite y adhesivo 2 pasos. *Grupo B3:* composite y adhesivo tres pasos. Después de la colocación de los diferentes sistemas adhesivos y materiales restauradores, se realizaron réplicas de resina de todos los dientes, que fueron obser-

vadas al microscopio electrónico. A continuación, los dientes se termociclaron en agua (3.000 ciclos entre 5° y 55 °C) y se tiñeron en azul de metileno al 2% durante 48 horas. Al terminar el termociclado, se volvieron a realizar réplicas de los dientes para ser observadas de nuevo al microscopio electrónico. Finalmente, se utilizó Iso-met 1.000 Buehler para recortar la muestra en sentido bucolingual. Posteriormente, se fotografió cada muestra con el esteromicroscopio y seis investigadores a doble ciego evaluaron la microfiliación. *Análisis estadístico:* Se aplicó el test de ANOVA con una significancia del 95% mediante el programa estadístico Statgraphics Plus® versión 5.1.

Resultados: No se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$) en cavidades clase II con la aplicación de adhesivos de grabado y lavado, tanto en composites como en compómeros. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) con la aplicación de adhesivos autograbantes, resultando más microfiliación en las cavidades realizadas con composites.

Conclusiones: La microfiliación de ambos materiales, compómero y composite, es similar cuando se usa grabado más lavado como técnica adhesiva. Sin embargo, al utilizar el adhesivo autograbante se observa una menor microfiliación en el compómero.

22. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE PULPECTOMÍAS EN DIENTES TEMPORALES

Poza A, Alonso I, Fernández J, de la Cuesta Y, Cerdán F

Hospital San Rafael. Madrid

Introducción: Las pulpectomías empezaron a llevarse a cabo en 1.932 para usar el propio diente como guía de erupción del sucesor. Es un tratamiento justificado por sus múltiples indicaciones, sin embargo, existe controversia respecto al mismo, dada la dificultad de la técnica y su pronóstico reservado. Por ello, decidimos realizar un estudio retrospectivo de las pulpectomías efectuadas en el Postgrado de Odontopediatría del Hospital San Rafael desde enero de 2006 hasta enero de 2008.

Objetivos: a) Valorar la eficacia de las pulpectomías realizadas tanto en dientes anteriores como posteriores; b) establecer los determinantes de éxito y fracaso de las mismas.

Materiales y métodos: Revisamos 141 historias clínicas del servicio de odontoestomatología del Hospital San Rafael, excluyendo 83 historias, por falta de seguimiento del tratamiento durante 24 meses. Examinamos un total de 173 pulpectomías realizadas entre enero del 2006 y 2008.

Todas las pulpectomías se realizaron bajo el protocolo establecido en el postgrado de Odontopediatría del Hospital San Rafael (aislamiento, hipoclorito sódico al 5,25% como irrigante, KRI-1 como material de obturación y revisiones pautadas hasta los veinticuatro meses).

Resultados: De las 84 pulpectomías válidas según el criterio de estudio, 41,6% fueron en dientes anteriores y 58,4% en dientes posteriores. En cuanto a dientes ante-

teriores, tuvieron éxito 71,4% pulpectomías y 28,6% fracasaron. En cambio, en dientes posteriores 44,9% pulpectomías tuvieron éxito y 55,1% fracasaron.

Conclusiones:

1. El pronóstico en las pulpectomías del sector anterior es favorable.

2. En el sector posterior el pronóstico es variable y más dependientemente de factores como: grado de destrucción dentaria, sellado coronal y destreza del operador.

3. Se necesitan estudios más precisos y proto-colizados para valorar los factores determinantes de éxito y fracaso en la pulpectomía.

4. Consideramos éxito clínico el hecho de que el diente tratado permanezca en boca sin sintomatología, favoreciendo por un lado situaciones clínicas en las que el primer molar permanente se encuentra intraóseo; y por otro lado, el desarrollo madurativo y psicológico en el niño.

23. EVALUACIÓN Y COMPARACIÓN *IN VITRO* DE LA MICROFILTRACIÓN DE UN SELLADOR DE FOSAS Y FISURAS HIDROFÍLICO

Díez Soto S, Cuadros C, Mayoral JR, Bellet LJ

Universitat Internacional de Catalunya

Introducción: El sellado de fosas y fisuras es un método de prevención del inicio de caries y de detención de su progresión, proporcionando una barrera física que inhibe los microorganismos y las partículas alimentarias acumuladas en las fosas y fisuras. La correcta adhesión del sellador al esmalte es de gran importancia para evitar la microfiliación y posterior fracaso del tratamiento, dado que esta técnica es muy sensible a la contaminación salivar. Debido a ello, han surgido nuevos materiales selladores compatibles con la presencia de saliva o humedad.

Objetivo: Evaluar y comparar la microfiliación del sellador de fosas y fisuras Embrace™ WetBond y del adhesivo OptiBond™ FL en diferentes condiciones de aplicación, húmedas y secas, antes y después del termociclado.

Materiales y métodos: Un total de 64 molares permanentes extraídos fueron incluidos en el estudio. La muestra fue dividida en 2 grupos. *Grupo 1:* aplicación del adhesivo OptiBond™ FL como sellador de fosas y fisuras; *grupo 2:* aplicación del sellador Embrace™ WetBond™. Ambos grupos, a su vez, se subdividieron en dos grupos, según la condición de aplicación (condiciones húmedas o condiciones secas). Posteriormente, se sometió a la mitad de la muestra a 500 ciclos de termociclado. Se realizó un análisis de microfiliación mediante microscopio óptico a una resolución de 40X, llevado a cabo por la técnica del doble ciego (4 participantes). *Análisis estadístico:* Se aplicó el test de ANOVA con una significancia del 95% mediante el programa estadístico Statgraphics Plus® versión 5.1.

Resultados: No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos materiales ($p > 0,05$) pero sí entre las condiciones de aplicación ($p < 0,05$), mostrando una mayor microfiliación de ambos materiales en presencia de saliva.

Conclusiones: Los resultados de este estudio mostraron que la microfiliación fue mayor en presencia de saliva, en los materiales Embrace™ WetBond y OptiBond™.

24. ESTUDIO MULTIDISCIPLINAR EN POBLACIÓN INFANTIL CON TRASTORNO AUTISTA

Martínez Pérez EM¹, Beltri Oltra P², Miegimolle Herrero M², Gómez Legorburu B¹, Planells del Pozo P¹
¹Facultad de Odontología. Universidad Complutense de Madrid. ²Facultad de Odontología. Universidad Europea de Madrid

Introducción: El autismo es un síndrome de la niñez, considerado por algunos como la enfermedad mental más incapacitante y extraña del ser humano. Se caracteriza, fundamentalmente, por un complejo desorden del lenguaje y de la socialización, desarrollo de rituales compulsivos persistentes y resistencia al cambio.

Tras un análisis del estado actual del tema, se plantea la siguiente hipótesis: ¿las características psicológicas y bucodentales del niño con trastorno autista constituyen un problema de salud oral susceptible de intervención específica?

Objetivos: El objetivo general del presente trabajo es acercar los procedimientos odontopediátricos al niño con trastorno autista, teniendo en cuenta no sólo el estudio de las necesidades bucodentales en sí, sino también la posibilidad de desarrollar técnicas especiales de control del comportamiento para la aceptación de la intervención clínica.

Material y métodos: Sobre una población total de niños pertenecientes a un Centro de Educación Especial de la Comunidad de Madrid, se selecciona una muestra, según criterios de inclusión-exclusión establecidos.

Se desarrollan los protocolos de desensibilización previa, en colaboración con el Centro de Educación Especial. Así mismo, se realiza el análisis de la situación bucodental de los niños de la muestra.

Resultados: Según los resultados de nuestro estudio, para favorecer la realización de los procedimientos odontopediátricos, se haría imprescindible la aplicación de sesiones de desensibilización previa a la realización de cualquier procedimiento clínico, integrando dentro de los protocolos habituales de los centros de educación especial, programas específicos para el cuidado y mantenimiento de la salud bucal del paciente autista.

Coincidiendo con otros autores, los resultados de nuestro estudio nos pueden llevar a afirmar que, en general, los niños con trastorno autista no presentan una patología bucodental específica, asociada a dicho síndrome aunque los resultados de la encuesta aplicada en la presente investigación ya hacían referencia a una serie de hábitos potencialmente incompatibles con un adecuado nivel de salud bucal.

Conclusiones: Consideramos de gran importancia de la realización de futuras investigaciones en este ámbito de la odontopediatría para mejorar la salud bucal de los niños con trastorno autista.

Proyecto financiado por la Fundación Mutua Madrileña.

25. FACTORES ASOCIADOS A LA ERUPCIÓN DE DIENTES PERMANENTES RETENIDOS POR DIENTES SUPERNUMERARIOS EN LA ZONA MAXILAR

González E, Leiva M, Cahuana A, González Y
 ODP. Universidad de Barcelona. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona

Introducción: La presencia de dientes supernumerarios (SN) se asocia habitualmente con alteraciones de la erupción de dientes permanentes. El diagnóstico tardío predispone a ectopias e incluso a fracasos eruptivos. En el tratamiento, tras la exodoncia del SN, no siempre tiene lugar la erupción de los dientes con alteración eruptiva.

Objetivo: Analizar los factores relacionados con la erupción espontánea de los dientes permanentes tras la extracción del diente supernumerario.

Materiales y métodos: Estudio prospectivo de una muestra de 71 pacientes con dientes supernumerario maxilares no erupcionados durante el periodo de 2004-2009 en el Hospital San Joan de Déu de Barcelona.

Tras la exodoncia del supernumerario, se indicó en todos ellos una espera en periodos de 6 meses, con control radiológico, para confirmar la erupción.

El diagnóstico de no cambios en la erupción, condicionó una terapia activa mediante ortodoncia.

Se valoraron diversas variables relacionadas con la erupción espontánea: edad y sexo de los pacientes y las alteraciones eruptivas del diente permanente.

En relación al SN: localización, forma, posición, desarrollo radicular según los estadios de Nolla.

Resultados: 71 pacientes (50 niños y 21 niñas) con edades entre 6 y 14 años (EM = 9,49 años de edad).

La alteración de erupción fue evidente en el 60% de los casos. Luego de haber realizado la exodoncia del SN, hubo una erupción espontánea en un 55% de los casos y fracaso de erupción en un 45%.

El mayor porcentaje en los dientes erupcionados (62%) se asoció a la forma conoide, a la exodoncia del SN entre los 6-8 años de edad y a un desarrollo radicular correspondiente al estadio de Nolla ≤ de 7.

Conclusiones: En este estudio pudimos observar que la realización de la exodoncia del diente SN (de forma conoide) entre los 6-8 años edad, con un estadio de Nolla de 7 en el diente permanente, se asocia con un buen pronóstico diente permanente retenido. Y en contraposición los fracasos de erupción se asociaron a una intervención tardía, desarrollo radicular concluido y a una posición ectópica.

26. HÁBITOS PATERNOS: SU INFLUENCIA EN LA SALUD BUCODENTAL DE LOS NIÑOS

Pérez Suárez MV, Carrillo Díaz M, García Escudero LA, Romero Maroto M
 Universidad Rey Juan Carlos. Alcorcón, Madrid

Objetivos: El objetivo del presente estudio fue valorar la influencia de los hábitos higiénicos paternos en la higiene y salud bucodental de los niños.

Material y métodos: En el presente estudio fueron incluidos 232 niños de 4-8 años residentes en Alcorcón. Mediante un cuestionario entregado a los padres se recopilaron datos sobre los hábitos higiénicos y dietéticos del niño y la asistencia periódica a revisiones dentales; igualmente se obtuvo información sobre las variables sociodemográficas y los hábitos de higiene de los padres. Posteriormente, previo consentimiento informado, se realizó una exploración intraoral a cada niño. Se analizaron los datos mediante el test Chi-cuadrado.

Resultados: El índice de caries de los niños con las variables conocimientos de los padres sobre la técnica de cepillado, la frecuencia del cepillado y las revisiones periódicas de los padres son estadísticamente significativa ($p < 0,05$). El nivel de educación de los padres no tuvo asociación significativa con la frecuencia de cepillado de los niños ($p \geq 0,05$).

Conclusiones: Los hábitos higiénicos y el estado de salud bucodental paternos influyen en la salud oral de los niños.

27. HIPOFOSFATASIA

Caleyá Zambrano AM, Gómez Legorburu B, Planelles del Pozo P, Barbería Leache E
Universidad Complutense de Madrid

Introducción: La hipofosfatasia es un conjunto de enfermedades que cursan con un error innato del metabolismo del calcio, caracterizadas por defectos en la mineralización ósea y dentaria. Su etiología es genética, afectando por igual a ambos sexos.

Se distinguen 6 formas de hipofosfatasia: *forma perinatal o hipofosfatasia letal congénita, forma infantil o de primera infancia, forma prenatal benigna, forma infantil leve o juvenil o hipofosfatasia tardía, forma adulta y odontohipofosfatasia*. Las manifestaciones clínicas de esta patología son muy variables: muerte intrauterina, hipomineralización esquelética, fracturas espontáneas, dolor óseo y lesiones óseas parecidas al raquitismo. Cuanto más temprana sea la edad de inicio de esta enfermedad, más severas serán sus manifestaciones.

