



MEMORIAS

1er. Concurso de Carteles de Investigación
Colegio de Odontólogos de Nuevo León, A. C.

1 de Septiembre de 2014

Contenido

Alargamiento de corona e injerto de tejido conectivo palatino para aumento de reborde por ausencia de tabla vestibular.

Andrea Martínez Taboada, Assalia González Hernández, Dra. Gloria Martínez Sandoval MOC.

Apiñamiento severo, caninos en infraoclusión y 6 citas; cambios drásticos teniendo las tres claves de la ortodoncia.

Laura Fernández Villarreal, María Francisca Madero.

Biodentine como sustituto bioactivo y biocompatible de la dentina.

Cynthia Canales Garza, Jessette Chaib Adell, Dra. Marta Ribelles Llop, Dr. Alfredo Salinas Noyola.

Carcinoma de células escamosas bien diferenciado: Reporte de caso clínico.

Laura Calderón Gómez, Blanca Marcela Esquivel Cuevas.

Asesor: Dr. Elías Romero de León.

Cirugía estética dental: Reporte de un caso.

Stephanie Myuki Ogushi Rodríguez, C.D. Minerva Villarreal Guerra, C.D. Raúl M. Benavides.

Como saber que se esta frente a un caso de fusión dental o sinodoncia.

Laura Esperanza Cita Pardo, Leidy Katherinne Henao Osorio.

Asesor: Dr. Alfredo Salinas.

Coronas estéticas en Odontopediatría: Nueva alternativa de tratamiento con matriz de silicona transparente.

Anna Cecilia Garza Cuellar.

Asesora: C.D.M.C. Fannia L. Vela Sánchez.

Diagnóstico diferencial de carcinoma epidermoide en la consulta dental.

Ana Laura García Páez, Carlos Eduardo Galván Caudillo, Raúl Perales Garza.

Detección de algunas enfermedades sistémicas por medio del aliento.

Katia Angélica Vázquez Drago, Dr. Pedro Gutiérrez Lizardi.

Factores ambientales como causantes de maloclusión dental: Una revisión bibliográfica.

Sylvia Alicia Lavalle de Zamacona.

Manejo de pacientes con Síndrome de Down y cardiopatías congénitas en tratamientos dentales.

Karen Melissa García Chávez, José Manuel Otton, Elsa Carolina Ruiz Nava.

Mordida cruzada anterior: A propósito de un caso.

Tania Iveth Salazar Betancourt, Mariela Alexis Trujillo Álvarez, Alfredo Salinas Noyola.

Mucocele de la glándula de Blandin-Nuhn: Reporte de un caso clínico.

Dr. Luis Javier Garza de la Garza, Dr. José Orel González González.

Mucocele en el labio inferior: Reporte de un caso.

Alma Gloria Chapa Chapa.

Asesor: Dr. Alberto Lozano Laín.

Osteosarcoma osteoblástico.

Ivanna Catalina Dieste Guadiana, Ana Teresa García Aldape.

Asesor: Dr. Elías Romero de León. Referidor: Dr. Marco Antonio Torres Carmona.

Provisional autólogo: Reporte de un caso clínico.

Brenda Melissa Perlata Benítez, Juan de Dios Garza Gallardo, Dra. Minerva Villarreal Guerra.

Quemadura de labio superior, frenillo y encía por corriente eléctrica: Reporte de un caso clínico.

Dr. Luis J. Garza de la Garza, Diego A. Ayala González.

Recontorneo estético utilizando gingivectomía y ostectomía.

Zambrano Martínez Catalina, Martínez Sandoval Gloria.

Sobredentaduras sobre dientes naturales.

Laura Deyanira García Páez., Francheska Renne Rullan Jones, Assalia González Hernández.

Técnicas de remoción de mucocela: Revisión de literatura.

Ana Karen Hinojosa Castillo, Claudia Marina Gallardo Muñoz.
Asesora: Dra. Norith de Jesús Recendez Santillán, CMF.

Theracal: innovación para el recubrimiento pulpar.

Cruz Abraham Castillo Aguilar, Maricela Ramírez Rodríguez.
Asesor: Dra. Martha Elena Morales Cantú.

Tratamiento de los dientes con rizogénesis incompleta.

Juan de Dios Garza Gallardo, Dr. Mario Eduardo Huerta Ortiz.

Uso de MTA en conducto con ápice abierto.

Andrea Dibene Nava, Dr. Ricardo Treviño Elizondo.

Zoster trigeminal intraoral.

Reyes-Escalera, Carlos.

Alargamiento de corona e injerto de tejido conectivo palatino para aumento de reborde por ausencia de tabla vestibular.

Andrea Martínez Taboada, Assalia González Hernández, Dra. Gloria Martínez Sandoval MOC.

Posgrado de Periodoncia, Posgrado de Odontología Avanzada. Facultad de Odontología. Universidad Autónoma de Nuevo León.

Introducción: Las condiciones que afectan la dimensión de la corona clínica dental requieren la intervención de distintas áreas odontológicas para devolver función y estética. El alargamiento de corona quirúrgico permite aumentar la longitud coronaria supracrestal y reestablecer el espesor biológico para la necesidad estética y salud periodontal.¹ Los defectos leves o moderados con pérdida de tejido duro se pueden resolver mediante un injerto de tejido conectivo palatino, para obtener aumento del tejido blando en el reborde alveolar.²

Objetivos: Reconstruir y aumentar el reborde alveolar a base de tejidos blandos en el área desdentada donde presenta pérdida de la tabla vestibular para realizar un buen tratamiento protésico y conseguir una dentición adecuada logrando estética, función y salud.

Metodología: Paciente masculino, se le indica realizar alargamiento de los dientes 1.1 y 2.1. Iniciado el tratamiento se observa fractura en pieza 1.1; se realiza extracción y la tabla vestibular de esta área se desprende, por lo que se opta por realizar un injerto de tejido conectivo palatino para aumentar el reborde alveolar.

Resultados: Se logró establecer el nivel del margen gingival de acuerdo a la longitud coronaria deseada de la pieza 2.1 y aumentar el reborde alveolar del área desdentada.

Discusión y Conclusiones: Al reconstruir el colapso de la cresta debemos considerar la morfología del defecto, cantidad y calidad de tejido blando existente en la zona edéntula, el aporte sanguíneo de la zona receptora, la ausencia de bolsas periodontales, etc. Para obtener el injerto en zona de paladar, considerar el riesgo de perforación de la arteria palatina destacando que el mayor espesor de tejido conectivo se sitúa a nivel de premolares. A través del aumento de la cresta con un injerto de tejido conectivo y una modificación del margen gingival, se consiguen muy buenos resultados estéticos y funcionales.³

Palabras clave: injerto, reborde, alargamiento.



Referencias:

- 1.- Human Anatomy professor, Graduate School, National School of Dentistry, National University of Mexico. Rev. Odont. Mex vol.17 no.4 México oct./dic. 2013.
- 2.- Palatal pedicle connective tissue graft for ridge augmentation and/or to avoid barrier exposure in guided bone regeneration UCM RCOE v.11 n.1 Madrid ene.-feb. 2006.
- 3.- Connective tissue autograft for ridge augmentation. Indications and clinical application Escudero-Castaño N.*, Lorenzo-Vignau R.*, Perea-García M.A.*, Bascones-Martínez A.**Avances en Periodoncia v.20 n.2 Madrid ago. 2008.



Apiñamiento severo, caninos en infraoclusión y 6 citas; cambios drásticos teniendo las tres claves de la ortodoncia.

Laura Fernández Villarreal, María Francisca Madero.

Universidad de Monterrey.

Presentación del caso clínico: Paciente de 14 años y 6 meses acude a consulta manifestando apiñamiento severo, caninos en infraoclusión y maxilar superior colapsado. Se mostraran los cambios logrados a lo largo de 6 citas constantes. Es una muestra mínima de lo que puede lograr a lo largo de 6 meses teniendo las 3 claves de la ortodoncia. Para el diagnóstico se realizó la cefalometría con el análisis es de Steiner, se tomó modelos de estudio, y fotografías iniciales intra y extraorales.

Tratamiento: Para empezar el tratamiento se le hicieron 4 extracciones de los primeros premolares después se colocaron separadores, bandas y por último brackets de Rot 0.18, utilizando las 6 citas como alambre principal 0.16 niti.

Resultados: Se logró la recuperación de la armonía, el apiñamiento se redujo a leve, el maxilar superior ya no está colapsado, y por último falta un canino para que esta completamente ocluyendo. Aunque los resultados finales no muestran un tratamiento finalizado, con este caso se puede motivar desde al operador dental como al paciente a asistir a sus citas continuas y mejorar su higiene bucal.

