

## XXII Reunión Anual de la Sociedad Española de Odontopediatría

Marbella, 1 al 3 de junio de 2000

### UTILIDAD DEL MANTENEDOR DE ESPACIO INTRAGINGIVAL

**Boj JR, Llort B, Hidalgo JJ, Espasa E.**

*Facultad de Odontología. Universidad de Barcelona*

La pérdida prematura de un segundo molar temporal supone una disminución del espacio reservado para el sucesor permanente debido a la migración de los dientes adyacentes. Cuando se pierde este segundo molar en la arcada inferior el primer molar permanente sufre una marcada inclinación hacia mesial, aunque no puede desplazarse en masa ni ocupar el espacio del molar temporal.

Cuando se pierde prematuramente el segundo molar temporal siempre hay que mantener el espacio hasta la presencia del segundo premolar. Si se pierde el segundo molar temporal antes de la erupción del primer molar permanente podemos utilizar un mantenedor intragingival para conservar el espacio. Este mantenedor tiene una extensión distal de acero inoxidable que servirá de plano guía para que el primer molar permanente erupcione en la posición adecuada. Está contraindicado en paciente con alteraciones médicas y cuando se requiera profilaxis antibiótica para una endocarditis bacteriana.

Nuestra paciente era una niña de seis años de edad que presentaba una gran destrucción de los dos segundos molares temporales inferiores y afectación pulpar de los dos primeros molares temporales. Después del tratamiento restaurador se realizaron las extracciones y posteriormente se procedió a la confección de los mantenedores intragingivales. En un lado se soldó a la corona del primer molar temporal y en el otro, después de adaptar la corona se probó una banda a la que se soldó el aparato. Se dejaron los mantenedores hasta la erupción completa de los primeros molares permanentes y en este momento se adaptaron bandas en estos molares para confeccionar un arco lingual.

### ESTUDIO SOBRE HIGIENE ORAL EN UN GRUPO DE NIÑOS ENTRE 6 Y 14 AÑOS

**Hernández M, Martín AM, Boj JR, Martínez A.**

*Facultad de Odontología. Universidad de Barcelona*

El presente trabajo expone un estudio descriptivo sobre la higiene oral de un grupo de cincuenta niños de entre seis y catorce años de edad, visitados en el área de Odontopediatría de la Clínica Odontológica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona. El objetivo del estudio era buscar la relación entre la higiene oral y los hábitos de higiene que los niños y sus padres informan. Para ello se pasó un cuestionario sobre hábitos de higiene que contestaron tanto los padres como los niños. Además se realizó una valoración de la higiene mediante tinción de placa utilizando el índice de O'leary. Los resultados mostraron que la higiene oral de los niños estudiados está lejos de ser la adecuada, y en cuanto a las respuestas del cuestionario las de los niños resultaron ser más fiables que las ofrecidas por los padres.

### DETECCIÓN DE LESIONES ORALES E INTERVENCIÓN DEL ODONTÓLOGO EN EL MALTRATO FÍSICO AL MENOR

**Fernández FJ, Vallejo E, Palma de la Casa M,  
López JM.**

*Facultad de Odontología de la Universidad de Granada.*

*Departamento de Odontología Infantil*

*Objetivo:* Informar de la importancia que tiene el odontólogo en el diagnóstico de lesiones derivadas del maltrato infantil.

*Material y método:* Revisión de la bibliografía existente sobre el tema.

*Discusión y conclusiones:*

1. En más del 65% de los casos de malos tratos infantiles existen lesiones de cara y cuello.

2. Los odontólogos y odontopediatras tenemos una posición de privilegio para diagnosticar y denunciar estos casos.
3. A pesar de estar obligados legalmente, no denunciaremos estos casos con la frecuencia que debiéramos; de ahí la necesidad de plantear este tema en la formación pregraduada y continuada del dentista, así como actualizar sus conocimientos legales sobre malos tratos.
4. Para el diagnóstico clínico-odontológico del maltrato infantil nos valem de:
  - Historia clínica.
  - Exploración extraoral.
  - Exploración intraoral.
  - Pruebas complementarias (radiológicas).

### **SÍNDROME DE SJÖGREN EN LA EDAD ODONTOPEDIÁTRICA**

**Peñalver Sánchez MA, Peñalver Sánchez I, Ceballos Salobreña A.**

*Facultad de Odontología. Universidad de Granada*

*Objetivos:* Describimos un caso excepcional de síndrome de Sjögren infantil, cuya causa desencadenante fue una infección por Parvovirus B19.