La manifestación oral más característica de la hipofosfatasia es la pérdida prematura de dientes temporales sin la existencia de respuesta inflamatoria. Su etiología se cree que puede ser debida a alteraciones en la mineralización del cemento. En las radiografías intraorales se observa una destrucción del hueso alveolar, taurodontismo y calcificación irregular de la dentina. Histológicamente se observan alteraciones cementarias. Existen pocos estudios sobre la afectación de dientes permanentes. El diagnóstico se basará en los hallazgos clínicos, radiológicos, pruebas de laboratorio y genéticas.

El tratamiento odontológico suele ser extracción de dientes temporales que presenten gran movilidad o provoquen incomodidad al paciente, enseñanza de higiene oral, control de placa y raspado y alisado radicular. Cuando se considere necesario se puede realizar la sustitución protésica de los dientes perdidos. En dentición permanente además de lo anterior, se prescribirá cirugía periodontal de las zonas más afectadas y estrecho seguimiento.

Objetivos: Describir las alteraciones más relevantes de la hipofosfatasia y establecer el manejo odontológico de estos pacientes.

Materiales y métodos: Búsqueda sistemática en las bases de datos Medline, PubMed, Web of Knowledge, en un marco temporal desde 2000 hasta la actualidad. Se han incluido artículos en inglés y en español. Para ello se han empleado las siguientes palabras claves: hipofosfatasia (hypophosphatasia), odontohipofosfatasia (odontohypophosphatasia), fosfatasa alcalina (alkaline phosphatase), alteraciones cemento dental (dental cementum alteration).

Conclusiones:

1. La Hipofosfatasia es una enfermedad de base genética cuyo signo patognomónico a nivel oral es la pérdida prematura de dientes temporales.

2. El odontólogo y el odontopediatra deben estar capacitados para saber detectarla y derivar al paciente al especialista para establecer un correcto diagnóstico de la enfermedad.

3. El manejo de estos pacientes se basará en la realización de exodoncias de dientes temporales con mucha movilidad o que incomoden al paciente, así como su sustitución protésica si el profesional lo considerase oportuno. No obstante hay que tratar de mantener en boca el resto de dientes el mayor tiempo posible por lo que se realizarán exhaustivas revisiones periódicas, control de placa y tratamiento periodontal cuando sea necesario.

28. HIPOPLASIAS EN TEMPORALES: EN BUSCA DE LA PREVENCIÓN

Iglesias Gómez B, Casanova Morales C, Mora Ortiz de Apodaca C, Delgado N, Cerdán Gómez F

Introducción: La formación de los dientes temporales comienza en la 7ª semana de vida intrauterina con la formación del Incisivo central inferior y finaliza aproximadamente en la semana 24 con la calcificación del 2º molar temporal. Es por tanto en este periodo en el que las medidas y controles preventivos deben extremarse en la madre embarazada para prevenir hipoplasia y defectos estructurales del esmalte.

Al igual que la prevención, consideramos de máxima importancia un buen diagnóstico, control y tratamiento precoz, de este tipo de defectos, con el fin de crear adecuados hábitos de higiene y evitar la aparición de caries secundarias, la dificultad para una correcta alimentación y/o el desarrollo de miedos y conductas inapropiadas en el gabinete odontopediátrico.

Objetivos: Identificar los factores etiológicos posibles más frecuentes de alteraciones estructurales en dentición temporal, desarrollar protocolos de prevención de dichas anomalías e informar de los mismos a otros profesionales relacionados con mujeres embarazadas y lactantes, minimizando así los posibles factores de riesgo de estas lesiones, y en su caso controlar sus consecuencias.

Material y método: Se entregó un cuestionario de salud específico, a todos aquellos nuevos pacientes que acudieron al Servicio de Odontopediatría del Hospital

San Rafael de Madrid desde Septiembre de 2008 hasta la actualidad, y que presentaban lesiones compatibles con hipoplasia de esmalte. Tras analizar los resultados se dedujeron los factores etiológicos más relevantes y se adecuaron las medidas preventivas. Se han desarrollado estrategias de control y minimización de riesgos materializadas en un tríptico informativo para mujeres embarazadas y para profesionales relacionados con ellas o con el lactante.

Resultados parciales: Existe una posible relación entre las lesiones estructurales de esmalte en dentición temporal con la ingesta de fármacos de las madres durante el período de gestación: un 9,85% está asociado a la toma de antibióticos, un 19,71% a la toma de analgésicos y un 4,22% a otros fármacos. También encontramos relación con otras enfermedades de la madre durante el embarazo (14,08%) y con estrés (12,6%).

Conclusiones:

1. Es necesario realizar más estudios para investigar los posibles factores causales de la enfermedad.
2. La ingesta de fármacos durante el embarazo así como situaciones estresantes en la embarazada, están altamente asociados a la aparición de hipoplasias e hipomineralizaciones en la dentición temporal.
3. Destacar la importancia de un conocimiento más preciso de esta problemática por otros profesionales sanitarios y así poder minimizar los posibles riesgos durante el embarazo.

29. INFLUENCIA DE LA CLORHEXIDINA EN LA ADHESIÓN

Huertas M, Biedma M, Mendoza A, Caleza C, Villalón G

Máster de Odontopediatría. Facultad de Odontología. Universidad de Sevilla

Introducción: Los MMP son proteasas responsables de la degradación extracelular de los componentes de la matriz de tejido conectivo. Estos MMP están presentes en la dentina remanente, después de eliminar la caries, y pueden ser responsables de la falta de estabilidad y de la pronta degradación de la capa híbrida. Por ello, la aplicación de un agente que inhiba estos MMP como la clorhexidina puede contribuir a la estabilidad de la capa híbrida, aumentando así la fuerza de adhesión.

Objetivo: evaluar el efecto del digluconato de clorhexidina sobre la fuerza microtensil y sobre la capa híbrida en la dentina adherida libre de caries con adhesivos de grabado lavado.

Material y método: se realizó una revisión bibliográfica en la base PubMed y en la biblioteca Cochrane de revistas internacionales incluidas en el *Journal Citation Report*, y de revistas nacionales utilizando como palabras claves: *chlorhexidine*, *microtensile*, *matrix metalloproteinase*, así como búsquedas en libros.

Conclusiones: la presencia de MMP en la matriz dentinal es de interés académico. Los dentistas necesitan entender la bioquímica de estas enzimas y cómo ellas pueden responder a los procedimientos y productos adhesivos dentales.

30. LA INFLUENCIA DE LAS EXTRACCIONES TERAPÉUTICAS EN LA ANGULACIÓN MOLAR

Germán Cecilia C, Hernández A, Martínez E, Vicente A, Ortiz Ruiz AJ

Universidad de Murcia

Introducción: La erupción de los terceros molares depende principalmente del espacio existente en la zona posterior de las arcadas, pero también influyen otros factores: el crecimiento natural del niño, el tratamiento ortodóncico que se realice, etc. Diversos estudios han comprobado que al distalar los molares, cuando no se practican extracciones terapéuticas, en ocasiones, disminuye el espacio en el sector retromolar, lo que deriva en la impactación de los terceros molares. Al contrario, al realizar la extracción de los premolares, se aumenta el espacio retromolar debido al movimiento mesial del primer y segundo molar. Los mismos autores concluyen que además de aumentar el espacio en la región del tercer molar también se observa una mejora en la angulación de este con respecto al plano oclusal, colocándose más vertical y cercano a dicho plano.

Objetivo: El objetivo de este trabajo es estudiar la influencia de la extracción de piezas dentarias durante el tratamiento ortodóncico en la angulación de los terceros molares.

Material y método: Se han estudiado 76 cuadrantes pertenecientes a 19 pacientes (8 niños y 11 niñas). Los cuadrantes se han dividido en aquellos que han sufrido extracciones terapéuticas (grupo 1; n = 28) y aquellos en los que no se han realizado extracciones (grupo 2; n = 48).

A todos los pacientes se les realizó una ortopantomografía antes y otra después del tratamiento ortodóncico. En las radiografías hemos determinado los siguientes ángulos: el formado por el eje del tercer molar con el del segundo y primer molar, y de estos tres con respecto a la línea media.

Seguidamente, hemos hallado la diferencia entre los ángulos de antes y de después del tratamiento ortodóncico. Por último hemos comparado las diferencias entre los grupos. Se ha realizado un "t-test" detectando diferencias significativas con una $p < 0,05$.

Resultados: No hemos obtenido diferencias significativas en ninguno de los valores analizados.

Conclusiones: Según nuestros resultados, la extracción o no de premolares durante el tratamiento, aunque posiblemente influya en el tamaño del espacio retromolar, no lo hace en la angulación de los terceros molares. Debemos tener en cuenta que a los efectos que produce el tratamiento ortodóncico en la angulación de los dientes se superponen los cambios ocurridos durante el crecimiento natural del niño.

31. MALTRATO INFANTIL EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MURCIA

Martínez Hernández E¹, López MD¹, Muñoz Pedreño L², Tudela Martínez MD², Germán Cecilia C¹

¹Facultad de Odontología. Universidad de Murcia.

²Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia

Introducción: Pocos estudios se han publicado, en el ámbito de la odontopediatría, sobre datos de maltrato infantil. Como profesionales sanitarios somos uno de los eslabones más importantes en la detección y notificación del maltrato infantil. Nunca se piensa que el odontólogo vaya a sospechar de un maltrato y los padres del niño/a cambian habitualmente de pediatra pero no de odontopediatra. A veces actuamos como verdaderos psicólogos de los niños y percibimos comportamientos y lesiones que no se ajustan a la versión de los padres.

Objetivo: Realizar un estudio estadístico sobre el maltrato infantil en la Comunidad Autónoma de Murcia.

Material y métodos: Para la realización de nuestro estudio requerimos la colaboración de la Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración, Dirección General de Familia y Menor de la Región de Murcia. Dicha Consejería nos facilitó el acceso a las hojas de notificación de los casos de maltrato infantil desde donde hemos recogido todas las variables que constituyen el estudio: sexo, edad, fecha de notificación, sospecha de maltrato o maltrato claro y evidente, acompañante del menor en el momento de la notificación, área donde se detecta (Centro de Salud, Hospital, Colegio, etc.), tipo de maltrato, localización de las lesiones.

Resultados: Más del 75% de los casos que se notifican son por sospecha de maltrato infantil. La madre suele ser en más de un 50% de los casos el acompañante en el momento en que se sospecha del maltrato y se notifica, seguido del padre y otros familiares en menor porcentaje. Son más los casos que se notifican en el Hospital Virgen de la Arrixaca (en Urgencias Pediátricas) seguido de los Centros de Salud de las de las distintas poblaciones de la Región de Murcia, en ambas áreas se suelen realizar las notificaciones por el médico-pediatra que ve al niño. Dentro de los tipos de maltrato, de mayor a menor frecuencia, se notifican más casos de negligencia (no se cubren las necesidades básicas del menor; alimentación, higiene, cuidados dentales, necesidades médicas, no asisten al colegio), seguido del abuso sexual y el maltrato físico (sobre todo magulladuras y moratones). Tanto en niñas como en niños la mayor parte de las lesiones se observan en la cabeza, sobre todo en la región facial, y fundamentalmente a nivel periorbitario.

Conclusiones: Ante un caso de sospecha de maltrato infantil tanto como ciudadanos como profesionales sanitarios estamos obligados a notificarlo, de lo contrario estaremos incumpliendo con los derechos fundamentales del menor y cometemos un delito de omisión de socorro. Nosotros, desde nuestras consultas no lo diagnosticamos, sino que debemos informar, notificarlo para que las autoridades competentes lo investiguen y tomen las precauciones en caso necesario.

32. MANCHA EXTRÍNSECA DENTAL EN UNA POBLACIÓN INFANTIL VALENCIANA

Lloret M, Montiel JM, Almerich JM, Catalá M, Estrela F

Clínica Odontológica. Universitat de València

Introducción: La mancha extrínseca dental es una discoloración de la placa dental de origen microbiano, alimentario y iatrogénico. Se presentan como puntos o líneas a través del borde gingival de los dientes, en ambas denticiones. Con el consiguiente menoscabo estético para el niño.

Objetivos: Determinar la prevalencia de mancha extrínseca dental en una muestra de escolares de la ciudad de Valencia, estudiar la relación con la caries y establecer la relación con diferentes variables socioeconómicas.

Materiales y métodos: Se ha establecido una muestra de 575 escolares de la ciudad de Valencia, con edades comprendidas entre los 9 y los 14 años. Las exploraciones se han realizado con autorización de los padres por escrito, por un explorador con luz natural en los propios centros educativos.

Resultados: La mancha extrínseca dental negra, o *Black Stain*, se ha presentado en 14 casos de 575 niños explorados. Con una confianza del 95%, la prevalencia de mancha varía entre 0,01 y 4,05%. Según el índice de Lobene, el producto total para la mancha extrínseca dental negra es de 5'44.

Conclusiones: La prevalencia de mancha extrínseca dental negra obtenida en una población infantil de la ciudad de Valencia, con una confianza del 95%, varía entre 0,01 y 4,05%. La prevalencia de mancha extrínseca dental negra no presenta una relación estadísticamente significativa con la prevalencia de caries. Existe una correlación negativa entre severidad de caries y presencia de mancha extrínseca, aunque sin diferencias estadísticamente significativas.