Conclusiones: Teniendo las tres claves de la ortodoncia, teniendo citas continuas, un diagnostico óptimo y un paciente cooperador se pueden hacer movimientos ortodónticos inmejorables.

Palabras clave: ortodoncia, apiñamiento, caninos infraoclusión.

Referencias:

- 1.- Human Anatomy professor, Graduate School, National School of Dentistry, National University of Mexico. Rev. Odont. Mex vol.17 no.4 México oct./dic. 2013.
- 2.- Palatal pedicle connective tissue graft for ridge augmentation and/or to avoid barrier exposure in guided bone regeneration UCM RCOE v.11 n.1 Madrid ene.-feb. 2006 .
- 3.- Connective tissue autograft for ridge augmentation. Indications and clinical application Escudero-Castaño N.*, Lorenzo-Vignau R.*, Perea-García M.A.*, Bascones-Martínez A.**Avances en Periodoncia v.20 n.2 Madrid ago. 2008.





Biodentine como sustituto bioactivo y biocompatible de la dentina.

Cynthia Canales Garza, Jessette Chaib Adell, Dra.
Marta Ribelles Llop, Dr. Alfredo Salinas Noyola.

Universidad de Monterrey.

Introducción: El Biodentine es un sustituto biocompatible de la dentina, compuesto por silicato tricálcico, el cual ha sido introducido recientemente. Es sintetizado en laboratorio para garantizar su alta pureza. Contiene propiedades mecánicas parecidas a la dentina sana, sustituyéndola a nivel coronario y radicular sin necesidad de tratamiento previo a los tejidos calcificados. Biodentine está indicado para restauraciones definitivas como inlay y onlay, pulpotomías, caries cervical radicular, perforación del piso pulpar, resorciones y apexificación. Y está contraindicado en pulpitis irreversible.

Objetivo: Conocer las propiedades de los componentes del Biodentine y su efectividad, por medio de una búsqueda en la base de datos de EBSCOhost.

Metodología: Se realizó una revisión sistemática de la literatura. Buscando artículos en la base de datos EBSCOhost, con las palabras clave: Biodentine, Silicato tricálcico y biocompatible. Y se completó de modo manual a partir de manuales dentales. Se obtuvieron 5 artículos del año 2009 al 2013.

Resultados: Se encontró que el Biodentine es un material biocompatible, bioactivo y apto para la mayoría de las necesidades coronarias y pulpares. Es un material que se muestra radiopaco radiográficamente, por lo cual se puede dar un buen seguimiento a quien se le coloque. Tiene capacidad de estimular la formación de dentina reparadora y su tiempo de trabajo es de 12 minutos, ideal para proseguir con la restauración definitiva en la misma cita.

Discusión: Comparando con otros materiales de silicato de calcio ya existentes, Biodentine tiene propiedades superiores como: tiempo de fraguado, propiedades mecánicas y manipulación.

Conclusión: Biodentine ha sido estudiado en un ambiente salino y demostrado que es un material no citotóxico, no mutagénico, no irritante ni sensibilizante. Su toxicidad oral es a dosis de 2000 mg/kg, por lo que se puede inferir que es un material seguro.

Al mismo tiempo se concluyó que es muy fácil de usar, ya que si se manipula correctamente el tiempo máximo de manipulación es de 12 minutos.

Palabras clave: Biodentine, silicato tricálcico, biocompatible.

Referencias:

- Cedillo, J., Espinoza, R., Curiel, R., & Huerta, A. (2013). Nuevo sustituto bioactivo de la dentina; silicato tricálcico purificado. RODYB. Vol. II. Num. 2. Obtenido de <http://www.rodyb.com/wp-content/uploads/2013/05/BIODENTINE-5-de-Abril-2013.pdf>
- Septodont R&D Department. (2009). Biodentine: Active Biosilicate Technology. Scientific File. Obtenido de http://www.ndd.no/images/Marketing/Infosenter/Biodentine%20Scientific%20File_web_dokumentasjon.pdf
- Septodont. (2013). Biodentine: Primera y única dentina en una capsula. Brochure Biodentine 2012. Obtenido de http://www.septodont.es/sites/default/files/brochure%20Biodentine%20Spanish%20OHD_0.pdf
- Septodont (SA). BIODENTINE Sustituto Bioactivo y biocompatible de la dentina. Dental Laval. Francia. Obtenido de <http://www.dental-laval.cl/uploads/archivos/septodont/Biodentine%20Septodont.pdf>
- Zhirong, L., Dongmei, L., Kohli, M. R., Qing, Y., Syngcuk, K., & Wen-xi, H. (2014). Effect of Biodentine™ on the proliferation, migration and adhesion of human dental pulp stem cells. *Journal Of Dentistry*, 42(4), 490-497. doi:10.1016/j.jdent.2013.12.011





Carcinoma de células escamosas bien diferenciado: Reporte de caso clínico.

Laura Calderón Gómez, Blanca Marcela Esquivel Cuevas.

Asesor: Dr. Elías Romero de León.

Universidad de Monterrey.

Introducción: Siendo éste el tipo de cáncer oral con mayor prevalencia, el carcinoma de células escamosas bien diferenciado es una enfermedad multifactorial que se manifiesta por medio de la aparición de tumoraciones ulceradas en la superficie ventral y posterior lateral de la lengua. Quienes resultan afectados en la mayoría de los casos son pacientes masculinos mayores de 45 años de edad. El cáncer de lengua puede llegar a diseminarse, provocando así la afección de ganglios linfáticos. Para su diagnóstico, es preciso tomar una biopsia de dichas lesiones y referir el caso a un oncólogo, quien indicará el tratamiento más adecuado de acuerdo al caso del paciente.

Caso clínico: Paciente masculino de 32 años de edad, quien desde hace 7 meses presentaba, un aumento de volumen, ulcerado, de bordes irregulares, localizado en el borde lateral izquierdo de la lengua. Clínicamente se palparon ganglios linfáticos, aumentados de tamaño. Se emitió el diagnóstico clínico definitivo de carcinoma de células escamosas bien diferenciado.

Objetivos: Evaluar los aspectos clínicos, histológicos y pronóstico para la determinación de un tratamiento para el cáncer de lengua.

Discusión: El cáncer de lengua es una neoplasia multifactorial. Su etiología consta de factores tanto intrínsecos como extrínsecos. Puede dividirse en 4 diferentes estadios; el caso que se presenta probablemente cae dentro del estadio III o IV ya que presenta metástasis hacia los ganglios linfáticos. A pesar del tamaño de éstos, el paciente no experimenta dolor al momento de la palpación.

Conclusión: Como posible tratamiento está la remoción quirúrgica de la tumoración tanto en la lengua como una disección de cuello si el cáncer ha llegado a los ganglios linfáticos. Posteriormente, dependiendo de la extensión y localización del tumor, será necesaria la radioterapia o quimioterapia (en casos más severos) en combinación con otros medicamentos.

Palabras clave: Carcinoma, Bordes irregulares, Ganglios linfáticos.



Referencias:

Neville, B.W., Damm, D.D., Allen, C.M. & Bouquot, J.E. (2009). Epithelial Pathology.
Chi, A.C. (Ed.), *Oral and Maxillofacial Pathology* (pg. 362-452). United States: Elsevier.



Cirugía estética dental: Reporte de un caso.

Stephanie Myuki Ogushi Rodríguez.

C.D. Minerva Villarreal Guerra.

Maestría en Ciencias Odontológicas con Especialidad
en Periodoncia.

C.D. Raúl M. Benavides, Especialidad en Operatoria y
Estética Dental.

Universidad de Monterrey.

Introducción. La odontología estética va de la mano del diseño geométrico o matemático que llamamos las proporciones divinas, son aplicadas en los órganos dentarios anteriores de la región del maxilar superior. Así mismo se ha demostrado que para un tratamiento exitoso, la distancia del margen gingival al borde incisal debe ser aumentado cuando existe un exceso de encía o cuando la corona clínica es corta para una restauración.

Presentación del caso: Paciente femenino de 30 años de edad; acude a consulta ya que desea mejorar el aspecto de su sonrisa. Se valoró por medio de una historia clínica y fotografías, a su vez se valoró periodontalmente y no presentaba ningún signo clínico de enfermedad periodontal, su plan de tratamiento consistió en realizar un alargamiento de corona y rehabilitación estética.

Resultados. Este tratamiento puede ser utilizado con fines estéticos cuando hay presencia de una erupción pasiva, caries subgingival, fractura o ambos, como finalidad devolver el espesor biológico. Autores han demostrado que aproximadamente se eliminan 3mm de tejido subgingival y su recuperación consiste en 3 meses.