*Material y métodos:* Paciente de 8 años de edad, de sexo femenino, que presenta cuadro agudo de xerostomía con grave afectación lingual, descalcificaciones cervicales a nivel de los incisivos permanentes superiores e inferiores y caninos temporales superiores, no presenta adenopatías cervicales ni tumoración parotídea. La niña cursa con abdominalgia, cefalea y astenia de varias semanas de evolución, así como ligera sensación de irritación ocular. Se realiza una exploración intra y extraoral completa incluyendo analítica y pruebas complementarias. Una vez descartadas las causas etiológicas más comunes de xerostomía nos centramos en pruebas diagnósticas específicamente glandulares orientadas al diagnóstico de síndrome de Sjögren.

*Resultados:* Las pruebas diagnósticas realizadas fueron concluyentes, tanto la gammagrafía salival como la biopsia de glándulas salivales menores y la tinción ocular con rosa de Bengala fueron positivas por lo que se confirma el diagnóstico de síndrome de Sjögren. Actualmente la niña ha mejorado su situación oral tras la administración de pilocarpina y de las medidas higiénico-preventivas instauradas en una paciente de tan alto riesgo de caries como es el caso que nos ocupa.

*Conclusiones:* Los casos de síndrome de Sjögren en población infantil son tan infrecuentes que no hemos encontrado ninguno descrito en España y son muy escasos los publicados a nivel mundial. Sin embargo, un correcto estudio multidisciplinario del caso ha permitido el diagnóstico excepcional de síndrome de Sjögren en una niña de tan corta edad.

### **PRESENTACIÓN DE DOS CASOS INSÓLITOS DE CARIES DE BIBERÓN**

**González Rodríguez E, Ruiz Linares M, Peñalver Sánchez MA.**

*Facultad de Odontología. Universidad de Granada*

*Objetivos:* Describimos dos casos insólitos de caries de biberón en edades odontopediátricas que difieren en la etiología y en la edad de presentación.

*Material y métodos:* Paciente de 1 año y ocho meses de edad, de sexo femenino, que presenta patrón clínico característico de caries de biberón con grave afectación de incisivos temporales superiores y primeros molares temporales tanto superiores como inferiores. La causa etiológica del cuadro fue la continua y exclusiva alimentación por lactancia materna a demanda, sobrepasando ampliamente el tiempo normal de destete.

En el 1º segundo caso se trata de un paciente varón de 11 años de edad que presentaba caries circunferenciales a nivel de incisivos permanentes superiores y gran destrucción coronaria tanto de primeros molares permanentes superiores como inferiores, así como graves lesiones cariosas en el resto de los dientes temporales que aún persistían en boca. La anamnesis del caso refiere una prolongación del hábito del biberón hasta la edad de 7 años y medio.

*Resultados y conclusiones:* Proponemos la denominación de caries de la lactancia como un término más amplio del concepto "caries del biberón", ya que como podemos comprobar no sólo el biberón es el factor etiológico de estas caries complejas, ni tampoco este cuadro clínico afecta exclusivamente a los dientes temporales, sino que la presentación de este patrón de caries está directamente relacionado con el hábito de la lactancia independientemente de la edad y por tanto del tipo de dentición que presente el paciente.

### **MATERIAL AUXILIAR PARA EL EXAMEN BUCAL Y LA HIGIENE ORAL EN NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL**

**Reverón LM, Casal C, Cahuana A.**

*Servicio de Ortodoncia y Odontopediatría. Hospital Universitario Sant Joan de Déu. Barcelona*

*Introducción:* Algunos niños con discapacidades físicas o psíquicas presentan dificultades para permitir una exploración bucal minuciosa e higiene oral adecuada. Un grupo importante de ellos son los afectados de parálisis cerebral, en sus diferentes formas clínicas: espástica, atetoide, atáxica, rígida y mixta, con predominio del tipo espástico. La atención odontológica de estos pacientes requiere intervención bajo anestesia general, razón por la cual se precisa un examen exhaustivo lo más aproximado posible al plan de tratamiento definitivo.

Entre el material disponible actualmente para la apertura bucal -con resultados poco satisfactorios- podemos citar: depresores linguales metálicos, depresores de madera unidos con cinta adhesiva, abre bocas, separadores varios.

**Objetivo:** Proponer el uso de un material auxiliar útil para mantener la apertura bucal que permita realizar el examen clínico y la higiene oral de niños con distonías severas.