33. MÉTODOS DE EVALUACIÓN DE LA EDAD CRONOLÓGICA DEL MENOR

Campagnoli A, Salces A, Albero G, Calvo A, Beltri P
Universidad Europea de Madrid

Introducción: Determinar la edad cronológica en seres humanos, es un desafío para la ciencia. Durante mucho tiempo se ha buscado un indicador que estime la maduración del individuo más que una simple fecha administrativa. Así mismo este grado de maduración debería ser capaz de estimar la edad cronológica con precisión.

La edad dentaria es una de las tantas edades fisiológicas que se establecen como métodos de diagnóstico en el individuo, con múltiples usos; en odontopediatría, ortodoncia, estimación de edad cronológica en ámbitos forenses y legales, entre otros. Para determinar la edad dental el método de Demirjian es el más utilizado y validado.

Paradójicamente, los casos de desconocimiento de una edad cronológica precisa son cada vez más frecuentes en los países desarrollados y España no es ajena a estos fenómenos. Por otro lado existen claras diferencias de desarrollo según la región geográfica estudiada, lo que hace necesario establecer patrones regionales de calcificación dentaria evitando aplicar estándares obtenidos en otras poblaciones.

Objetivos: El objetivo de este estudio es destacar la importancia de los estudios sobre la maduración dentaria y el papel del odontopediatra en este cometido, revisar los diferentes métodos utilizados, describir el método Demirjian y su aplicación actual en los aspectos clínicos odontológicos y medicina legal y forense.

Material y métodos: Se ha realizado una búsqueda en PubMed, Medline, Willey, Base de Datos de la UCM y de la UEM y se han analizado los diferentes estudios realizados para el cálculo de la edad dentaria tanto desde el punto de vista odontopediátrico, ortodóncico como médico-legal.

Resultados: Aunque no existe un método que ofrezca el 100% de seguridad, parece que el método propuesto por Demirjian de forma aislada o combinándolo con otras observaciones, sigue siendo uno de los métodos más aceptados.

Queremos destacar la importancia de obtener valores adaptados a cada población, ya que se demuestran diferencias significativas entre distintos grupos étnicos y distintas poblaciones.

El mejor método es el que aúna la eficacia y la facilidad de acceso.

Conclusiones: En muchos casos no será posible fijar la edad de un modo determinante sin exponerse a errores graves.

34. MICROFILTRACIÓN DE CEMENTOS TEMPORALES EN CAVIDADES CLASE II. ESTUDIO *IN VITRO*

Vera Monge J, Cortés Lillo O, García Ballesta C, Bello Sánchez R

Unidad de Odontopediatría. Universidad de Murcia

Introducción: Según la revisión bibliográfica, numerosos estudios concluyen sobre la importancia de conseguir un adecuado sellado marginal, para evitar la microfiltración marginal. El uso de materiales de restauración provisional, es un factor importante para el éxito de los tratamientos pulpares. Hasta ahora, el óxido de zinc eugenol, es el material más utilizado como base en tratamientos pulpares de la dentición temporal. Además, existen otros materiales que son utilizados como materiales provisionales para sellar el acceso coronal entre sesiones durante el tratamiento o después de su conclusión, mientras no se haya realizado la restauración final.

Objetivos: Evaluar el grado de microfiltración marginal de cuatro cementos de restauración temporal: Fermin, IRM, Ketac Cem y Durelon.

Materiales y métodos: Se prepararon cavidades clase II en 40 dientes premolares humanos. Los dientes fueron divididos en 4 grupos, y restaurados con los materiales estudiados para posteriormente ser sumergidos en solución de metileno al 2% durante 48 horas. Los dientes fueron seccionados en sentido mesio-distal y en sentido transversal. Los fragmentos obtenidos fueron evaluados visualmente y fotografiados usando un macroscopio Leica Z6 APO conectado a una cámara digital Leica DC 500. Se evaluó el grado de micro-filtración gingival y microfiltración oclusal de acuerdo a los índices de Miller.

Resultados: El cemento Fermin, presentó mayor capacidad de sellado en gingival como en oclusal, 44,5 y 56% respectivamente. No presentó ninguna microfiltración severa en ninguno de los casos. El cemento IRM, fue el que presentó un sellado muy pobre por gingival, 11%, así como un alto porcentaje 67%, de microfiltración gingival moderada en comparación con los otros tres cementos. El cemento de policarboxilato Durelon, y el Ionómero de vidrio, no presentaron diferencias significativas.

Conclusiones: Todos los materiales presentan microfiltración en mayor o menor grado. De los cuatro materiales evaluados, el Fermin fue el que demostró tener menor microfiltración.

35. MTA INDICACIONES GENERALES. TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN EN PACIENTES ODONTOPEDIÁTRICOS.

Ribas D, Barra MJ, Villalón G, Mendoza A, Caleza C
Facultad de Odontología. Universidad de Sevilla

Introducción: El MTA es un agregado de trióxido mineral, cuyas primeras referencias bibliográficas odontológicas datan de 1993. Su utilidad en Odontología surge ante la necesidad de encontrar un material adecuado para determinados tratamientos endodónticos. Sin embargo, dadas las propiedades de este material, podemos observar que en la actualidad son numerosos los casos tratados con MTA, también en Odontopediatría.

Objetivos: a) Determinar las indicaciones del MTA descritas en la bibliografía Odontológica; y b) presentar el tratamiento y evolución de 5 casos odontopediátricos tratados con MTA.

Material y método: Para cumplir el primer objetivo que nos propusimos, se realizó una revisión bibliográfica, en la cual, las palabras claves para la búsqueda en PubMed, revistas nacionales e internacionales fueron: *MTA, mineral trioxide aggregate y ProRoot* entre otras y se seleccionaron los artículos de los últimos 10 años. Para poder exponer los tratamientos más representativos del uso del MTA en odontopediatría se seleccionaron 5 casos tratados en el Máster de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla.

Resultados:

—Las indicaciones del MTA en Odontología son diversas. Así en dentición temporal su utilidad se limita a las pulpotomías, pero en dentición permanente encontramos casos descritos de recubrimiento pulpar, perforaciones radiculares, de furca y obturaciones retrógradas entre otras.

—Presentamos un paciente al que se le realizó un recubrimiento pulpar directo, otro con una pulpotomía en pieza permanente, otro caso con apicoformación, una endodoncia del fragmento coronal tras una fractura radicular y un último caso con un molar temporal pulpotomizado.

Conclusiones: El MTA es un material relativamente nuevo, es por ello que siguen publicándose estudios con indicaciones novedosas. Sin embargo, si es cierto que de sus primeros usos, ya existe una bibliografía bastante sólida que verifica su buen pronóstico en dichos tratamientos.

36. NIVELES DE PREVENCIÓN DE MALOCLUSIONES

Mazarro G

Práctica Privada

Introducción: Las maloclusiones son un problema bastante frecuente en la población, (ocupan el tercer lugar tras la caries y la enfermedad periodontal de las alteraciones y enfermedades odontológicas)

En este trabajo se pretende, exponer una valoración de los diferentes factores de riesgo, para conocer mejor la etiología y causas que pueden modificar el normal desarrollo de los individuos; acto seguido, se presentarán las diferentes medidas con que podemos actuar en los distintos niveles de prevención. El enfoque se hará fundamentalmente a la actuación por parte del odontólogo, previa a la aparición de la maloclusión, por lo que apenas se tratarán los aspectos ortodóncicos que podrán tenerse en cuenta una vez establecida la maloclusión.

Objetivos: Determinar la etiología de las maloclusiones para poder actuar evitando su aparición o desarrollo mediante los distintos niveles de prevención.

Material y métodos: revisión bibliográfica de libros de texto y artículos de revistas especializadas de los últimos cinco años. Búsqueda realizada en Medline y PubMed.

Resultados y conclusiones: Las maloclusiones son un problema bastante prevalente y en su desencadenamiento intervienen múltiples factores.

Es importantísima la detección temprana y el realizar un correcto diagnóstico para permitir un efectivo plan de tratamiento acorde a los requerimientos individuales de cada niño.

La prevención puede ser considerada como una alternativa potencial al tratamiento.

37. NUEVAS NECESIDADES DE ATENCIÓN BUCODENTAL INFANTIL QUE PLANTEAN LOS FLUJOS MIGRATORIOS

Gorricho B¹, Franco V¹, Irunzun E¹, López I², Gorricho A³

¹Universidad del país Vasco/EHU. ²Departamento de Salud Escolar. Ayuntamiento de Bilbao. ³Hospital de Basurto. Osakidetza

Introducción: En 1990 se implementó el Programa de Asistencia Dental Infantil que procura cobertura a todos los niños de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) con edades comprendidas entre los 7 y los 15 años. Esta actuación junto a la aplicación de otras medidas de Salud Pública como son la fluoración de las aguas en el año 1988, la educación sanitaria, etc., han conseguido aumentar el número de niños libres de caries: el 95% de los niños de 7 años en el año 2007, frente al 86% de 1988.

La actual situación sociodemográfica de la Comunidad Autónoma del País Vasco relacionada con la afluencia de población inmigrante de diversa procedencia plantea la necesidad de estudiar su estado de salud

bucodental con el fin de valorar si existen diferencias respecto a la población autóctona en el momento de la incorporación de los niños de 7 años de edad al Programa de Asistencia Dental Infantil.

Objetivos: Valorar el grado de erupción, el índice de caries y la utilización de los servicios odontológicos en una muestra de niños de 7 años estudiantes en colegios públicos de Bilbao.

Materiales y métodos: Se ha realizado una encuesta, historia clínica y exploración a un total de 96 niños, 62 de los cuales son autóctonos y 31 inmigrantes.

Resultados:

—La edad media ha sido de 80,1 meses $\pm 7,3$.

—El origen de los inmigrantes es diverso, con predominio de procedencia sudamericana frente a otros.

—Encontramos que en la población inmigrante la erupción dental está más adelantada.

—Los índices CAOD y caod para el total de la muestra ofrecieron valores de 0,08 y 1,05 respectivamente.

—El colectivo de niños inmigrantes ha presentado valores superiores al de autóctonos tanto para el índice caod (2,10 frente a 0,53), como para el CAOD (0,13 frente a 0,05).

—Entre los niños nacidos en la CAPV encontramos un grupo con abundante patología, todos ellos pertenecientes a la etnia gitana que presentaban valores muy superiores de caod (3,0) y de CAOD (0,50) frente al resto de niños autóctonos (caod = 0,27) (CAOD = 0).

—El uso de los servicios odontológicos es muy semejante en los dos colectivos.

Conclusiones: Los niños inmigrantes presentan peor salud bucodental en el momento de su incorporación al Plan de Asistencia Dental Infantil.

Debemos destacar entre la población autóctona la presencia de bolsas de resistencia a las que no llegan las medidas preventivas ni de atención asistencial que deben ser tenidas en cuenta.

38. ORIENTACIONES DE SALUD BUCAL EN LA PRIMERA INFANCIA

Palma Portaro C

Máster de Odontopediatría. Universidad de Barcelona

Introducción: La caries es actualmente la enfermedad infecciosa más frecuente en la infancia, que puede ocasionar graves problemas de salud general en el niño. Los diferentes factores etiológicos implicados pueden ser influenciados por los profesionales que asisten al niño y su entorno, y por ello, todas las herramientas educativas se convierten en medidas importantes para prevenir las consecuencias físicas, emocionales y económicas de esta enfermedad.

Si tenemos en cuenta que la educación de la población debe empezar precozmente y que son pocos los odontopediatras que tienen la oportunidad de estar en contacto con los padres durante los primeros años de vida de los bebés, se deben valorar las diferentes áreas donde deben intervenir los odontopediatras para ser participantes activos de las estrategias educativas.

Objetivos: Plasmar las orientaciones a ofrecer a los padres en relación a la salud bucal de sus hijos, así como sugerir diferentes áreas de intervención para que los odontopediatras participen activamente en la promoción de la salud en la primera infancia.

Métodos: Extensa revisión bibliográfica sobre las medidas educativas para prevenir la caries de la infancia precoz y análisis personal sobre la necesidad de la participación activa de los odontopediatras en las estrategias preventivas fuera de la consulta.

Conclusiones: Los odontopediatras debemos consensuar unas medidas de salud bucal en la primera infancia para que los padres reciban la misma información de todos nuestro colectivo. Asimismo, tomando en cuenta que el odontopediatra no está tradicionalmente incluido en el equipo en contacto con el bebé y su familia, debemos reflexionar sobre la importancia de buscar vías alternativas de difundir nuestros mensajes de salud oral.

39. PREVENCIÓN EN SALUD ORAL EN EL PACIENTE INFANTIL ONCOLÓGICO

Rabassa J, Rojas A, Cahuana A, González Y
Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona

Introducción: El cáncer infantil es la segunda causa de mortalidad en niños después de los accidentes, y su incidencia se sitúa alrededor de 15 casos por cien mil niños menores de 15 años. La supervivencia actual en países desarrollados es superior al 75% más allá de los cinco años del diagnóstico.

Las complicaciones orales que se encuentran durante y después del tratamiento condicionan severamente la calidad de vida de estos pacientes, pues son comunes, causan dolor, disfagia, problemas de fonación y de nutrición. Estos pacientes tienen necesidad de atención odontológica de instauración precoz con el fin de mejorar la salud oral.