Conclusiones. La mayoría de los pacientes que se involucra con la estética dental presentan sonrisa gingival y a su vez se ven afectados de manera psicológica y emocional por su apariencia, por esta razón es necesario la planificación interdisciplinaria donde el propósito de la cirugía, consiste en la eliminación de encía, a través de incisiones proyectadas con un fin estético y a su vez proveer una relación de altura y anchura del órgano dentario, proyectado en las divinas proporciones.

Palabras Clave: Divinas proporciones, Alargamiento de corona, Estética dental.





Como saber que se esta frente a un caso de fusión dental o sinodoncia.

Laura Esperanza Cita Pardo, Leidy Katherinne Henao Osorio.

Estudiantes de intercambio, Universidad El Bosque, Colombia.

Asesor: Dr. Alfredo Salinas.

Universidad de Monterrey.

Introducción: La fusión dental es una de las anomalías dentales que se presenta con mayor frecuencia en los dientes deciduos, aunque se han reportado pocos casos a nivel de los dientes permanentes. Los hallazgos clínicos son de gran relevancia ya que existen otros tipos de anomalías que pueden llegar a ser confundidas por el profesional.

Propósito: Por lo tanto la presente investigación está basada en brindar ciertos parámetros que pueda tomar el profesional en su práctica clínica como diagnóstico diferencial y de esta manera pueda llegar a un tratamiento adecuado, teniendo en cuenta que el manejo de la fusión dental varía dependiendo si es preventivo, estético y/o funcional.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática junto con exploración clínica y radiográfica de 3 pacientes (2 masculinos y uno femenino) en edades de 3, 5 y 11 años, sin ningún compromiso sistémico.

Resultados: Se determinaron los hallazgos más comunes de la fusión dental tales como: Fusión total corona y raíz, aproximadamente en etapa intrauterina \pm 5 meses (14 - 18 semanas), fusión parcial de corona, aproximadamente en etapa postnatal \pm 3 - 4 meses y fusión total corona y raíz, aproximadamente en etapa intrauterina \pm 5 meses (14 - 18 semanas), y se realizó diagnóstico diferencial y el tratamiento adecuado.

Discusión: En la práctica clínica la fusión dental no es manejada adecuadamente por el profesional, dado que no existe suficiente conocimiento sobre su manejo clínico, ya que existen múltiples anomalías dentarias similares, por lo que es común no diagnosticarlas correctamente.

Conclusión: Lograr que el profesional use los hallazgos clínicos y radiográficos descritos, con la finalidad de llegar a un correcto diagnóstico y adecuado tratamiento con resultados positivos a largo plazo.

Palabras claves: Fusión, diagnóstico diferencial, tratamiento.



Referencias bibliográficas:

1. Iglesia-Puig, m, Arellano A, López A. García B. “Anomalías dentarias de unión: fusión dental”. Rcoe 2005.
2. Olivan g. López j, piqueras m. “Consideraciones y diferencias en el tratamiento de un diente fusionado”. Universidad internacional de Cataluña. Barcelona. España. 2004.
3. José N. Radi I. Sandra Liliana Gómez G, Nelson Cortés C. “Dientes dobles: fusión y geminación. Reporte de dos casos tratamiento interdisciplinario”. Rev. Facultad Odontología Universidad Antioquia, 2004.
4. Rodríguez HM; Ramírez; Setién VJ. “Fusión dental y fractura del borde incisal: presentación de caso”. Universidad de los Andes, Facultad de Odontología, cátedra de operatoria dental.
5. Dra. Violeta Bolaños López. “Diente fusionado: reporte clínico de caso bilateral”. Facultad de Odontología, Universidad de Costa Rica. 2012.
6. http://www.quintpub.com/userhome/endo/endo_1_2_kremeier_4.pdf,
7. Vinaya Kumar kulka Rni, Raju Raga Vendra t. Jee Vanand Desh Mukh Amit Vanka, Mahesh kumar Duddu, Anand kumar G. “Endodontic treatment and esthetic management of a primary double tooth with direct composite using silicone buildup guide” Contemporary Clinical Dentistry | April 2012 | Vol 3.
- 8 Maria Isabel Anastacio Faria. Endodontic treatment of dental formation anomalies. Rev Odonto Cienc 2011; 26(1):88-91.
9. http://www.upch.edu.pe/faest/publica/2012/vol22_n3/reh_vol22_n3_12_art06.pdf
10. <http://www.perioimplantelsalvador.com/casosclnicos22.html>
11. Dr. Marlúcio de Oliveira. “Restauración estética de un caso de sinodoncia en la zona maxilar anterior.”. São Paulo (Bauru, Brasil). 2013.



**Coronas estéticas en Odontopediatría:
Nueva alternativa de tratamiento con matriz
de silicona transparente.**

Anna Cecilia Garza Cuellar.

Asesora: C.D.M.C. Fannia L. Vela Sánchez.

Universidad de Monterrey.

Introducción. El tratamiento rehabilitador en Odontopediatría, tiene como objetivo devolver principalmente la salud, función, fonética y estética. Desde 1950, se han utilizado las coronas de acero y cromo para la restauración de los órganos dentarios. Actualmente, la odontología moderna nos exige cada vez más, no sólo una odontología funcional, sino métodos eficaces, prácticos y de alta estética con la finalidad de brindarle al paciente pediátrico tratamientos de calidad. Este caso clínico, se pretende exponer una nueva alternativa para la colocación de *coronas estéticas*, por medio de una matriz de *silicona transparente*.

Presentación del caso: Se llevó a cabo la valoración del paciente por medio de una historia clínica y estudio radiográfico para poder obtener un diagnóstico. Su plan de tratamiento consistió en la remoción de caries y tratamiento pulpar con pulpotomías y pulpectomías, del segmento anterior. A partir de esto, se comenzó a trabajar en la preparación de las *coronas estéticas* de resina compuesta.

Resultados. La rehabilitación con coronas por medio de una técnica semi-directa utilizando una matriz de *silicona transparente* con práctica, eficacia y alta estética en un paciente pediátrico.

Discusión y Conclusiones. El uso de una nueva alternativa para la reconstrucción de dientes temporales es una buena opción en la *Odontopediatría*, pues nos permite reproducir la anatomía ideal, facilidad de manipulación y conformación de estética en simples pasos.

Palabras clave: coronas estéticas, silicona transparente, odontopediatría.



Diagnóstico diferencial de carcinoma epidermoide en la consulta dental.

Ana Laura García Páez, Carlos Eduardo Galván
Caudillo, Raúl Perales Garza.

Maestría en Odontología Avanzada, Universidad
Autónoma de Nuevo León.

Introducción: El diagnóstico histopatológico de un material biopsiado de boca, es el resultado de la observación y descripción de imágenes microscópicas, como de la comparación de estas para confirmar los posibles diagnósticos y realizar un tratamiento oportuno.

Objetivos: Concientizar a todos los colegas odontólogos a realizar los estudios correspondientes para un diagnóstico oportuno. Realizar una exploración oral minuciosa y detallada de toda la cavidad oral y extra oral que incluya los ganglios linfáticos. Referenciar a los pacientes los especialistas de área específica para descartar cualquier hallazgo de lesión en boca.

Metodología: Se realizó biopsia incisional con bisturí en la que se extirpó quirúrgicamente sólo un trozo de tejido. Este tipo de biopsia se utiliza a menudo en los tumores de tejidos blandos como fue el caso, extirpando suficiente material para un buen estudio histopatológico.

Resultados: Se precisó el diagnóstico definitivo a un paciente femenino de 66 años, concluyendo la presencia de un carcinoma epidermoide a nivel del surco vestibular inferior izquierdo de molares, Se refirió al paciente al servicio de Oncología del Hospital Universitario con el examen histopatológico y laminilla. Al paciente se le realizó una extirpación completa de la lesión, sin tratamiento de radioterapia ni quimioterapia.

Discusión y Conclusiones: Como odontólogos tenemos la responsabilidad de hacer una buena historia clínica, así como también un buen examen de tejidos blandos ya que muchas de las alteraciones pudieran ser cancerígenas y pueden comprometer la vida del paciente.

Palabras clave: Diagnóstico diferencial, Carcinoma epidermoide, Biopsia incisional.



Referencias:

- Aggarwal P, Saxena S. Aggressive growth and neoplastic potential of dentigerous cysts with particular reference to central mucoepidermoid carcinoma. *Br J Oral Maxillofac Surg* ; 49: e36–39, 2013.
- Simon D, Somanathan T, Ramdas K, Pandey M. Central mucoepidermoid carcinoma of mandible. a case report and review of the literature. *World J Surg Oncol* ; 1: 1, 2003.
- Gnepp DR. Intraosseous mucoepidermoid carcinoma, editor. , ed. *Diagnostic surgical pathology of the head and neck. 2nd edn.* Philadelphia, , Elsevier;. pp. 816–818, 2009





Detección de algunas enfermedades sistémicas por medio del aliento.