Objetivo: Valorar el impacto de la prevención en salud oral en los pacientes que reciben una atención odontológica preventiva antes de iniciar el tratamiento frente a los que reciben atención odontológica sólo después del tratamiento oncológico.

Material y método: Estudio prospectivo y transversal de una población de pacientes oncológicos visitados en el Servicio de Odontopediatría del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, en el periodo 1996-2009. La población estuvo constituida por pacientes hemato-oncológicos y pacientes con tumores sólidos.

Se agruparon en dos grupos: Grupo A, los visitados al inicio (T-1), durante (T-2) y al final (T-3) del tratamiento y Grupo B, los que fueron visitados solamente al final (T-3) del tratamiento. En el T-1, se efectuó una pauta preventiva, en el T-2 se mantuvo dicha pauta y se efectuó tratamientos odontológicos y en el T-3, se evaluó el estado de salud al final del tratamiento.

En todos ellos se registró lesiones en tejidos blandos (mucositis) y tejidos duros (índice co y CAO).

Resultados: La muestra del estudio fue de 113 pacientes. Edad media de 9,2 años (rango edad: 6 meses-18 años). De ellos, 27 fueron pacientes hemato-oncológicos

y 86 presentaron tumores sólidos. El 81% de los pacientes hemato-oncológicos y el 84 % de los pacientes con tumores sólidos recibieron una pauta preventiva completa de inicio (T-1). Mientras que el 18% de los hemato-oncológicos y el 16% de los tumores sólidos sólo recibieron tratamiento odontológico restaurador (T-3).

Los resultados obtenidos mostraron que tanto los pacientes hemato-oncológicos como los pacientes con tumores sólidos pertenecientes al grupo B presentan más patología tanto en tejidos blandos como duros que sus homónimos del grupo A.

Conclusiones: Los resultados obtenidos muestran que una atención odontológica temprana basándonos en medidas preventivas al inicio del tratamiento oncológico disminuyen significativamente el número de complicaciones orales durante el proceso oncológico.

40. PULPOTOMÍAS DE MOLARES PRIMARIOS CON HIPOCLORITO DE SODIO. RESULTADOS PRELIMINARES

Matencio A, Sáez S, Guinot F, Cuadros C, Bellet LJ
Máster de Odontopediatría Integral. Universitat Internacional de Catalunya. Barcelona

Introducción: La finalidad de la pulpotomía es preservar la vitalidad y la función de la pulpa radicular remanente, hasta la exfoliación fisiológica del diente temporal. Uno de los medicamentos más empleados es el formocresol; sin embargo, debido a la gran controversia existente sobre la toxicidad, carcino-geneidad y mutagenicidad del formaldehído y por ende el formocresol, se han propuesto diversas alternativas entre las cuales se encuentra el hipoclorito de sodio.

Objetivo: Evaluar y comparar los resultados clínicos y radiográficos del formocresol e hipoclorito de sodio como medicamentos en pulpotomías de molares primarios.

Material y métodos: Se incluyeron 26 molares temporales careados, con posibilidad de restauración, presencia mínima de dos tercios de la raíz y sin evidencias clínicas ni radiográficas de degeneración pulpar. La muestra fue dividida en 2 grupos: grupo 1 (grupo control) que constó de 13 molares a los que se les practicó la pulpotomía al formocresol y grupo 2 (grupo experimental) con 13 molares temporales a los que se realizó pulpotomía mediante hipoclorito de sodio al 5%. El procedimiento de la pulpotomía en los dos grupos se realizó tal y como está descrito en la literatura, efectuándola en todo momento el mismo operador. Independientemente del material aplicado sobre los muñones pulpares, se colocó IRM® en todos los molares temporales seguido de la realización de una radiografía periapical. Se colocó una corona de acero inoxidable como restauración definitiva. Tres meses después de la realización de las pulpotomías, se efectuó una radiografía periapical y un examen clínico con la finalidad de cuantificar los criterios de éxito clínicos y radiográficos.

Resultados: Los resultados preliminares parecen indicar que el hipoclorito de sodio podría ser un posible sustituto del formocresol en pulpotomías de molares primarios debido al alto porcentaje de éxito tanto en sus

criterios de éxito clínico (ausencia de sintomatología, ausencia de absceso o fístula y ausencia de movilidad patológica) como radiológicos (ausencia de radiolucencia periapical, interradicular o de furca, ausencia de reabsorciones radiculares internas o externas y ausencia de ensanchamiento del ligamento periodontal).

Conclusiones: Los resultados preliminares de las pulpotomías realizadas mediante hipoclorito de sodio al 5% son similares a los resultados obtenidos con las pulpotomías realizadas al formocresol. Sin embargo, los resultados no son concluyentes ya que sería necesario aumentar el tiempo de seguimiento así como la muestra del estudio.

41. REGENERACIÓN ÓSEA EN ODONTOMAS COMPUESTOS

Hernández A, Germán C, Martínez E, Guerrero J, Ortiz AJ

Universidad de Murcia

Introducción: Los odontomas son los tumores odontogénicos que con más frecuencia se diagnostican en la actualidad. Aparecen principalmente entre los diez y los veinte años, y no presentan predilección por el género. La OMS clasifica histológicamente los odontomas en dos clases: compuestos y complejos. Constituyen un hallazgo casual en la exploración radiológica y el tratamiento de elección para ellos consiste la extirpación quirúrgica. Tras la eliminación del tumor, se hace necesario, el relleno del defecto óseo con un injerto que favorezca la cicatrización de la zona.

Aunque, en los últimos años, se ha avanzado mucho en el campo de los injertos óseos, se necesita buscar nuevos materiales y principios activos que faciliten la regeneración ósea de los maxilares de nuestros pacientes. El sustituto óseo ideal es aquel que presenta propiedades osteoconductoras, osteoinductivas y osteogénicas. Actualmente, el único material que posee dichas características es el hueso autólogo. Como alternativa al hueso del paciente existen los aloinjertos, los xenoinjertos, muy utilizados hoy en día, los materiales sintéticos y los biomateriales.

Los xenoinjertos proceden generalmente de hueso bovino, aunque también puede ser de procedencia equina o porcina. Los xenoinjertos se combinan con otros materiales (hueso autólogo, biomateriales, células osteogénicas y principios activos) para facilitar y acelerar la osteogénesis.

Entre los principios activos que se están investigando actualmente se encuentra la melatonina, hormona sintetizada por la glándula pineal, que realiza una serie de efectos biológicos en el organismo, entre los que se encuentra la promoción y estimulación de la regeneración ósea.

Casos clínicos: Presentamos dos casos clínicos de pacientes infantiles, a los que se les practicó resección quirúrgica de un odontoma. En uno de ellos el defecto se rellenó con hueso porcino (MP3) y en otro se utilizó hueso porcino (MP3) + melatonina.

Se han realizado controles clínicos y radiológicos a los 0, 3 y 6 meses.

Conclusiones: a los tres meses se observa una curación total del defecto con ambas técnicas con una densidad radiológica similar al hueso intacto.

42. SITUACIÓN ACTUAL DE LA FLUOROSIS DENTAL EN UN COLECTIVO ADOLESCENTE

Franco V¹, Gorriacho B¹, Irurzun E¹, Sanemeterio A², Gorriacho A³

¹Universidad del País Vasco/EHU. ²Departamento de Salud Escolar. Ayuntamiento de Bilbao. ³Hospital de Basurto. Osakidetza

Introducción: La afluencia masiva de inmigrantes en nuestro país, ocasiona cambios en los patrones de enfermedad bucodental con una mayor relevancia de determinadas patologías. La fluorosis dental es una alteración del desarrollo dental producida por la ingesta excesiva de flúor en etapas críticas de la formación dental. La fluorosis dental comienza a manifestarse cuando la concentración de fluoruro ingerido supera cifras de 1,8 partes por millón. Es un problema endémico de salud pública que afecta a la población infantil y adolescente de varias regiones del mundo donde el agua corriente, de consumo, contiene flúor en exceso.

Objetivo: Determinar la prevalencia de fluorosis dental en un colectivo adolescente de inmigrantes comparándolo con un grupo control de autóctonos españoles.

Material y métodos: Hemos realizado un estudio epidemiológico transversal sobre 134 escolares (65 autóctonos y 69 inmigrantes) residentes en la Comunidad Autónoma Vasca, con edades comprendidas entre 12 y 13 años. Las exploraciones clínicas se realizaron en los centros de estudio de los menores con luz artificial, espejo y sonda de exploración. El criterio diagnóstico empleado para registrar la presencia de fluorosis dental fue el índice de Dean (normal, dudoso/discutible, muy leve, leve, moderada y severa).

Resultados: La prevalencia de fluorosis dental en el total de la muestra es del 20,9%. Si comparamos la presencia de esta alteración en los grupos estudiados, observamos mayor prevalencia de fluorosis en el grupo de inmigrantes (37,7%), respecto de los autóctonos españoles (3,1%). Si analizamos a qué códigos corresponden los casos detectados observamos que en el grupo de los autóctonos los dos casos registrados son "dudosos", mientras que en el colectivo inmigrante, el 11,6, el 21,7 y el 2,9% corresponde a los códigos de "muy leve", "leve" y "moderada" respectivamente.

Conclusiones: Los adolescentes inmigrantes presentan altos niveles de fluorosis dental en comparación con los autóctonos españoles. La prevalencia de fluorosis entre la población española fue baja en las encuestas nacionales de salud bucodental de los años 2000 y 2005 (14%, siendo la mayoría de los casos "discutible" o "muy leve"), por lo que se hace necesario por parte de todos los profesionales de la salud, profundizar en los conocimientos teóricos y las características clínicas de

esta afección que puede manifestarse tanto de forma local (fluorosis dental), como general. Así mismo, fluorosis dental no es solo un problema estético, y como profesionales de la salud bucodental debemos adecuar nuestros conocimientos y asistencia a las nuevas necesidades de la población infantil y adolescente.

Fuentes de financiación: Proyecto de Investigación. Universidad del País Vasco.

43. TAURODONTISMO. CÓMO RECONOCERLO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Rodríguez Peinado N^{1,2}, Saavedra Marbán G², Barbería Leache E²

¹Beca Universitaria Caja España. ²Magíster Odontopediatría. Universidad Complutense de Madrid

Introducción: El taurodontismo es una alteración de la fase de morfodiferenciación ocasionada por un fallo en la cronología de la invaginación de la vaina radicular del epitelio de Hertwig, lo que se traduce en unos dientes con una cámara pulpar alargada y una furca situada más hacia apical que en condiciones normales. El diagnóstico del taurodontismo es radiográfico y existen varias clasificaciones, según distintos autores, de esta anomalía.

El taurodontismo se puede encontrar aislado, asociado a otras alteraciones dentarias o formando parte de diferentes síndromes. Es más habitual hallarlo en molares, tanto en dentición temporal como permanente.

Se deben tener en cuenta sus implicaciones clínicas en disciplinas como prótesis, cirugía oral, ortodoncia, periodoncia y endodoncia, a la hora de realizar el plan de tratamiento adecuado en cada caso.

Objetivos:

- Realizar una revisión bibliográfica actual del taurodontismo.
- Conocer la etiología y epidemiología.
- Saber diagnosticar y clasificar un diente con taurodontismo.
- Reconocer las patologías a las que se puede asociar.
- Analizar las implicaciones clínicas en dientes taurodónticos.

Material y método: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en revistas indexadas de bases de datos como: compludoc, pubmed y medline. Las palabras clave introducidas han sido: *taurodontism, taurodontic teeth, pulp therapy taurodontism, taurodontic molar.*

Se han recopilado artículos desde el año 1958 hasta el 2010, de los cuales han sido seleccionados 16 artículos y 4 libros.

Conclusiones:

1. El diagnóstico del taurodontismo es radiográfico.
2. Es necesario recordar las implicaciones clínicas que tiene esta anomalía en otras disciplinas, para realizar un tratamiento correcto en estos dientes.
3. Sería conveniente reunificar los criterios entre autores para el diagnóstico y clasificación del taurodontismo.

44. TAURODONTISMO: CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

Pérez V, Catalá M, Plasencia E, Ros M, Borrás C
Clínica Odontológica. Universitat de València

Introducción: El taurodontismo se define como un rasgo morfológico de la dentición donde existe una extensión apical de la cámara pulpar que provoca un acortamiento proporcional de las raíces y un aumento de tamaño de la cámara pulpar. El término “taurodontismo” fue introducido por Keith en 1913 y desde entonces lo han usado diferentes autores para criterios diagnósticos. Algunos autores han usado criterios métricos complejos (Keene 1966; Blumberg 1971 y Shifman y Chanannel 1978), otros han propuesto criterios de valoración subjetiva. También se han definido diferentes grados de taurodontismo (Shaw 1928, Tratman 1950).

Objetivos: El objetivo de este trabajo es analizar esta alteración morfológica y sus implicaciones clínicas y las ventajas y desventajas de los diferentes métodos de valoración y medición del taurodontismo sobre ortopantomografías de niños de 8 y 9 años de edad.

Materiales y métodos: Se han seleccionado 23 ortopantomografías realizadas durante el año 2010 a niños nacidos durante el año 2001, que por lo tanto tienen entre 8 y 9 años de edad. Sobre las radiografías se han practicado las mediciones siguiendo los diferentes métodos citados. Se ha calculado el intervalo de confianza para los criterios métricos.