Katia Angélica Vázquez Drago, Dr. Pedro Gutiérrez Lizardi.

Universidad de Monterrey.

Introducción: La halitosis es una condición común originada por causas orales o no orales. Los dentistas son los profesionales de primera línea en detectar el mal aliento, por lo que es importante saber determinar si el olor es de origen no oral ya que puede ser indicativo de enfermedades sistémicas subyacentes.

Objetivos: Identificar las enfermedades sistémicas que pueden ser causantes del mal aliento. Describir y clasificar los olores característicos de cada enfermedad. Destacar la importancia de que el odontólogo conozca dicha información y colabore multidisciplinariamente con los médicos para prevenir afecciones y mejorar la salud del paciente.

Metodología: Se realizó una búsqueda en la base de datos de EBSCOhost y SciELO, limitándonos a artículos publicados entre 2002 y 2014. Se utilizaron términos relacionados y palabras clave como aliento, halitosis, enfermedades sistémicas, entre otras para la inclusión de la información de las revisiones citadas.

Resultados: Existen ciertos padecimientos capaces de generar halitosis como parte de sus signos y síntomas, tales como: la diabetes mellitus, la insuficiencia hepática y renal, el síndrome de Sjögren, la artritis reumatoide, el lupus eritematoso sistémico, la esclerodermia, diversos tipos de carcinomas, entre muchas otras enfermedades. Cada enfermedad presenta distintas características en el aliento, que pueden ser de gran ayuda para su detección temprana si se conocen y se elaboran las pruebas necesarias.

Conclusiones: Como profesionistas del área de la salud, los odontólogos debemos estar preparados para encontrar anomalías en la cavidad oral, en este caso la halitosis. Debido a las características específicas del aliento en cada afección, se pueden detectar a tiempo algunas enfermedades que pudieran agravarse. Es de suma importancia el trabajo multidisciplinario y la comunicación con los médicos, para así lograr un mejor diagnóstico y poder erradicar la causa o dar el tratamiento adecuado a nuestros pacientes.

Palabras clave: Mal aliento, halitosis, enfermedades sistémicas.



Referencias:

Badanjak, S. M. (2012). Halitosis in the absence of oral causes: Recent research on the etiology of non oral origins of halitosis. *Canadian Journal Of Dental Hygiene*, 46(4), 231-237.

Cicco A., S. (2002). Clasificación de la Halitosis. *Acta Odontológica Venezolana*, 181-184.

Fernández Amézaga, J., & Rosanes González, R. (2002). Halitosis: diagnóstico y tratamiento en Atención Primaria. *Medifam*, 46-57.

Keles, M., Tozoglu, U., Uyanik, A., Eltas, A., Bayindir, Y., Cetinkaya, R., & Bilge, O. (2011). Does peritoneal dialysis affect halitosis in patients with end-stage renal disease?. *Peritoneal Dialysis International: Journal Of The International Society For Peritoneal Dialysis*, 31(2), 168-172. doi:10.3747/pdi.2009.00089.





Factores ambientales como causantes de maloclusión dental: Una revisión bibliográfica.

Sylvia Alicia Lavalle de Zamacona.

Universidad de Monterrey.

Introducción: Actualmente del 80-90% de la población mexicana presenta complicaciones dentales, y aunque suene un problema muy ajeno a la contaminación ambiental, es inevitable el tratar de relacionar las dos variantes; pues como mencionado por Proffit (1990), “La respiración es la actividad más importante relacionada con el desarrollo craneofacial y la alineación dental”, por lo que se cree que afectaciones como las alergias causadas por la creciente contaminación, podrían llevar a severas maloclusiones.

Objetivos: Realizar una investigación bibliográfica sobre la relación entre los factores ambientales y las maloclusiones dentales.

Metodología: La presente investigación se condujo mediante selección de artículos de revistas y libros de prestigio en línea en la base de datos EBSCO, bajo los principios de respeto y beneficencia en busca del mayor conocimiento del tema para su posterior aplicación en la práctica clínica.

Resultados: En los hallazgos de las investigaciones se encontró que el cambio climático, aunado a las partículas de contaminación y humedad, ha generado alergias en las personas, llevando a una inflamación de las encías y mucosa, impidiendo el correcto crecimiento de los maxilares y los huesos faciales, causando por ende una maloclusión dental.

Conclusiones: Analizando los datos, podemos ver que los factores ambientales afectan al crecimiento maxilar y a la formación de maloclusiones, pues como mencionado por Stevenson & Hall (2006) “La maloclusión dental puede estar causada por factores ambientales, es por ello que los ingleses presentan un 67.3% y los estadounidenses un 51%, ya que su ambiente y locación es diferente, así como su genética.” Concluyendo así que hay una relación grande entre la contaminación y factores ambientales y el desarrollo de una maloclusión, la cual puede estar ya anteriormente predispuesta genéticamente, por lo que es importante sentar bases para una futura investigación clínica y así llegar a mejores tratamientos odontológicos, ortodónticos y terapéuticos.



Palabras clave: Contaminación, Maloclusión, Factores Ambientales

Referencias:

Agius, R. (2007). *Health, Environment & Work*. Recuperado el 10 de febrero de 2010 de <http://www.agius.com/hew/resource/introeh.htm>

Ahangar Atashi, M. (2007). Prevalence of malocclusion in 13-15 Year-old Adolescents in Tabriz. *Journal of Dental Research, Dental Clinics, Dental Prospects*, 1. Recuperado el 25 de Enero de 2010 de <http://dentistry.tbzmed.ac.ir/joddd/in>

Harrison RL, D. D. (1996). *NCBI*. Recuperado el 10 de febrero de 2010 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8871023>

Melkonyan, R. (2008) Common causes of malocclusion. *Enzine Articles*. Recuperado el 25 de enero de 2010 de <http://ezinearticles.com/?Symptoms-and-Effects-of-Malocclusion&id=1631674>

Nava, F.; Vázquez, E.; Reyes, S. et al.(2007) *Effect of allergic rhinitis, asthma and rhinobronchitis on dental malocclusion in adolescents*. *Revista Alergia México*. Recuperado el 25 de enero de 2010 de <http://www.nietoeditores.com.mx/download/alergia/septiembre-octubre2007/aler169-76.pdf>

Mossey, P. (1999, September). *Journal of Orthodontics*. Recuperado el 10 de febrero de 2010 de <http://jorthod.maneyjournals.org/cgi/content/full/26/3/195>

Proffit, W. (1990). *Odontología Preventiva*. Recuperado el 10 de febrero de 2010 de <http://www.odontologiapreventiva.com/ortodoncia/ambientales.htm>

Stevenson R., Hall, J. (2006) *Human malformations and related anomalies*. New York: Oxford University Press. Recuperado el 10 de febrero de 2010 de http://books.google.com.mx/books?id=_ssqN2gaDoUC&pg=PA456&lpg=PA456&dq=dental+malocclusion+caused+by+environmental+factors&source=bl&ots=



Manejo de pacientes con Síndrome de Down y cardiopatías congénitas en tratamientos dentales.

Karen Melissa García Chávez, José Manuel Otton, Elsa

Carolina Ruiz Nava.

Facultad de Odontología U. A. N. L.

Introducción: El Síndrome Down es una enfermedad que presenta trisomía en el cromosoma 21. Su factor etiológico más común de retardo mental y su frecuencia es de uno de cada 650 nacidos vivos. El riesgo de recurrencia es del 1% en la población general. La malformación cardíaca es la mayor causa de mortalidad en los primeros 2 años de la vida.

Objetivos: Considerar los sentimientos del niño, ganar su confianza y cooperación, efectuar el tratamiento de manera amable, y no sólo preocuparse de proporcionar la atención requerida en ese momento, además, promover la futura salud dental del niño, mediante la estimulación de actitudes y conductas positivas sobre el tratamiento dental.

Metodología: Brindar atención bajo sedación en niños sistémicamente comprometidos y con gran cantidad de problema dental; así como tratamientos sencillos.

Resultados: Se logró la atención dental especializada del caso de un paciente sistémicamente comprometido, logrando que el mismo tenga una experiencia odontológica y con ello favorecer a la entera cooperación en citas posteriores.

Discusión y Conclusiones: Determinar cómo básico los conocimientos acerca de la atención odontológica a pacientes sistémicamente comprometidos. Es importante aprender a trabajar en conjunto con especialistas no solo médicos en el caso específico de este paciente pediatra cardiólogo anestesiólogo.

Palabras clave: Síndrome de Down, cardiopatías congénitas, sedación.