Resultados: Se ha podido establecer el diagnóstico de taurodontismo en un paciente, en el que coinciden los criterios de los tres métodos.

La principal desventaja de los métodos de valoración métrica es la dificultad de localizar los puntos de referencia de una forma reproducible sobre radiografías panorámicas.

Conclusiones: Las limitaciones del estudio métrico de taurodontismo sobre ortopantomografías en niños, derivan fundamentalmente de la localización precisa de los puntos de referencia, dado el estrecho margen en el que se realizan las clasificaciones.

45. TERAPIA IMPLANTOLÓGICA EN EL PACIENTE ODONTOPEDIÁTRICO. ¿CUÁLES SON LOS LÍMITES?

Gómez B, Adanero A, Martínez EM, Salmerón JI, Planells P

Facultad de Odontología. Universidad Complutense de Madrid

Introducción: La terapia implantológica, hoy en día es uno de los tratamientos más demandados a nivel odontológico. Es una solución fija, confortable ante la ausencia dentaria. Pero, ésta no es una opción comúnmente aplicada al paciente infantil. Dado que el fundamento implantológico es la osteointegración, emplear esta alternativa en un paciente en crecimiento como es el odontopediátrico, podría suponer un riesgo elevado. Sin embargo, existen casos como la displasia ectodérmica

ca, que presentan una ausencia total o parcial de las estructuras dentarias desde el nacimiento, hecho que va a conllevar una atrofia de los procesos alveolares y una dificultad en el tratamiento protésico removible. Por ello, y para garantizar el bienestar tanto físico como psíquico del niño, se describe el empleo de implantes. No obstante no se debe olvidar que nos enfrentamos a un paciente en crecimiento, por lo que hay que valorar los posibles riesgos derivados de establecer un tratamiento protésico fijo en un hueso en continua remodelación.

Objetivos:

— Describir en qué situaciones es aplicable la terapéutica implantológica en el paciente infantil.

— Justificar qué áreas maxilares serían las más adecuadas para la ubicación de los implantes.

— Demostrar la necesidad de un enfoque multidisciplinar en el tratamiento de estos pacientes.

Material y métodos: Para la realización de esta revisión se ha recurrido a la búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, Medline, Cochrane y Web of Knowledge, obteniéndose los artículos de forma electrónica y manual en la hemeroteca de la Facultad de Odontología (UCM), siendo los años de búsqueda los comprendidos entre 1990 y 2010. Para ello se han empleado palabras clave, tales como: *dental implant child, dental implant growing child, ectodermal dysplasia, oligodontia, anodontia*.

Conclusiones:

1. El tratamiento implantológico en el paciente infantil puede emplearse en casos concretos, como son las displasias ectodérmicas.

2. La terapia odontológica de este tipo de pacientes debe ser enfocada bajo un punto de vista multidisciplinar.

3. En el paciente infantil subsidiario de terapia implantológica las revisiones periódicas son imprescindibles y las modificaciones protésicas se van a hacer necesarias para garantizar una correcta estabilidad de las mismas durante un periodo de crecimiento y remodelación ósea.

46. TRATAMIENTO ENDODÓNTICO DE GRANDES LESIONES PERIAPICALES: ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Caleza C, Moreno MC, Mendoza A, Huertas M, Biedma M

Máster de Odontopediatría. Facultad de Odontología. Universidad de Sevilla

Introducción: El mecanismo preciso que participa en la formación de las lesiones periapicales no se conoce totalmente. Hay un acuerdo general de que si la pulpa se necrosa, se crea un medio ambiente idóneo para que los microorganismos se multipliquen y liberen toxinas en los tejidos periapicales, dando lugar a una reacción inflamatoria y como consecuencia la formación de una lesión periapical. Según la filosofía actual se propone como medida inicial el tratamiento no quirúrgico, y cuando este tratamiento no tenga éxito en la curación de la lesión deberán ser consideradas otras opciones. El

material de elección para este tratamiento es el hidróxido de calcio.

Objetivos: El objetivo del trabajo es mostrar la curación de grandes lesiones periapicales siguiendo un tratamiento conservador no quirúrgico con hidróxido de calcio.

Material y método: Cuatro pacientes con gran lesión periapical diagnosticados de periodontitis periapical crónica; en los cuales se realizó terapia endodóntica no quirúrgica: preparación de los conductos, irrigación con hipoclorito de sodio el 2,5%, relleno del conducto con 75% de hidróxido de calcio y 25% de Kri-1 (composición: 661 P-clorofenol 2,025%, alcanfor 4,86%, mentol 1,21%, yodoformo 80,8%, lanolina 6,5% y glicerina 4,6%) mezclado con suero fisiológico estéril, que se introdujo con ensanchadores girando en contra de las agujas del reloj, sellado de la cavidad con composite. El primer recambio, para contrarrestar la acidez producida por la inflamación apical, se realiza a los 15 días y el resto cuando el conducto está vacío. Evaluación radiológica al 1, 3, 6 y 12 meses.

Resultados: En todos los casos se observó total curación apical excepto en un paciente en el que al presentar gran lesión apical (de canino a canino) se planificó inicialmente para cirugía apical. Sin embargo tras observar una evolución positiva se decidió continuar con el tratamiento conservador. Tras un año con el hidróxido de calcio únicamente conservaba ligera imagen apical a nivel del 12.

Conclusiones: El tratamiento no quirúrgico con hidróxido de calcio tiene como resultado una alta frecuencia de curación periapical, incluso en las grandes lesiones periapicales. Además dicho tratamiento incluye todas las ventajas de no someter a un paciente joven a una intervención quirúrgica.

47. TRATAMIENTO POSTOPERATORIO DE FRENECTOMÍA LINGUAL: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Olmo B, Sáez S, Lorente AI, Ventosa Y, Bellet LJ

Departamento de Odontopediatría. Facultad de Ciencias de la Salud. Universitat Internacional de Catalunya. Barcelona

Introducción: La lengua es un órgano muscular, con gran inervación sensorial, sensitiva y motora que debe tener movilidad para poder realizar diversas funciones dentro de la cavidad oral, no obstante en muchas ocasiones encontramos una limitación en su movilidad debido a la presencia de un frenillo lingual corto o engrosado.

Es importante realizar un diagnóstico precoz para conseguir un mejor pronóstico evolutivo y establecer unas pautas de actuación de resección del frenillo lingual y el tratamiento logopédico postoperatorio necesario tras la cirugía que consiste en una serie de ejercicios para conseguir hábitos orales correctos.

Objetivos: Explicar la necesidad y la repercusión de realizar un correcto tratamiento logopédico una vez realizada la resección del frenillo lingual, así como la importancia de una buena relación bidireccional entre odontólogo y logopeda.

Métodos: Revisión bibliográfica en la base de datos PubMed en los años comprendidos entre 1993 y 2008. Las palabras clave utilizadas para la búsqueda han sido: *frenulotomy, frenuloplasty, frenotomy, tongue-tie, ankyloglossia*.

Se presentan dos casos clínicos de dos pacientes odontopediátricos a los que se les realizó la frenectomía lingual y el tratamiento logopédico posterior.

Conclusiones: La intervención del odontopediatra es de gran importancia en la prevención y detección de malos hábitos y para la orientación del tratamiento, como por ejemplo el trabajo preventivo de la anquiloglosia en el equilibrio fonético del niño.

El éxito del tratamiento de los trastornos orofaciales y del habla ocasionados por un déficit mecánico articulatorio será producto del trabajo integrado entre el paciente, la familia y el equipo de profesionales implicados, siendo el tratamiento logopédico postoperatorio un pilar fundamental que nos conducirá al éxito del mismo.

48. TRAUMATISMOS EN NIÑOS ESCOLARES VALENCIANOS DE 6 Y 10 AÑOS

Ros M, Zaragoza AA, Catalá M, Martí MJ, Vello MA
Máster de Odontopediatría. Clínica Odontológica. Universitat de València

Introducción: Los traumatismos dentarios son accidentes frecuentes entre la población infantil y juvenil debido a una mayor participación en deportes de contacto, que suponen un aumento de la morbilidad de la dentición primaria y/o permanente, además de daños estéticos, psicológicos y sociales en el niño.

Objetivos: El objetivo de nuestro estudio es analizar por sexo y edad, la prevalencia y distribución de los traumatismos dentales en dentición permanente, en una muestra de escolares de la provincia de Valencia.

Materiales y métodos: La muestra estudiada comprende 1681 escolares valencianos de 6 y 10 años de edad. La exploración se realiza con luz natural y con la ayuda de un espejo intraoral. Los datos recogidos incluyen el número de dientes erupcionados, los dientes careados, oclusión, y los dientes traumatizados según la clasificación de Haergraves y Craig.

Resultados: 58 niños del total de la muestra presentaron algún tipo de traumatismo (3,5%), siendo más frecuente en niños (2,14%) que en niñas (1,31%). El 72,4% de los niños afectados sólo mostraron un diente traumatizado, mientras que el 27,6% mostraron 2 o más dientes traumatizados. Los 58 niños afectados presentaron un total de 75 dientes traumatizados (todos ellos en la zona anterior). El 93,3% de los dientes afectados eran maxilares, mientras que el 6,7% eran mandibulares. El diente más afectado fue el incisivo central maxilar izquierdo con un 48%, seguido del incisivo central derecho con un 42,7%. El tipo de traumatismo más frecuente según la clasificación de Haergraves y Craig es el tipo II (61,3%), seguido por el tipo I (37,3%). La afectación del ángulo mesioincisal fue la más frecuente con un 53,3%. El 20,7% de los niños traumatizados presentaban un resalte mayor de 3 milímetros.

Conclusiones: La prevalencia de traumatismos en la población escolar analizada es mayor en niños (3,5%) que en niñas y cuanto mayor es la edad del niño encontramos una mayor prevalencia de traumatismos.

Comunicaciones Pósteres

1. ALTERNATIVA ANTE LA PÉRDIDA PREMATURA DEL SEGUNDO MOLAR TEMPORAL

Carmona M, Gandía A, Borrell C, Marqués L, Luzi A
Facultad de Ciencias de la Salud. Departamento de Odontología. Integral del Niño. Universidad Cardenal Herrera-CEU. Valencia

Introducción: Los molares temporales son un factor determinante en el desarrollo de la oclusión. La pérdida prematura de los segundos molares temporales supone un problema para controlar la erupción de los primeros molares permanentes y en consecuencia el desarrollo de toda la dentición permanente. Para ello se han desarro-

llado diferentes aparatos cuya función es mantener el espacio hasta la erupción de dichos molares. El más conocido es el mantenedor de espacio propioceptivo.

Objetivos: El objetivo del trabajo es presentar tres casos clínicos proponiendo un tratamiento alternativo al uso de los mantenedores propioceptivos ya que son bastante cruentos y pueden dar múltiples problemas si no hay una buena higiene. Los mantenedores de espacio de extremo libre son menos agresivos, más cómodos y limpios por lo que dan menos problemas.

Material y métodos: Ante la necesidad de extraer el segundo molar temporal prematuramente se toman unas impresiones y se diseña el mantenedor de espacio de extremo libre en el modelo de escayola que se envía al laboratorio para que lo realicen.

Conclusión: El mantenedor de espacio de extremo libre es una buena solución en los casos de pérdida prematura del segundo molar temporal para controlar la erupción del primer molar permanente como se muestra claramente en estos casos clínicos.

2. CIRUGÍA ORAL EN PACIENTE INFANTIL CON ENFERMEDAD DE VON WILLENBRAND

Martín M¹, Gómez E², Planells P¹, Lobato B¹, Muñoz JM^{1,2}

¹Especialista en Atención Odontológica Integrada en el Niño con Necesidades Especiales. Universidad Complutense de Madrid. ²Hospital Universitario La Paz. Madrid

Introducción: La enfermedad de Von Willebrand es una anomalía de la coagulación por el déficit del factor de Von Willebrand, hallándose afectada la agregación plaquetaria. Existen 3 tipos diferentes: siendo los tipos 1 y 2 de transmisión autosómica dominante y el tipo 3, de mayor gravedad, recesivo.

Objetivo: Presentar el protocolo utilizado en el Servicio de Cirugía Maxilofacial Infantil en el Hospital La Paz de Madrid en las intervenciones de cirugía oral realizadas a niños con la enfermedad de Von Willebrand.

Material y método: Se ha realizado una revisión retrospectiva de historias clínicas de los pacientes con enfermedad de Von Willebrand tratados por el servicio de Cirugía Maxilofacial infantil desde el año 2006 hasta el 2009. Se han incluido un total de 61 pacientes tratados en este periodo, revisándose el tipo de cirugía realizado así como las complicaciones posquirúrgicas aparecidas en el periodo de seguimiento. Se ha realizado una revisión sistemática de la literatura en PubMed desde el año 2000 hasta el 2010, introduciendo como palabras clave: *oral surgery, Von Willebrand, bleeding disorders, haemostatic management.*

Resultados: En todos los pacientes intervenidos, se realiza ingreso el día previo y se administra ácido tranexámico 10 mg/kg/8 h. Posterior a la cirugía se continúa la pauta iv 24 h más, cambiando a dosis oral durante 5 días en su domicilio. La tasa de éxito fue del 91,8%. Sólo en 5 casos hubo un sangrado inesperado: 4 niños presentaron un sangrado leve postoperatorio y 1 caso aislado que cedió con presión.