Referencias:

"La formación de los gametos –óvulo u ovocito y espermatozoide–, el proceso de la meiosis y la formación de trisomías por no-disyunción", Fundación Iberoamericana Down21 Consultada el 27/05/2007.



-Ortodoncia Diagnóstico y Planificación Clínica. Flavio Vellini Ferreira. Latinoamérica 2002.

Nota:

Trabajar de manera conjunta para brindarle una excelente atención no solo dental sino integral al paciente.



Mordida cruzada anterior: A propósito de un caso.

Tania Iveth Salazar Betancourt, Mariela Alexis Trujillo Álvarez, Alfredo Salinas Noyola.

Universidad de Monterrey.

Introducción: La maloclusión clase III se caracteriza por prognatismo mandibular, retrusión maxilar o la combinación de ambos con presencia de un perfil cóncavo. La mordida cruzada constituye una maloclusión con origen esquelético, dental o una mezcla de ambos. Estas maloclusiones se deben tratar desde el momento en que se detectan, sin importar la dentición en la que se encuentre. La mayoría de los pacientes de Clase III, presentan una retrusión maxilar con una mandíbula normal o protruida. Es por esto que los tratamientos se deberían de dirigir a adelantar el maxilar, por lo que la máscara facial es el aparato de elección para tratar la clase III esquelética.

Objetivos: Aumentar el tamaño del maxilar a su potencial genético máximo, mover el maxilar hacia adelante hasta su posición genética máxima, detener el crecimiento incontrolado de la mandíbula.

Metodología: Presentamos el caso clínico de una paciente de 8 años de edad de sexo femenino que presenta una mordida cruzada anterior en dentición mixta. Como plan de tratamiento se decidió colocar un disyuntor de McNamara junto con una máscara facial. Tras nueve meses de tratamiento se observa una mejoría en la oclusión del paciente.

Resultados:

Relación molar: Clase III de Angle → clase I de Angle.

Overjet: Mordida cruzada clase III → Mordida normal.

Overbite: Mordida borde a borde y cruzada → Mordida normal.

Convexidad: Clase III esquelética → Clase I esquelética.

Incisivos inferiores: Protruidos y en vestibuloversión → Normal.

Profundidad maxilar → Maxilar retruido → Normal.

Discusión y conclusiones: Una maloclusión de clase III durante el crecimiento constituye uno de los retos más difíciles. Si se dejan sin tratar, estas maloclusiones pueden empeorar.

Debido a la edad de los pacientes, el tratamiento puede tener recidiva, por lo que no podemos asegurar que en un futuro no necesiten de alguna intervención quirúrgica.



Palabras clave: Clase III. Ortopedia. Disyuntor de McNamara. Máscara facial.

Referencias:

- Gunduz Seher; Kama Jalan; Baran Sedat. "Correction of a severe Class III malocclusion. American Journal of Orthodontics & Dentofacial Orthopedics. Volume 126, Number 2 August 2004.
- Mahony D. Tratamiento interceptivo de maloclusiones de Clase III. Ortodoncia Clínica 2001;4(1):10-15.
- McNamara James; Brudon Willian: "Tratamiento Ortodoncico y Ortopédico en la Denticion Mixta". Ed. NP 1995. An Arbor- USA.



**Mucocele de la glándula de Blandin-Nuhn:
Reporte de un caso clínico.**

Dr. Luis Javier Garza de la Garza, Dr. José Orel
González González.
Cirujanos Bucal y Maxilofacial.

Facultad de Odontología
Universidad Autónoma de Nuevo León.

INTRODUCCIÓN: Los quistes de retención mucosa de la glándula de Blandin-Nuhn, son lesiones benignas poco comunes de la lengua, suelen ubicarse en la cara inferior o ventral de la lengua y tercio anterior de la misma a un lado de la línea media. Hay lesiones quísticas de la misma naturaleza que rebasan por mucho el tamaño de estos quistes, lo que los hace aún más raros encontrarlos en la región antes descrita.

OBJETIVOS: El siguiente caso clínico, tiene como objeto mostrar uno de esos quistes y el tratamiento y los cuidados quirúrgicos que debe seguirse para la enucleación completa de estas lesiones.

CASO CLÍNICO: Paciente femenino de 15 años, que acude a consulta, presentando aumento de volumen de aproximadamente 2.5 cms. de largo por 1.8 cms. de ancho localizada en la cara inferior o ventral de la lengua, en el lado izquierdo y en el tercio anterior de ésta, doloroso a la palpación y fluctuante, de 1 mes de evolución.

RESULTADOS Y CONCLUSIÓN: Para este tipo de quistes, los tratamientos a elegir es la enucleación o la marsupialización, aunque la recidiva es frecuente cuando no se elabora la excisión total de la lesión.

PALABRAS CLAVE: Glándula de Blandin-Nuhn, Mucocele.

REFERENCIAS:

- 1.- Licéaga E. Carlos J., Banda O. Rogelio E., Vera G. Osvaldo J. "MUCOCELE DE BLANDIN-NUHN DE TAMAÑO INUSUAL". Revista Mexicana De Cirugía Bucal y Maxilofacial Vol. 9 N°.1 Enero/Abril 2013. Pag. 17-20.
- 2.- González, José M., Moret de G. Yuli, Jiménez, Luis F., Ortíz, Ma. de J. "LESIONES MÁS FRECUENTES EN GLÁNDULAS SALIVALES MENORES PRESENTES EN LA LENGUA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA". Acta Odontológica Venezolana. Vol. 49 n° 1/2011. <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2011/1/art22.asp>
- 3.- Cecconi, D.R., Achilli, A., Tarozzi, M., Lodi, G., Demarosi, F., Sardella, A. et al. "MUCOCELES OF THE ORAL CAVITY: A LARGE CASE SERIES (1994-2008) AND A LITERATURE REVIEW. Med Oral, Pat Oral, Cir Bucal, 2010; 15: 551-556.



Mucocele en el labio inferior: Reporte de un caso.

Alma Gloria Chapa Chapa.

Asesor: Dr. Alberto Lozano Laín.
Cirujano Oral y Maxilofacial.

Universidad de Monterrey.

Introducción: El mucocele es una lesión común de la mucosa oral que resulta de la ruptura de un ducto de la glándula salival y un derrame de mucina en los tejidos blandos circundantes. Este derrame es debido a un trauma local, aunque a veces no hay antecedentes de algún trauma. Un mucocele no presenta revestimiento epitelial.

Presentación del caso clínico: Paciente femenino de 16 años con diagnóstico de mucocele en parte interna del labio inferior con 2 a 3 meses de evolución ocasionado por hábito de mordedura de labio, acude a consulta para su valoración y tratamiento para retirarlo.

Tratamiento: que se realizó fue una excisión quirúrgica y se colocaron puntos simples con vicryl 4-0. Se le dieron indicaciones postoperatorias al igual que se le prescribió antibiótico y analgésico.

Conclusión: El tratamiento de elección fue la excisión quirúrgica porque es la que presenta muy poco índice de recidiva. Un mucocele puede seguir aumentando su tamaño si el traumatismo no se elimina. En este caso el mucocele estaba ubicado en el labio inferior, entonces era muy fácil morderse el labio. Es importante tener un buen control la salud oral incluyendo tejidos blandos orales e intraorales así como el de saber identificar este tipo de lesiones al igual que su correcto diagnóstico; se debe conocer la técnica quirúrgica adecuada para poder ofrecer un pronóstico favorable. En caso de presentar alguna alteración es necesario acudir con el especialista de manera temprana para evitar alguna complicación en el futuro.

Palabras clave: mucocele, glándula salival excisión quirúrgica.

Referencias:

1. Neville, I., Damm, D., Allen, C., Bouquot, J. (2009). Oral and Maxillofacial Pathology. 3rd edition. Saunders, Elsevier.
2. Pérez, C., Jiménez, C. (2002). Mucoceles con localizaciones inusuales. Reporte de casos. Acta Odontológica Venezolana. V.40 N.2. Recuperado el 18 de agosto de



2014 de: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0001-63652002000200014&script=sci_arttext

Mendez, J., García, A. (2011). Tratamiento quirúrgico de Mucocele, Caso clínico. Universidad Veracruzana, Facultad de Odontología. Poza Rica, Veracruz.





Osteosarcoma osteoblástico.

Ivanna Catalina Dieste Guadiana, Ana Teresa García
Aldape.

Asesor: Dr. Elías Romero de León.

Referidor: Dr. Marco Antonio Torres Carmona.

Universidad de Monterrey.

Introducción: El osteosarcoma es un tumor maligno de tipo mesenquimático cuyas células cancerígenas producen una matriz osteoide. Acude a consulta paciente masculino de 25 años de edad, quien presentaba un aumento de volumen en cuerpo mandibular inferior izquierdo, asintomático, de consistencia dura, de crecimiento rápido. Tiempo de evolución: 10 meses. Tratado previamente con antibióticos, sin respuesta.