Conclusiones: Es imprescindible una actuación conjunta entre el odontopediatra y el hematólogo con el fin de que el niño afectado por la enfermedad de Von Willebrand reciba un correcto manejo del riesgo de hemorragia cuando es sometido a procedimientos de cirugía oral. El protocolo descrito asegura una baja tasa de complicaciones, por lo que creemos útil su empleo en todos los pacientes con diagnóstico de enfermedad de Von Willebrand.

3. CONTROL DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA EN LA UCM

Albercio M, Pinés B, Martín R, Santa Eulalia E, Planells P

Universidad Complutense de Madrid

Introducción: La Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid realiza tratamientos que abarcan a todos los campos terapéuticos de la odontología. Los alumnos de la licenciatura realizan las correspondientes prácticas con pacientes pediátricos a partir del cuarto curso. Con el fin de mejorar la calidad de los diferentes servicios prestados y aumentar el grado de satisfacción de nuestros pacientes hemos estudiado una serie de factores que van a influir en la relación odontólogo-paciente condicionando, por tanto, nuestros tratamientos.

Objetivos:

1. Conocer la opinión de los pacientes de la facultad de odontología acerca de los siguientes puntos: a) tiempo de lista de espera; b) confortabilidad de la sala de espera; c) trato recibido por profesional auxiliar de servicios, alumnado y profesores; d) costo; y e) satisfacción con los tratamientos.

2. Determinar los puntos susceptibles de mejora en el servicio de atención a pacientes.

Material y método: Para estudiar el grado de satisfacción de los pacientes que acuden a recibir tratamiento en la facultad de odontología de la UCM hemos realizado dos encuestas. La primera destinada al paciente infantil que va a recibir el tratamiento y la segunda destinada el adulto responsable que acompaña a nuestro paciente. Estas encuestas han evaluado los siguientes servicios: a) recepción de pacientes 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: De la valoración realizada se desprenden importantes puntos de mejora sobre todo a nivel de desconocimiento general de los pacientes acerca de la lista de espera real en el momento de ser atendido en recepción general de pacientes. Estos datos nos van a permitir introducir mejoras que satisfagan por completo sus necesidades de tratamiento. Gracias a los datos obtenidos en esta encuesta se realizarán cambios con el fin de asegurar, en cursos sucesivos, un mejor servicio a nuestros pacientes.

Fuentes de financiación: Este proyecto se ha realizado a través de Beca de Colaboración en el Departamento de Estomatología IV de la UCM.

4. DENS IN DENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Vilar C, Beltri P, Correa E, Diéguez M, Méndez M
Universidad Europea de Madrid

Introducción: El *dens in dente* se describe como una alteración en el desarrollo dentario provocada por una invaginación de las células del epitelio interno del órgano del esmalte. Los dientes más afectados son los incisivos laterales superiores. La prevalencia es mayor en dentición permanente y en varones. Histopatológicamente, el conjunto invaginado está compuesto por esmalte y dentina dispuestos de forma invertida, siendo la dentina la más periférica. Clínicamente la anomalía

es difícil de diagnosticar. Se sospechará por a existencia de un agujero ciego muy marcado. La radiografía confirmará el diagnóstico, al observar la cámara pulpar ocupada por una invaginación del esmalte.

Aunque a veces evoluciona de forma asintomática, lo más frecuente es que estos dientes, después de la erupción, presenten con cierta rapidez patología pulpar ya que suelen existir canales que conectan la cavidad central invaginada con la pulpa.

El tratamiento preventivo es crucial para la permanencia del diente en boca, ya que si aparece una lesión pulpar en un diente inmaduro, el tratamiento de los conductos, dependiendo del tipo de *dens in dente*, puede ser complicado y ensombrecer el pronóstico de este diente.

Objetivos: Elaborar un plan de tratamiento ideal basándonos en la revisión de los casos clínicos descritos hasta el momento en la literatura.

Material y métodos: Se ha realizado una búsqueda en PubMed, Medline, Willey, Base de Datos de la UCM y UEM de los últimos años. Se evalúa el expediente de un paciente infantil que acude a la clínica Universitaria de la UEM.

Resultados: Se planifica y se realiza un tratamiento acorde a las necesidades de la paciente infantil y posteriormente se observa su evolución.

Conclusiones: Seguimos las mismas pautas que los tratamientos descritos en la revisión bibliográfica. La actuación más eficaz en este tipo de alteración es la prevención.

5. DIENTES PEREZOSOS: A PROPÓSITO DE UN CASO DE RETRASO ERUPTIVO

Serna Muñoz C, Zapata Fernández E, Ruiz Duque C, Cerdán Gómez F, Delgado Castro N
Hospital San Rafael. Madrid

Introducción: La erupción dental supone el movimiento del diente en dirección axial desde su posición inicial en el hueso hasta su posición funcional en la cavidad oral. En condiciones normales esta se produce cuando el diente tiene aproximadamente 2/3 de la raíz formada. Cuando no ocurre de esta forma hablamos de retraso eruptivo.

El retraso eruptivo es más común que la erupción precoz de los dientes y puede estar asociado a factores sistémicos y locales. Igualmente, la raza, la etnia y el género pueden influir en la erupción.

La bibliografía es extensa en cuanto a casos documentados de retraso eruptivo, sin embargo, no con las características de nuestro caso en concreto.

Caso clínico: Se trata de un paciente de 9 años de edad que acude al Servicio de Odontopediatría del Hospital San Rafael con todos los dientes temporales en boca y ninguno permanente. Aporta radiografía panorámica en la que llama la atención un avanzado desarrollo radicular intraóseo de los dientes permanentes sin erupción, casi hasta observar el cierre apical de algunos de ellos. Se puede observar además agenesia del primer premolar superior derecho.

Nuestros objetivos son: conocer las posibles causas de dicho retraso, descartar posibles patologías asociadas y estimular la erupción de los dientes permanentes.

Se estudiaron los posibles factores etiológicos sistémicos (herencia, alteraciones óseas, endocrinas, etc.) y locales (ectopias, supernumerarios, etc.). Para ello se mantuvo una entrevista guiada con los padres en la que se averiguó un claro componente genético. Se estableció una interconsulta con el endocrino para valorar posibles alteraciones metabólicas. Se analizó una muestra de hueso mediante análisis anatomopatológico, concluyendo una significativa esclerosis ósea.

Nuestra actitud terapéutica fue: extracciones de los incisivos inferiores temporales, ventana quirúrgica en el primer molar inferior izquierdo obteniendo la muestra de hueso y toma de medidas para colocar placa propioceptiva con reposición de los dientes anteroinferiores para estimular la erupción de los permanentes. Actualmente estamos a la espera de resultados.

6. EL RECIÉN NACIDO FISURADO. TRATAMIENTO ORTOPÉDICO PREQUIRÚRGICO. ACTUALIZACIÓN

Adanero A¹, Gómez B¹, Martín M¹, Planells P^{1,2}
¹Universidad Complutense de Madrid. ²Hospital Universitario La Paz. Madrid

Introducción: El tratamiento quirúrgico de los pacientes con fisura palatina unilateral completa, y bilateral completa son problemáticos debido a la separación de los fragmentos alveolares y la dificultad de la alineación de estos correctamente. El uso de aparatología ortopédica prequirúrgica mejora la relación de los fragmentos de la fisura y por tanto, es beneficioso para el tratamiento quirúrgico. Existen diversos tipos de aparatología prequirúrgica, y hoy en día no hay consenso sobre la modalidad de tratamiento.

Objetivos: Se pretende realizar una actualización de las modalidades de tratamiento ortopédico prequirúrgico que es utilizado hoy en día.

Material y métodos: Se ha realizado una revisión bibliográfica de diversas bases de datos en los últimos 10 años. Se ha relacionado el tipo de aparatología usado con el tipo de fisura del recién nacido. Se observa que no existe unanimidad en el uso de ortopedia prequirúrgica en los diversos autores. Las siguientes palabras clave se han utilizado: *cleft palate, presurgical orthopedics, DMA* (aparato de avance maxilar), *ECPR* (aparato de reposición de la premaxila).

Conclusiones: El uso de un tipo de ortopedia prequirúrgica en los pacientes fisurados va a depender del tipo de fisura ya sea unilateral o bilateral completa. Los autores no parecen ponerse de acuerdo con respecto a los beneficios obtenidos con el uso de este tipo de aparatología ortopédica. Vemos necesario la presencia de un odontopediatra en el equipo multidisciplinar del tratamiento del paciente fisurado desde el nacimiento.

7. ESTUDIO DE PREVALENCIA DE MALOCLUSIÓN EN ESCOLARES DE 6 AÑOS

Lacalzada Pastor M¹, Gil Samaniego J², Monteoliva García M², Perona Pagán M¹, Barrio Ruiz C²

¹CAP Sant Joan de Vilanova i La Geltrú. Barcelona.

²EAP Centro de Salud Camps Blancs de Sant Boi. Barcelona

Introducción: La maloclusión es una de las patologías más frecuentes en niños de 6 años, por ello deben ser diagnosticadas y valoradas por un especialista en edades tempranas.

Objetivo: El objetivo de este estudio es evaluar la prevalencia de las alteraciones de la oclusión y cuantificar las diferencias según poblaciones y sexos.

Materiales y métodos: Se realiza un estudio transversal observacional de 375 escolares de 6 años en sus respectivos centros de enseñanza de dos poblaciones: Sant Boi de Llobregat y Vilanova i la Geltrú (Barcelona).

Resultados: Las dos maloclusiones que se encuentran con mayor frecuencia son el apiñamiento dental (22,1%) y la mordida cruzada (18,1%). En tercer lugar encontramos la mordida abierta con una prevalencia del 8%. El resto de maloclusiones tienen porcentajes similares y sensiblemente inferiores: mordida abierta (8%), clase II con resalte aumentado (7,5%), sobremordida (6,66%), y clase III (6,4%). En cuanto a las diferencias entre sexos observamos que la incidencia total de maloclusión es un 7,4% mayor en niñas, y esta es más elevada en la clase III (que, aunque es la patología de menor prevalencia, es un 5,7% mayor en el grupo femenino). La patología que afecta predominantemente al sexo masculino es en cambio la sobremordida (un 2,23% mayor en niños).

Conclusiones: Los resultados de este estudio demuestran que existe una elevada prevalencia de maloclusión entre los escolares (60%). La maloclusión transversal, mordida cruzada, es la más prevalente junto al apiñamiento. Este dato nos parece de suma importancia ya que este tipo de maloclusión requiere una rápida actuación con el fin de obtener resultados óptimos en el tratamiento y un mejor pronóstico a largo plazo.

8. ESTUDIO DEL CONTAGIO EMOCIONAL DEL MIEDO DENTAL ENTRE PADRES E HIJOS

Lara A, Crego A, Carrillo M, Pérez V, Romero M
Universidad Rey Juan Carlos. Móstoles, Madrid

Introducción: El miedo dental en los niños es la principal causa por la que el paciente infantil es derivado a una consulta especializada en odontopediatría. La influencia familiar parece ser un aspecto clave, ya que el miedo dental de los padres tiene un importante efecto sobre la ansiedad de su hijo y puede predisponer a reacciones de miedo.

Objetivos: Conocer la posible existencia de un contagio emocional del miedo dental entre padres e hijos y las particularidades en su forma de transmisión al hijo/a.

Materiales y métodos: Los datos obtenidos sobre el miedo dental fueron recogidos mediante una versión en

castellano del *Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale* (CFSS-DS), administrada a 94 escolares de un colegio público del sur de Madrid (55 niñas, 39 niños) con edades comprendidas entre los 7 y 12 años. Anteriormente, una versión adaptada para adultos de dicho cuestionario fue cumplimentada por sus padres, solicitándoseles además su consentimiento informado. Se realizaron diversos análisis estadísticos (análisis descriptivos, comparaciones de medias, correlaciones y análisis de regresión jerárquica múltiple) mediante el programa SPSS 16.

Resultados: Los niveles de miedo dental fueron significativamente mayores en las madres (M = 32,55; SD = 10,62) que en los padres (M = 29,31; SD = 10,27) e hijos (M = 28,48; SD = 10,42). Se identifican además diferencias de género significativas en los niveles de miedo dental de niños (M = 24,92; DT = 8,59) y niñas (M = 31,00; DT = 10,93). Existen correlaciones entre el miedo dental de ambos padres entre sí (r = 0,45; p < 0,01), madres e hijos (r = 0,25; p < 0,01), y padres e hijos (r = 0,30; p < 0,01). Controlando los efectos debidos al género del niño/a, el miedo de la madre ($\beta = 0,20$; p < 0,05) y del padre ($\beta = 0,29$; p < 0,01) son, por separado, predictores significativos del miedo del hijo/a. No obstante, las puntuaciones de la madre dejan de ser predictoras del miedo del niño/a cuando se introducen en el modelo de regresión las puntuaciones del padre, que seguirían siéndolo ($\beta = 0,25$; p < 0,05). Consecuentemente, los niveles de miedo dental del padre mediarían la relación existente entre el miedo dental de la madre y del hijo/a.