Diagnostico presuntivo: El estudio se realizará por medio de un análisis diferencial donde se tomaran los signos y síntomas del paciente como referencia al momento de descartar patologías hasta llegar a aquella que mas se le parezca. Al llegar a esa hipótesis ejecutaremos pruebas histológicas y microscópicas para clasificar a mayor profundidad la patología en cuestión. En este caso clínico tenemos como signos la tumoración en el cuerpo de la mandíbula inferior izquierdo, consistencia dura y de crecimiento rápido. Los síntomas son asintomáticos y ya se descarto la posibilidad de una infección debido a que no hubo mejoría al utilizar antibióticos.

Diagnostico final: El Osteosarcoma se puede dividir en osteoblástico, condroblástico y fibroblástico. En este caso clínico existe una presencia de hueso compacto con células estromales de apariencia maligna.

La prueba histológica del Osteosarcoma Osteoblástico en el cuerpo mandibular izquierdo, presente en este caso clínico, reveló un gran polimorfismo celular, con células grandes, fusiformes o poliédricas, polimorfismo de los núcleos, atipias, hiper Cromía, y mitosis frecuentes y atípicas.

Discusión: Por lo general el tratamiento es una combinación de quimioterapia para eliminar las células cancerígenas y la cirugía para extraer el tumor. Sin embargo existe una controversia en el orden del tratamiento a elección ya sea al aplicar la quimioterapia antes o después de la cirugía.

Conclusión: La tasa de supervivencia en pacientes sin metástasis es del 70% por lo cual es de suma importancia realizar un diagnostico a tiempo.



Palabras clave: Osteosarcoma, Neoplasia mandibular, tumor óseo.

Referencias

Buecker, P. (n.d.). Osteosarcoma. Liddy Shriver Sarcoma Initiative. Recuperado Agosto 14, 2014, from <http://sarcomahelp.org/translate/es-osteosarcoma.html>

Mahiques, A. (n.d.). ... Osteosarcomas Dr. Arturo Mahiques. Recuperado Agosto 14, 2014, from <http://www.arturomahiques.com/os2.html>





Provisional autólogo: Reporte de un caso clínico.

Brenda Melissa Perlata Benítez¹, Juan de Dios Garza Gallardo², Dra. Minerva Villarreal Guerra³.

1. Alumna de 7° semestre de MCD UDEM,
- 2 Alumno de 9° semestre de MCD UDEM,
- 3 Maestría en Ciencias con especialidad en Periodoncia, catedrático UDEM.

Universidad de Monterrey.

Introducción: Cuando uno de los dientes involucrados en la sonrisa necesita ser extraído, se requiere de un enfoque odontológico multidisciplinario para restaurar la armonía del sistema estomatológico, la provisionalización con el mismo diente presenta ventajas como brindarle seguridad y confianza al paciente al momento de sonreír.

Objetivo: Presentar la colocación de un diente natural como una posible alternativa provisional post extracción, cuya meta es preservar el tejido de soporte y lograr una buena funcionalidad y estética.

Presentación del caso: Paciente femenino de 53 años de edad acude a la clínica de periodoncia por sangrado localizado en la pieza 1.2, clínicamente se observa inflamación gingival localizada, además de una férula rígida uniendo las piezas 1.1 , 1.2 , 1.3. Se sometió a la paciente a un tratamiento de antibioticoterapia, una vez removida la férula se procedió a curetear el alveolo infectado, se removió la pulpa necrótica de manera retrógrada para ser obturada con Ionoseal, después se aplicó el Ribbond con sus respectivos pasos.

Resultados: Con este procedimiento se espera generar un festoneo adecuado de la encía además de preservar la estética, ya que los últimos quince días se espera que ésta técnica de soporte suficiente para tolerar las cargas de la masticación.

Conclusión: Esta técnica es una efectiva opción provisional que no requiere de un trabajo técnico de laboratorio, lo cual implica mayor costo y tiempo en el plan de tratamiento. El conjunto de estos factores hacen de esta opción provisional una propuesta interesante para el clínico y el paciente.

Palabras clave: Provisional autólogo, ferulización, estética, funcionalidad, alternativa

Referencias:

C.D. Yeseka Prisila Martínez Carranza,* M.C.D. Joel Omar Reyes Velásquez**. (2001).

Colegio de Odontólogos de Nuevo León, A. C.
I Concurso de Carteles de Investigación y Casos Clínicos
1 de Septiembre del 2014



Luciano Alberto de Castro, Rodrigo Fernando Sousa Martins . (2008). Ferulización periodontal . Revista ADM , No. 6.

Jeff T. Blank, DMD. (09 de abril de 2012). A Novel Approach for a Single-Tooth Provisional. Recuperado el 13 de agosto de 2014, de Dentistry Today.



Quemadura de labio superior, frenillo y encía por corriente eléctrica: Reporte de un caso clínico.

Dr. Luis J. Garza de la Garza¹, Diego A. Ayala González².

1 Cirujano Bucal y Maxilofacial, 2 Alumno de 9º semestre.

Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Nuevo León.

INTRODUCCIÓN: Las quemaduras provocadas por corriente eléctrica en los labios son accidentes que se ven con poca frecuencia en la consulta dental, es importante evaluar la ubicación y el grado de la quemadura para establecer el tratamiento de urgencia o mantener al paciente en estrecha y de acuerdo a su evolución realizar el plan de tratamiento para las posibles secuelas.

OBJETIVOS: La presentación del siguiente caso clínico, tiene como objeto mostrar criterios en el manejo quirúrgico con el fin de brindar un tratamiento adecuado para este tipo de accidentes.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 12 años, que acude a consulta por presentar quemadura de labio superior a expensas del lado izquierdo de la línea media, la cual se extiende por el frenillo labial y la encía libre del incisivo central superior izquierdo. El accidente ocurre 3 días antes de acudir a la consulta, al querer retirar la cubierta plástica de un cable eléctrico que se encontraba conectado a la corriente, recibiendo descarga de 110 volts.

METODOLOGÍA: Transcurridos cinco meses y presentando los tejidos un estado de condiciones óptimas, se procede a realizar, bajo anestesia local, una plastía en "Z", para liberar el labio de brida cicatrizal adquirida.

RESULTADOS Y CONCLUSIÓN: Con la técnica quirúrgica seleccionada se logró la liberación del labio y de la mucosa alveolar. La frenectomía convencional en estos casos no logra los objetivos deseados debido a que las bridas cicatrízales tienden a ser recurrentes.

PALABRAS CLAVE: Quemadura, Corriente eléctrica, Plastía en Z, Labios, Frenillo, Encía.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Hartford, Ch.: «An Appliance to Prevent and Treat Microstomia from Burns». Trauma 15: 356, 1975.



2. Thompson, H. G.: «Electrical Burns to the Mouth in Children». *Plast. Reconst. Surg.*, 35: 466, 1965.
3. De la Plaza, R.; Quetglas, A., y Rodríguez, R.: «Treatment of Electrical Burns of the Mouth». *Burns*, 10: 49, 1982.
4. Rodríguez Menés, M.; Rico, A., y Del Pino, V.: «Epidemiología, Prevención y Tratamiento de las Quemaduras Eléctricas Infantiles». *Cir. Plast. Iber.-Latinoamer* 14: 265, 1988.





Recontorneo estético utilizando gingivectomía y ostectomía.

Zambrano Martínez Catalina¹, Martínez Sandoval Gloria².

1 Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey,

2 Posgrado de Periodoncia, Facultad de Odontología, UANL.

Introducción: Paciente femenino de consulta privada de 14 años de edad referida por su ortodoncista debido a la presencia de hiperplasia gingival en sector anterosuperior. En la valoración periodontal se observa que la paciente muestra mas de 2mm de encía al sonreír además al sondeo óseo se detectó que la cresta ósea esta a nivel de la unión amelocementaria.

Objetivos: El objetivo del caso es eliminar hiperplasia gingival mediante Gingivectomía y Gingivoplastía y hacer un recontorneo óseo para evitar la recidiva.

Metodología: Se realizó primero la gingivectomía, marcando el fondo de la bolsa falsa. Posteriormente se realizó la incisión con bisturí de Kirkland y Orban. Por ultimo se realizó la Gingivoplastía con tijeras Lagrange y fresas diamante. Se elevó un colgajo de espesor total consiguiendo el acceso adecuado para hacer la osteotomía y osteoplastia dejando 3mm de distancia de la unión amelocementaria a la cresta ósea. El colgajo fue posicionado y suturado con catgut 5-0. Se recetó Amoxicilina de 500mg y Keterolaco de 10mg. La paciente fue dada de alta y referida de nuevo al Ortodoncista.

Resultados: La paciente fue revaluada a las 6 semanas y comentó estar satisfecha con los resultados. La paciente ya no tiene sonrisa gingival y la hiperplasia fue eliminada exitosamente.

Discusión: 7% de los hombres y 14% de mujeres tienen un exceso gingival en la sonrisa máxima (Tjan et al, 1984). Y para una sonrisa atractiva solo hasta 2mm de encía (Kokich, 2004).

Conclusiones: El recontorneo Estético y el tratamiento Ortodóntico son una alternativa con alto índice de satisfacción y estética al paciente.

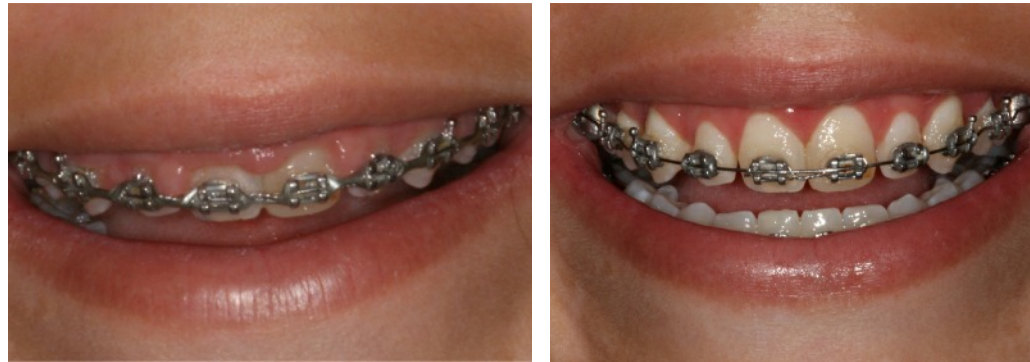
Palabras clave: Gingivectomía, Gingivoplastía.

Referencias:

Tjan, A., Miller, G., & The, J. (n.d.). Some esthetic factors in a smile. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, 24-28. Retrieved August 14, 2014.

Sonick M. Esthetic crown lengthening for maxillary anterior teeth. *Compend Contin Educ Dent*. 1997.

Kokich, V., Kokich, V., & Kiyak, H. (n.d.). Perceptions of dental professionals and laypersons to altered dental esthetics: Asymmetric and symmetric situations. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 141-151.



Sobredentaduras sobre dientes naturales.

Laura Deyanira García Páez., Francheska Renne Rullan Jones, Assalia González Hernández.

Maestría en Odontología Avanzada, Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Nuevo León.

INTRODUCCIÓN: La Rehabilitación bucal con sobredentadura, es una opción de tratamiento que ofrece ventajas biológicas, funcionales y estéticas, como preservar la altura del hueso alveolar, aumentar el nivel de retención, soporte y estabilidad protésica, mejorar la distribución de las fuerzas de la masticación y aumentar la percepción sensorial a la masticación, a diferencia de otras prótesis dentales.

OBJETIVOS: *General:* Aplicar los conocimientos de la sobredentadura como una opción válida de restauración en pacientes desdentados. *Específico:* Utilizar las ventajas que ofrece la técnica de sobredentadura y puntualizar la importancia de controlar la higiene bucal, para el éxito con esta restauración protésica y para la salud del paciente.

METODOLOGIA: Seleccionar y evaluar el número y localización de los dientes pilares. El criterio biomecánico de trabajo, deberá apegarse al principio básico de reducir el brazo de palanca. Es decir que los muñones protésicos no sobrepasen de 2-3mm de altura.

RESULTADOS: Las sobredentaduras aumentan la satisfacción entre los pacientes, ya que proporcionan un mayor bienestar, confort, estética y función para pacientes que en su mayoría son pacientes geriátricos.

DISCUSION: La técnica sobre implantes tiene un alto costo, por lo que es inaccesible para la mayoría de los pacientes que requieren una sobredentadura. La técnica sobre raíces es más accesible para un mayor número de pacientes. Logrando excelentes resultados en cualquiera de las variaciones: sin medios retentivos (sobre raíces con muñón); y con medios retentivos (barras, mini magnetos y cofias coladas).

CONCLUSION: Al conservar el hueso alveolar se produce menos trauma a los tejidos remanentes, aumentándose el soporte, la retención y la estabilidad protética. La sobredentadura constituye una solución rápida y conservadora para múltiples defectos congénitos y adquiridos y se utilizan además, en muchos casos como prótesis transitorias. Sin embargo, la caries y la enfermedad periodontal son los principales

problemas que complican la restauración con este tipo de prótesis.

Palabras clave: Sobredentadura, biomecánica, prótesis total, rehabilitación integral.

Referencias:

Lugo-Ancona P, Cárdenas-Erosa R, Navarro-Zapata D.

Clinica de la Especialidad de odontología Restauradora, Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Yucatán (2011) Vol.3 | Nuim. 2 | pp 49-54

Dr. Rogelio Cabo García, Dra. Ileana Grau León. Vigencia práctica del tratamiento con sobredentaduras. Presentación de un caso. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos* ISSN:1727-897X Medisur 2012; 10(3)

Firmani M, Becerra N, Sotomayor C, Flores G, Salinas JC Oclusión terapéutica. Desde las escuelas de oclusión a la Odontología Basada en Evidencia <http://dx.doi.org/10.4067/S0719-01072013000200009> Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral Vol. 6(2); 90-95, 2013.

Agarwal S, Gupta S, Chugh VK, Jain E, Valiathan A, Nanda R. Interdisciplinary treatment of a periodontally compromised adult patient with multiple missing posterior teeth Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2014 Feb;145(2):238-48. doi: 10.1016/j.ajodo.2013.03.027

Ponsekar A. Abraham, Pradeep Koka, K. Murugesan, and M. Vasanthakumar Telescopic Overdenture Supported by a Combination of Tooth and an Implant: A Clinical Report. *J Indian Prosthodont Soc.* Dec 2010; 10(4): 230–233. Published online Dec 9, 2010. doi: 10.1007/s13191-010-0031-z

Deporter D, Watson P, Pharoah M, Todescan R, Tomlinson G. Ten-year results of a prospective study using porous-surfaced dental implants and a mandibular overdenture. *Clin Oral Implants Res.* 2002;4:1-7.



Chiapasco M. Early and immediate restoracion and loading of implants in completely edentulous patients. Int J Oral Maxillofac Implants. 2001;19:76-91.

Reeta Jain , Gyan Chand Rehabilitation of a Patient Having Few Natural Teeth with Maxillary Over denture –A Clinical Report IJCDS • NOVEMBER, 2013 • 4(2) 2013 Int. Journal of Clinical Dental Science.



Técnicas de remoción de mucocele: Revisión de literatura.

Ana Karen Hinojosa Castillo, Claudia Marina Gallardo Muñoz.

Asesor: Dra. Norith de Jesús Recendez Santillán, CMF.

Universidad de Monterrey.

Introducción: El mucocele es una patología común en la cavidad oral, que se encuentra frecuentemente en los tejidos blandos orales, producido por la obstrucción de glándulas salivales menores. Es considerado un pseudoquistes ya que no presenta un epitelio de revestimiento.

Objetivos: Conocer las diferentes técnicas quirúrgicas y no quirúrgicas para el tratamiento de mucocele en pacientes adultos e infantiles. Describir las alternativas para el tratamiento de este padecimiento, así como disminuir el riesgo de recidiva y daño a estructuras anatómicas vecinas.

Metodología: Se realizó una revisión de artículos científicos en los buscadores PUBMED y EBSCOHOST. A partir del 2010 se encontraron casos clínicos y revisiones bibliográficas que sustentaban técnicas de remoción de mucocele, utilizando palabras clave como mucocele, recidiva y técnicas.

Resultados: Encontramos que tiene un menor índice de recidiva cuando se aplica una técnica no quirúrgica siendo estas: extirpación con láser de CO₂, aplicaciones tópicas de esteroides, aplicación de toxina botulínica tipo A, para la remoción del mucocele, ya que en unas de las diversas técnicas quirúrgicas (Marsupialización, micromarsupialización, criocirugía, excisión y extirpación) la recidiva se presentaba aproximadamente a los 6 ó 12 meses, siendo traumático para el paciente tener que someterse a otra cirugía, sin la seguridad de erradicarlo por completo.

Discusión y Conclusiones: El mucocele es una patología relacionada directamente con traumatismos, rompimiento de un ducto salival, tratamientos ortodónticos, infecciones, hábitos (quielofagia, succión labial y mordeduras). Se encontró que las técnicas no quirúrgicas tienen menor índice de recidiva así como también menos invasión en comparación con las técnicas quirúrgicas realizadas en los pacientes.