Conclusiones: En línea con estudios anteriores, se pone de manifiesto la relevancia del género del niño/a en los niveles de miedo dental, y se confirma la hipótesis del "contagio emocional" del miedo dental entre padres e hijos. A pesar de que ambos padres contagian el miedo a sus hijos, el papel del padre es decisivo en la transmisión de miedo dental al niño. No obstante, son necesarios más estudios para contrastar estos resultados.

9. ETIOLOGÍA DE LA HIPOMINERALIZACIÓN INCISIVO-MOLAR. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

García M, Martínez P, Cuadros C, Guinot F, Bellet LJ
Máster de Odontopediatría Integral. Universitat Internacional de Catalunya. Barcelona

Introducción: Durante los últimos años los defectos de hipomineralización en primeros molares permanentes han tenido especial relevancia por su alta prevalencia. La hipomineralización incisivo molar fue el nombre propuesto por Weerheijm en 2001, y aceptado por la comunidad científica europea en 2003. Este defecto cualitativo se define como "una hipomineralización de origen sistémico" de uno a cuatro primeros molares permanentes, frecuentemente asociados con defectos en los incisivos.

Clínicamente, se observa como una alteración en la translucidez del esmalte caracterizado por opacidades demarcadas, las cuales tienen un límite definido que lo separa del esmalte normal. Estas opacidades demarcadas se presentan en diferentes colores: blanco, crema,

amarillo o marrón. La repercusión clínica de este defecto es la presencia de caries en edades tempranas, hipersensibilidad manifiesta en los niños, desmoronamiento del esmalte post-eruptivo por las fuerzas de la masticación, dificultad de alcanzar la analgesia para realizar los tratamientos restauradores, necesidad de tratamientos complejos y/o necesidad de ser retratados los dientes afectados.

En cuanto a la prevalencia, la mayoría de estudios han sido realizados en Europa, determinando una prevalencia del 2,8% al 25%.

La etiología del MIH aún no ha sido determinada; se buscan factores que ocasionen esta alteración entre 0 y los 3 años de edad, tales como: bajo peso al nacer, amantamiento prolongado por las dioxinas, problemas perinatales y posnatales, enfermedades de las vías respiratorias altas, otitis, asma, fiebre > 39° y/o la administración de antibióticos de forma recurrente.

Objetivo: Realizar una revisión de la literatura relacionada con la etiología de la hipomineralización incisivo molar.

Material y métodos: Se realizó una revisión sistemática de la bibliografía vía online, en las bases de datos PubMed, Medline y Scielo. Los artículos fueron obtenidos de forma electrónica. Los criterios de inclusión fueron: artículos de lengua inglesa, publicados entre 2000-2009, usando como palabras claves: *demarcated opacities, molar incisor hypomineralisation, hypomineralization in first permanent molar, mih, cheese molars, aetiology and molar incisor hypomineralisation, Amoxicillin molar Incisor Hypomineralization*.

Conclusiones: La etiología del MIH aún no está determinada, aunque existen factores ambientales y sistémicos conocidos que alteran el proceso de la amelogenénesis. Por esto, sería necesario continuar con esta línea de investigación y determinar los factores causales del MIH.

10. INCISIVOS DILACERADOS. OPCIONES DE TRATAMIENTO

Borras C, Catalá M, Estrela F, Ferrer I

Máster Odontopediatría. Clínica Odontológica. Universitat de València

Introducción: La dilaceración es el termino utilizado para describir una distorsión de la relación anatómica entre la corona y la raíz de un diente permanente. La etiopatogenia de esta alteración, esta relacionada con traumatismos acacidos en los incisivos temporales superiores, sobre todo cuando estos tienen lugar en edades tempranas. Ello es debido a la estrecha relación anatómica existente entre la raíz de los incisivos temporales y la corona de los permanentes que, en sus primeros estadios de formación, muestran una laxitud y fragilidad que los hace muy vulnerables a los impactos.

Para su tratamiento la literatura propone desde opciones quirúrgicas, con extracción del diente retenido y el cierre ortodóncico del espacio, la sustitución mediante prótesis odontosoportada o implantosoportada, autotrasplante de premolares, hasta métodos más conservadores que optan por reubicar el propio diente dilacerado.

Objetivos: Presentar ejemplos de tratamiento utilizando estas técnicas más conservadoras.

Material y métodos: Mostramos 4 casos clínicos de dilaceración y valoramos las distintas alternativas de tratamiento para conseguir la correcta ubicación del diente en su posición anatómica fisiológica en función de la situación primaria del incisivo dilacerado. *Caso 1:* seguimiento clínico hasta la erupción espontánea. *Caso 2:* fenestración para facilitar su erupción. *Caso 3:* fenestración y tracción ortodóncica. *Caso 4:* Reposición quirúrgica directa.

Resultados: Todas estas técnicas conservadoras consiguieron la correcta reubicación del diente con un adecuado resultado estético y funcional.

Conclusiones: Pensamos que estos métodos conservadores deben ser valorados como una primera opción de tratamiento ante una situación de incisivo retenido dilacerado.

11. KINESIOGRAFÍA EN ODONTOPEDIATRÍA. UNA HERRAMIENTA DE REGISTRO DE MOVIMIENTOS MANDIBULARES

Ladrón de Guevara AC, Mayné R, Cuadros C, Guinot F, Bellet LJ

Máster de Odontopediatría Integral. Universitat Internacional de Catalunya. Barcelona

Introducción: El sistema masticatorio es capaz de ejercer fuerzas intensas a través de la ejecución de movimientos exactos. La precisión del movimiento es importante para evitar dañar el sistema estomatognático y maximizar su eficacia. La masticación bilateral alterante es la ideal, ya que produce un desarrollo normal anteroposterior, maxilar y mandibular.

El kinesiógrafo nos permite registrar de manera dinámica los movimientos mandibulares realizados al masticar, deglutir, hablar, además de otros movimientos mandibulares funcionales (lateralidad, máxima apertura y posición de reposo). Es fácil de utilizar, cómodo para el paciente y lo suficientemente preciso para el registro cuantitativo de los movimientos mandibulares. Sin embargo, requiere de equipos complejos, costosos y operadores capacitados.

El kinesiógrafo está compuesto por un imán que se une al vestíbulo labial por debajo de los incisivos mandibulares, y varios sensores posicionados en la cara del paciente y fijados a la cabeza mediante una máscara; estos registran los movimientos mandibulares en los planos frontal, sagital y horizontal.

El kinesiógrafo se conecta a un ordenador, mostrando 3 trazos de colores diferentes que representan los componentes de los movimientos mandibulares. El software del kinesiógrafo proporciona un registro gráfico de los movimientos para analizar el desplazamiento espacial de la mandíbula y medir los movimientos con una precisión de 0,1 mm en todas las direcciones.

Objetivos: Realizar una revisión bibliográfica para evaluar la aplicación del kinesiógrafo en odontopediatría.

Materiales y métodos: Se realizó una búsqueda en la base de datos PubMed, obteniendo los artículos de manera electrónica. Los criterios de inclusión de la búsqueda fueron: artículos donde el kinesiógrafo fuese utilizado para registrar los movimientos mandibulares, en lengua inglesa y publicados en revistas de odontología entre el año 1990-2009. Las palabras clave utilizadas fueron: *kinesiograph in children, masticatory cycle, chewing cycles, masticatory pattern*.

En la búsqueda se obtuvieron 1.337 artículos de los cuales se seleccionaron 11 artículos, debido a que cumplían con los criterios de inclusión mencionados.

Conclusiones: El uso de la kinesiografía permite una detección no invasiva y un registro de los movimientos mandibulares realizados al masticar, deglutir y/o hablar, en un espacio tridimensional. Esto es de gran importancia en odontopediatría, ya que su uso en una edad temprana permitiría determinar si existe alguna alteración en los movimientos mandibulares.

12. LA PRIMERA VISITA AL ODONTOPEDIATRA

Farré E, Cuadros C, Lorente AI, Sáez S, Bellet LJ
Departamento de Odontopediatría. Facultad de Ciencias de la Salud. Universitat Internacional de Catalunya. Barcelona

Introducción: La Asociación Americana de Odontopediatría, la Sociedad Española de Odontopediatría y la Academia Europea de Odontopediatría, entre otros, recomiendan que los niños deberían acudir al odontopediatra después de la erupción del primer diente o antes del primer año de vida para realizar una visita preventiva.

Es importante saber qué debemos evaluar en esta primera visita al odontopediatra. Además de la exploración pertinente, es importante dar las directrices a los padres respecto a los hábitos dietéticos (lactancia, biberón y dulces/zumos), hábitos conductuales (higiene, chupete y succión digital) y procesos terapéuticos (flúor, caries, erupción y traumatismos).

Objetivos: Realizar un protocolo sobre los aspectos a tratar en esta primera visita para establecer la base de la educación en la prevención que regirá toda la vida del niño, de manera que se pueda instaurar un cuidado dental que permita una buena salud oral.

Métodos: Revisión bibliográfica a partir de distintos artículos consultados en la base de datos electrónica de PubMed en los años comprendidos entre 1999 y 2010, además de utilizar recursos y libros ofrecidos por la biblioteca de la universidad.

Las palabras clave utilizadas para la búsqueda han sido: *early childhood caries (ECC), first dental visit, infant oral health, prevention, nutrition, caries, fluoride, breast-feeding y non-nutritive sucking habit*.

Conclusiones: La edad infantil es el momento en el que se establece la conducta y se produce el aprendizaje de hábitos higiénicos, y por tanto debe ser en esta etapa en la que se inicien los programas de educación para la salud bucodental.

El protocolo se realiza para facilitar en todo momento la prevención de la salud oral del bebé y que todo lo que conlleva esta prevención se cumpla de la forma más correcta, evitando así, las futuras caries dentales de los preescolares.

13. LACTANCIA MATERNA Y DESARROLLO DE LA MUSCULATURA FARÍNGEA

Abaitua A, Anta A, Brizuela A, Elorriaga I, Rámila E
Universidad del País Vasco/EHU

Introducción: Los beneficios inmunológicos y nutricionales de la lactancia materna respecto a lactancia artificial han sido debidamente demostrados por la bibliografía precedente. Del mismo modo la disposición de los elementos musculares implicados presenta diferencias entre ambos medios de lactancia que afectan significativamente al desarrollo de las estructuras anatómicas circundantes. El amamantamiento es responsable de la maduración de los músculos de la masticación. Los movimientos de estos músculos, aunque limitados fisiológicamente en el recién nacido, van a madurar el sistema muscular por medio de la lactancia natural o alimentación a pecho. Así mismo puede favorecer el desarrollo de la musculatura faríngea, permitiendo el incremento de la luz faríngea de gran trascendencia en los procesos ventilatorios y en la prevención de los fenómenos de apnea.

Objetivos: Comprobar si existe relación positiva entre la lactancia materna y el mayor diámetro faríngeo.

Material y métodos: Se lleva a cabo un estudio sobre una muestra de 68 sujetos elegidos al azar, 29,4% hombres 70,6% mujeres, de edades comprendidas entre los 7 y los 46 años. A todos ellos se les realiza una telerradiografía lateral de cráneo con los dientes en oclusión, en posición de pie, tras 5 segundos de haber realizado una deglución (tratando de obtener de este modo en todos ellos una misma posición de reposo en la musculatura faríngea objeto de estudio). A través de este registro gráfico se realizan las mediciones tanto de estructuras óseas que desvelen el tipo craneofacial como del diámetro faríngeo en 4 puntos diferentes. Asimismo se evalúa la presencia o no de hábitos perniciosos como la respiración oral, la succión digital y la interposición lingual y labial, todos ellos íntimamente relacionados con problemas tanto estructurales como funcionales que afectan al desarrollo craneofacial y muscular.

Resultados: Tras el análisis de los resultados se observa que un 76,5% de los sujetos sí ha recibido lactancia materna, frente al 23,5% que se ha alimentado con biberón. El tiempo medio de lactancia de la muestra es de alrededor de 5 meses. Las anchuras medias del tracto faríngeo son $18,8 \pm 6,3$, $11,65 \pm 4,6$, $10,79 \pm 2,8$ y $10,75 \pm 4,1$ en los cuatro puntos observados desde la parte más superior a la más inferior.

Conclusiones: Sí se observa cierta correlación entre la lactancia materna y un mayor diámetro de la faringe, no pudiendo establecerse significación estadística, posiblemente debido al tamaño de muestra, y siendo necesario continuar esta línea de investigación.

14. MANEJO DEL BRUXISMO EN NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES

Martínez L, Valero M, Lobato B, Martín del Burgo M, Planells P

Universidad Complutense de Madrid

Introducción: El término bruxismo fue introducido por Forhman en 1931, quien lo describió como el hábito de rechinar los dientes. En niños con necesidades especiales hay una alta incidencia de esta patología.

Objetivo: El objetivo de esta revisión es conocer el abanico de alternativas terapéuticas aplicables en estos casos.

Material y método: Se realizó una búsqueda bibliográfica con la base de datos PubMed desde el año 1997 hasta la actualidad incluyendo artículos en inglés y español, utilizando las palabras clave bruxismo, alteraciones temporomandibulares, autismo, parálisis cerebral, acupuntura y botox. Los criterios de inclusión fueron todos aquellos artículos de revisión bibliográfica, estudios longitudinales y de casos y controles hallados en la base de datos.

Resultados: Se obtuvieron 21 artículos donde se hablaba de bruxismo en niños con necesidades especiales.