Palabras clave: Mucocele, recidiva y técnicas.





Theracal: innovación para el recubrimiento pulpar.

Cruz Abraham Castillo Aguilar, Maricela Ramírez Rodríguez.

Asesor: Dra. Martha Elena Morales Cantú.

Universidad de Monterrey.

Introducción: El Theracal es un material nuevo de silicato de calcio con resina modificada fotopolimerizable, diseñado para recubrimientos pulpares directos e indirectos. Su uso ha ido en incremento gracias a sus propiedades como biocompatibilidad, formación de hidroxiapatita y menor citotoxicidad.

Presentación de Caso: Paciente femenino de 40 años acude a consulta, por caries por cara vestibular del órgano dentario 4.7 a nivel cervical, presenta sintomatología dolorosa con los estímulos frío y aire. Radiográficamente se observa caries profunda en nivel cervical. Se realizó diagnóstico y plan de tratamiento.

Tratamiento: Se realizó una cavidad en el órgano dentario 4.7 a nivel cervical por la cara vestibular. Se desinfectó dicha cavidad para la aplicación del Theracal y posteriormente se obturó con ionómero de vidrio de alta densidad.

Resultados: El caso clínico ha mostrado una evolución positiva y a tres semanas de la aplicación del Theracal, el órgano dentario no ha mostrado datos clínicos patológicos.

Discusión y conclusiones: De acuerdo con Cedillo y Gandolfi el Theracal demuestra su biocompatibilidad así como su capacidad de inducir el desarrollo de dentina reparadora en recubrimientos pulpares. Cedillo compara el Theracal, superando las desventajas del $\text{Ca}(\text{OH})_2$ como: falta de unión a la dentina y resina, solubilidad y microfiltración. Así mismo superando al Dycal y el ProRoot MTA al tener menor solubilidad. Esta información nos llevo a experimentar el material en un candidato ideal para su aplicación. Radiográficamente comprobamos que el TheraCal posee ventajas clínicas como: radiopacidad, fotocurable, como nos menciona Cedillo en su investigación. Cedillo demuestra la capacidad de difusión del cemento en los túbulos dentinarios, posibilitando una retención biomecánica. El empleo del Theracal ha mostrado radiográficamente excelentes resultados logrando una formación de dentina secundaria en el órgano dentario aplicado, como Cedillo lo menciona en su investigación.

Palabras clave: theracal, biocompatibilidad, innovación.

Referencias bibliográficas:

Cedillo, J. J. & Cedillo, J. E. (2013 Agosto). Protocolo clínico actual para restauraciones profundas. *Revista ADM*, 5(70), 263-275.

Camilleri, J. (27 de March de 2014). Hydration characteristics of biodentine and Theracal used as pulp capping materials. *Dental Materials* , 709-715.

Gandolfi, M., Siboni, F., & Prati, C. (29 de December de 2011). Chemical-physical properties of TheraCal, a novel light-curable MTA-like material for pulp capping. *International Endodontic Journal* , 571-579.

Rada, R. "Use line to protect pulp." *Dental products report* Dec. 2012: 70-71. Impreso.



Tratamiento de los dientes con rizogénesis incompleta.

Juan de Dios Garza Gallardo, Dr. Mario Eduardo Huerta Ortiz.

Universidad de Monterrey.

Introducción: El traumatismo en pacientes infantiles es frecuente en la consulta odontológica, la temprana edad, y la falta de maduración en las raíces dificulta el tratamiento de conductos teniendo que llevar a cabo un cierre apical o rizogénesis para poder obtener una mayor probabilidad de éxito, así como un mejor pronóstico a largo plazo para este tipo de casos.

Objetivo: Documentar un caso clínico que compruebe la eficacia de la rizogénesis inducida con la ayuda de hidróxido de calcio y pulpa remanente en el tercio apical.

Presentación del caso: Paciente masculino de 8 años llega a la clínica con traumatismo previo en la pieza 1.1 se procedió a retirar el remanente pulpar del tercio cervical y posteriormente a la colocación del CaOH, se colocó como restauración temporal resina compuesta fotocurable y se monitorea la evolución cada seis meses realizando pruebas de vitalidad, palpación y percusión. Durante el transcurso del segundo año tuvo que ser removida la pulpa cervical y apical debido a la presencia de inflamación y sintomatología, ésta fue reemplazada por CaOH.

Resultados: Después de tres años de monitoreo la evolución ha sido bastante favorable, el paciente no presenta sintomatología alguna, no hay cambio de coloración y radiográficamente se observa una mayor longitud y aumento en las paredes radicales.

Conclusión: El tratamiento es eficaz en el intento de preservar este tipo de dientes inmaduros, evitando así un tratamiento más agresivo como lo sería una cirugía apical. El paciente aún está siendo monitoreado y se espera que dentro de un año, se pueda conseguir paredes suficientemente densas como para lograr un sellado aceptable utilizando solamente gutapercha y sellador aplicando el método tradicional de condensación lateral.

Palabras clave: pulpa, rizogénesis inducida, CaOH

Referencias:

Colegio de Odontólogos de Nuevo León, A. C.
I Concurso de Carteles de Investigación y Casos Clínicos
1 de Septiembre del 2014



Leonardo, M. (2005). Endodoncia tratamiento de conductos radiculares, principios técnicos y biológicos. Sao Paulo: Artes médicas.



Uso de MTA en conducto con ápice abierto.

Andrea Dibene Nava, Dr. Ricardo Treviño Elizondo.

Colegio de Odontólogos de Nuevo León.

Introducción: El objetivo de un tratamiento de endodoncia en dientes no vitales con raíces inmaduras, es similar al de un canal regular, se trata de sellar apropiadamente el espacio dejado por la pulpa.¹ El MTA es un material que ha demostrado suficiente capacidad de sellado y respuesta tisular favorable en diversos estudios.²

Presentación del caso: Paciente masculino 15 años de edad. Acude por cambio de coloración en 1.1. Sufrió trauma y fractura en dicho diente hace 5 años. No responde a pruebas de vitalidad. **Diagnóstico:** Necrosis Pulpar

Tratamiento y Resultados: Tratamiento de endodoncia por medio de instrumentación mecánica, se colocó hidróxido de calcio por 15 días en todo el conducto radicular. Colocación de MTA en punta de ápice. Obturación de conducto con punta de gutapercha principal y accesorias con hidróxido de calcio a través de técnica de condensación lateral y vertical.

Conclusiones: Los estudios disponibles parecen demostrar que el MTA es prometedor para utilizarse tanto en perforaciones radiculares como en obturaciones retrógradas y en el tratamiento de exposiciones pulpares, gracias a que tiene la cualidad de formar puentes dentinarios, ser biocompatible, pH alcalino y no favorece la inflamación.³ Pudimos observar que el MTA fue buen material para sellado de ápice.

Referencias:

Odontología Pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. Noemi Bordoni, Alfonso Escobar, Ramon Castillo Mercado. Ed. Médica Panamericana, Jun 1, 2010.

Diferentes tipos de MTA como materiales de obturación a retro. F. Sirvent Encinas, R. Baca Pérez-Bryan, M. Donado Rodríguez. 2010.

Generalidades del agregado de trióxido mineral (mta) y su aplicación en odontología: revisión de la literatura. Dr. Alain M. Chaple Gil, Dra. Lien Herrero Herrera. 2006.



Zoster trigeminal intraoral.

Reyes-Escalera, Carlos.

Profesor de Patología Oral.

Facultad de Odontología, Universidad Autónoma
de Nuevo León.

Introducción: El Herpes Zoster es una infección que surge por reactivación de un virus latente en el paciente. Clínicamente se manifiesta sobre el trayecto de nervios periféricos.

Presentación del caso clínico: En este reporte de caso se describe un cuadro clínico manifestado en un varón de 21 años con asimetría en cuadrante inferior izquierdo, leve molestia y con 48 horas de evolución. Intraoralmente presentó múltiples úlceras de entre 2 a 5 milímetros, ubicadas linealmente en mucosa no queratinizada del fondo de saco, extendiéndose desde el primer molar del cuadrante, área retromolar y carrillo ipsilateral. Por las características clínicas peculiares y la correcta Anamnesis se concluyó el diagnóstico de Herpes Zoster Trigeminal Intraoral (ICD-DA: B02.8X). Aquí se discute la terapéutica utilizada del caso así como otras recomendaciones y consideraciones.

Palabras claves: Zoster, virus latente, correcta anamnesis.

Autor de correspondencia:
Colegio de Odontólogos de Nuevo León.
Dr. Francisco Cazares de León.
francisco.cazares@conl.org.mx

Artículo recibido: 2 de Febrero de 2015.
Artículo aprobado para publicación: 16 de Febrero de 2015.