La etiología del bruxismo es multifactorial y los posibles factores son discrepancias oclusales, desórdenes temporomandibulares, alteraciones psicológicas, factores neurológicos y factores sistémicos. En niños con necesidades especiales encontramos una alta incidencia de bruxismo, sobre todo en casos de parálisis cerebral, síndrome de Down y trastornos del espectro autista.

El tratamiento de estos pacientes suele ser complicado debido a la dificultad de manejo de los mismos. Se han descrito varios tipos de tratamientos desde el ortodóncico y planos de mordida modificados hasta acupuntura y botox. Sin embargo, no hay protocolos establecidos y los resultados obtenidos hasta ahora son variables.

Conclusiones: El bruxismo en niños con necesidades especiales en una patología que puede afectar gravemente a los tejidos dentarios. Tiene una alta prevalencia y difícil tratamiento. Son necesarios estudios que establezcan protocolos de actuación.

15. ORTOPEDIA EN EL RECIÉN NACIDO CON FISURA LABIOPALATINA BILATERAL TOTAL

Rovira E¹, Adobes-Martín M¹, Mínguez I², Gómez F³, Plasencia E¹

¹Universidad de Valencia. ²Universidad CEU Cardenal Herrera. Valencia. ³Unidad de Cirugía Maxilofacial Infantil. Hospital Universitario La Fe de Valencia

Se presenta el protocolo de tratamiento en los primeros meses de vida del paciente con fisura labiopalatina bilateral total que se sigue en la Unidad de Fisurados del Hospital Universitario La Fe.

Se ilustra con fotografías cada fase, desde la primera visita a los pocos días de vida hasta el momento de la primera intervención quirúrgica. Se muestra el tratamiento de ortopedia con placa obturadora.

16. ORTOPEDIA PREQUIRÚRGICA EN EL RECIÉN NACIDO CON FISURA LABIOPALATINA UNILATERAL TOTAL (FLPUT): PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN EL HOSPITAL INFANTIL LA FE DE VALENCIA

Adobes-Martín M¹, Rovira E¹, Mínguez I², Gómez F³, Gandía JL¹

¹Universidad de Valencia. ²Universidad CEU Cardenal Herrera. Valencia. ³Unidad de Cirugía Maxilofacial Infantil. Hospital Universitario La Fe de Valencia

Objetivo: Mostrar los cambios conseguidos en la remodelación maxilar y alveolar mediante el uso de la placa palatina obturadora (PPO). Explicar el protocolo de actuación del Hospital Infantil La Fe de Valencia y ayudar a unificar criterios en los protocolos de actuación de niños no sindrómicos con FLPUT.

Material y método: Se presentan casos clínicos con toda la sistemática de actuación para el uso de la PPO, y los resultados clínicos tras el uso de dicha placa.

Conclusión: La ortopedia que presentamos ayuda en el tratamiento de los niños con FLPUT ya que disminuye la distancia entre los segmentos de la fisura a nivel de la cresta alveolar, a la vez que posiciona los elementos fisurados del labio en mejores condiciones para la intervención quirúrgica.

17. PROTOCOLOS DE INTERVENCIÓN EN SALUD ORAL EN LOS PACIENTES FISURADOS

Pinés B, Albericio M, Martínez E, Miegimolle M, Planells P

Universidad Complutense de Madrid

Introducción: Las fisuras labio palatinas constituyen deficiencias estructurales congénitas debidas a la falta de unión entre algunos procesos faciales embrionarios en formación. Son las malformaciones craneofaciales más frecuentes del mundo. Su incidencia global es de aproximadamente un caso por cada 600 nacidos vivos, aunque esta cifra varía de acuerdo con el continente, raza o población.

Aparte de las anomalías funcionales que presentan estos pacientes, tales como, respiración oral, trastornos de la deglución, articulación y anomalías auditivas; presentan unas alteraciones a nivel intraoral (maloclusiones, alteraciones dentarias de estructura y número y secuelas secundarias a intervenciones terapéuticas).

Todo ello influye en una mayor tasa de caries y de enfermedad periodontal, como han demostrado algunos estudios, por lo tanto es fundamental el desarrollo de protocolos preventivos en estos pacientes, encaminados al mantenimiento de una salud oral adecuada, desde su nacimiento.

Objetivos:

1. Educar al personal sanitario sobre las medidas preventivas en los pacientes fisurados.

2. Concienciar y educar tanto a los padres como a los propios niños, sobre unos adecuados hábitos dietéticos, así como correctas medidas de higiene oral.

3. Desarrollar trípticos informativos, dirigidos tanto al personal sanitario, como a los padres y niños.

Material y métodos: Para realizar estos protocolos se ha realizado una revisión bibliográfica, consultando las bases de datos de Compludoc, PubMed y Scielo, utilizando como palabras clave: *cleft palate, cleft lip, oral hygiene, cleft care, oral health*. Se encontraron 88 artículos, de los cuales, en base a los criterios de inclusión y exclusión establecidos, se utilizaron 22 y se descartaron 66.

Además, se ha visitado el servicio de Cirugía Maxilofacial Pediátrica del Hospital La Paz de Madrid, para conocer que cuidados orales reciben los pacientes con fisura labio-palatina.

Conclusiones: En los niños con fisura labial y/o palatina, una dentición primaria sana, es esencial para el resultado satisfactorio del tratamiento ortodóncico y quirúrgico, la función oral, el desarrollo del habla y el mantenimiento del espacio, por lo tanto dada la gran cantidad de factores de riesgo incidentes en estos pacientes, se hace necesaria la instauración de estrategias encaminadas al mantenimiento de su salud oral.

Es imprescindible concienciar de este hecho tanto a los pacientes con fisura, como a sus padres y al personal sanitario encargado de su cuidado, para lo que es una herramienta muy útil, el desarrollo de trípticos informativos que expongan esta información de manera clara y representativa.

Fuentes de financiación: Este proyecto se ha realizado a través de Beca de Colaboración en el Departamento de Estomatología IV de la UCM.

18. TOMA DE DECISIONES TERAPÉUTICAS EN MOLARES CON HIPOMINERALIZACIÓN

Catalá M, Velló A, Estrela F, Borrás C, Valls P
Máster de Odontopediatría. Clínica Odontológica. Universitat de València

Introducción: La hipomineralización incisivo-molar consiste en la afectación de origen sistémico de uno o más primeros molares permanentes, a menudo asociado también a la afectación de incisivos. La prevalencia de esta afectación es variable, pero las implicaciones clínicas son importantes y a menudo suponen un reto para los profesionales que han de atender a los niños afectados.

Objetivo: El objetivo de este trabajo es confeccionar un algoritmo para la toma de decisiones terapéuticas en molares con hipomineralización.

Material y método: Se analizan las diferentes circunstancias en las que se puede presentar esta afectación y en base a la experiencia y la bibliografía disponible se esquematizan diferentes situaciones y opciones terapéuticas.

Resultados: para la toma de decisiones se debe considerar la sintomatología, la extensión, la intensidad de afectación, el riesgo de deterioro funcional, la viabilidad y la oclusión, entre otros parámetros.

Conclusiones: Los molares afectados de hipomineralización requieren un esfuerzo por parte del clínico y una actualización continua para poder elegir en cada momen-

to la opción más beneficiosa para el niño que acude en demanda de tratamiento.

19. TRATAMIENTO ORTOPÉDICO Y FUNCIONAL DE LAS MALOCLUSIONES DE CLASE III

Cejudo L, Ferrer I, Riveras C, Zaragoza A, Pérez V
Máster de Odontopediatría. Facultad de Medicina y Odontología. Universidad de Valencia

Introducción: En el desarrollo de las maloclusiones de clase III el componente genético tiene gran relevancia, sin embargo su etiología no deja de ser multifactorial y la interacción entre herencia y ambiente podrá potenciar o aliviar esta patología. El tratamiento ortopédico de las clases III a edades tempranas tiene la ventaja de ser relativamente rápido como primera fase de tratamiento, permite optimizar la segunda fase y puede evitar intervenciones quirúrgicas frecuentemente bimaxilares que tampoco están exentas de la recidiva.

Objetivos: Presentar el tratamiento ortopédico de dos pacientes de 5 y 7 años con maloclusión de clase III realizado 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 combinada de aparatos de expansión y desplazamiento anteroposterior de los maxilares, intentando que se tratase de tratamientos sencillos y breves. 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 pretendió además de influenciar unos cambios iniciales sobre el crecimiento, conseguir en el paciente una buena función masticatoria.

Conclusiones: El verdadero objetivo del tratamiento ortopédico de las maloclusiones de clase III es conseguir una buena guía anterior y una masticación fisiológica evitando así los factores ambientales que pueden potenciar esta patología y haciendo que su pronóstico sea más favorable.

20. VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO, LOS ODONTOPEDIATRAS Y LA VACUNACIÓN

Del Valle A, Esteban L, Reyes A, Romero P, Romero M
Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid

Introducción: La vacuna frente al virus del papiloma humano, tras su autorización por los Organismos europeos en octubre de 2006, aparece como recomendable en España un año después. A pesar de los esfuerzos de las Autoridades sanitarias por hacer llegar a los profe-

sionales de la salud la conveniencia y bondad de esta vacuna es un hecho, en nuestra opinión fácilmente constatable que los odontopediatras no tienen los conocimientos necesarios para aconsejar dicha vacuna en aquellas niñas o adolescentes que por el momento no pertenecen al grupo que el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud incluye como de vacunación sistémica.

Los odontopediatras como miembros de atención primaria de la Salud y como profesionales con responsabilidades diagnósticas y terapéuticas en las lesiones orales del virus del Papiloma humano deben tener respuestas documentadas ante preguntas relativas a la vacunación contra estos virus.

Objetivos: El fin último de este trabajo es poner a disposición de los odontopediatras una serie de conocimientos que faciliten su toma de decisiones ante las consultas relacionadas con esta vacunación.

Método:

- Búsqueda de datos relativa a esta familia de virus.
- Búsqueda de datos relativos a las vacunas recomendadas en la actualidad así como de las normas legislativas sobre su aplicación.
- Búsqueda y análisis de las actitudes y decisiones adoptadas por las distintas Comunidades Autónomas españolas y por diversos países de nuestro entorno sobre la vacunación.
- Búsqueda y análisis de la evolución de su administración.
- Búsqueda de los efectos secundarios conocidos y del grado de protección de la vacuna.

Conclusión: Este trabajo exclusivamente pretende capacitar a los odontopediatras para la toma de decisiones con respecto a la vacunación contra el VPH cuando sean consultados a este respecto. De presentar una o varias conclusiones podríamos ser acusados de deontológicamente e incluso políticamente incorrectos dado que podríamos influir en la toma de decisiones con respecto a una medida de carácter meramente preventivo y como tal sujeta a unos efectos sobre el individuo y sobre todo un colectivo ciudadano.

Deben ser los odontopediatras los que a la vista de estos datos saquen sus conclusiones.

21. XYLITOL: NO MÁS CARIES

Riad E, Illán E, Riobos MF

Universidad Alfonso X El Sabio. Madrid

Introducción: En el presente documento se reseñarán las características del xylitol y sus efectos anticariogénicos. Es un pentitol que puede encontrarse en muchas frutas, verduras, levaduras, hongos y líquenes.

Entre las propiedades del xylitol cabe destacar que inhibe el crecimiento del *Streptococo Pneumoniae*, responsable de la otitis media. Reduce la puntuación ICAOS mejor que otros métodos, por ello ha sido apodado "cepillo de dientes molecular". Tiene efecto preventivo a nivel periodontal, y reduce la *Cándida Albicans*. Es reconocido como seguro por la FDA y la OMS. Es seguro en embarazo, diabetes e hipoglucemia.

A nivel anticariogénico, es beneficioso ya que estabiliza los iones calcio y fostato en la saliva, por lo que no puede ser metabolizado en ácido por la mayoría de las bacterias. Como consecuencia a la disminución del componente ácido hay un aumento del flujo salival que produce un incremento del pH y este favorece la remineralización de las lesiones incipientes de esmalte. Disminuye el volumen de película adquirida e inhibe el crecimiento de bacterias, como el *Streptococcus Mutans*.

Objetivos: Se pretende analizar el efecto del consumo de xylitol y la acción que tiene este en la cavidad oral.

Material y método: Se ha realizado una revisión sistemática de la literatura a través de índices de revistas y bases de datos electrónicas, en las cuales el xylitol es el componente principal de las preparaciones utilizadas para realizar el estudio.

Conclusiones: El consumo de xylitol como única medida preventiva frente a la caries dental no es suficiente. Si lo administramos junto una buena higiene oral, reduce la incidencia de nuevas caries en un 50-80%. Si las madres consumen xylitol durante el embarazo disminuye un 70% el índice de caries en sus hijos.

La administración en forma de chicles es más eficaz. Se obtienen mejores resultados anticaries a mayor tiempo de masticación, y con chicles de goma natural.

Para reducir la incidencia de caries a largo plazo, se ha de masticar chicles con xylitol como mínimo un año antes de la erupción dentaria, con lo que se consigue una disminución del 93% en la aparición de nuevas caries.

Cabe destacar que tras la administración oral en altas dosis, superiores a 30-40 g/día en una sola dosis, puede provocar malestar estomacal y posiblemente diarreas temporales.