**Material auxiliar propuesto:** Consiste en un segmento suelto de un rollo de silicona (forma comercializada en metros para uso industrial), de 13 cm de longitud, de 14 x 14mm de sección, esterilizado con óxido de etileno en bolsas. Este sencillo artilugio es económico, y de fácil utilización, además, supone un riesgo mínimo de causar lesiones en la cavidad oral.

**Técnica de utilización:** Se introduce un espejo bucal o el dedo índice en el vestíbulo bucal para desencadenar un reflejo de apertura. Seguidamente se sujeta el taco de silicona con los dedos dejando un extremo libre de 3 cm que se coloca entre las hemiarcadas permitiendo la exploración o higiene contralateral.

**Comentarios:** El uso de este taco de silicona ha sido puesto en práctica desde hace aproximadamente 15 años en el Servicio de Odontopediatría del Hospital Sant Joan de Déu, resultando útil para realizar la exploración clínica oral de pacientes con parálisis cerebral, Asimismo el hospital ha facilitado este material a los padres o tutores de estos pacientes enseñándoles su técnica de utilización. La mayoría de ellos han manifestado que les ha resultado de gran ayuda al momento de realizar la higiene oral del niño.

## FRACASO DE ERUPCIÓN DEL PRIMERO Y SEGUNDO MOLARES PERMANENTES

**Bú I, Cahuana A, Espasa E.**

*Servicio de Ortodoncia y Odontopediatría. Hospital Universitario Sant Joan de Déu. Barcelona*

**Introducción:** El fracaso de erupción de los primeros y segundos molares permanentes es un hallazgo poco frecuente. La etiología no está resuelta, se han indicado como factores, alteraciones locales, sistémicas o factores hereditarios, siempre difíciles de demostrar.

Debido a las implicaciones de los dientes adyacentes, el diagnóstico precoz es fundamental para efectuar el tratamiento adecuado.

**Objetivo:** Revisión de nuestra casuística, sobre primeros y segundos molares permanentes no erupcionados.

**Material y método:** Estudio retrospectivo, de pacientes asistidos en el Servicio de Odontopediatría y Ortodoncia del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, de 1994-99 por presentar falta de erupción del primero o segundo molar permanente, englobado en los diagnósticos de impactación,

anquilosis o retención primaria. Se descartaron 2 casos de retraso de erupción. Se evaluó la edad, sexo, diente afectado, tratamiento y su evolución.

**Resultados:** Muestra de 11 pacientes, 8 niños (77%) y 3 niñas (23%), entre 8,6 -17 años (edad media= 13 años).

14 molares con corona clínica no erupcionados del primer o segundo molar permanente. 28% afectaba al primer molar. Se catalogaron 11 de anquilosis, 2 de impactación y 1 de retención primaria. Fueron luxados y erupcieron favorablemente 6 molares, y 8 fueron extraídos.

**Discusión:** En este estudio observamos una mayor afectación del segundo molar inferior (50%), que el segundo maxilar superior (22%), y primeros molares mandibulares (28%), coincidiendo con otros investigadores. El fracaso de erupción catalogado como retención primaria es poco frecuente y difícil de diferenciar de la anquilosis. Con respecto al tratamiento, coincidimos con otros autores en que el mejor momento para el tratamiento quirúrgico es cuando el molar afectado tiene los ápices abiertos y la raíz de la pieza contigua no está completa.

## ASISTENCIA URGENTE ODONTOPEDIÁTRICA EN EL HOSPITAL SAN RAFAEL

**Martín San Juan C, Miñarro del Moral M<sup>J</sup>, Jalón Ostos I, García-Navas Fernández-Puebla L, Martín Olvera E, Batalla Barrera P.**

*Departamento de Odontopediatría. Hospital San Rafael. Madrid*

**Introducción:** El Hospital San Rafael (HSR), ubicado en una zona céntrica de Madrid, atiende en su Servicio de Estomatología urgencias odontopediátricas (UOP). El gran volumen de pacientes atendidos en este Servicio, junto con la localización del HSR en una zona con numerosos colegios, determina una alta frecuencia de demanda urgente odontopediátrica. Es por eso de gran interés estudiar las características generales que definen a las UOP atendidas en nuestro Hospital.

**Objetivos:**

1. Cuantificar el número de urgencias atendidas en el Departamento de Odontopediatría.
2. Analizar las patologías más frecuentes en la demanda asistencial urgente en Odontopediatría.
3. Descripción epidemiológica de las UOP atendidas.
4. Valoración del grado de cumplimentación de los informes clínicos.

**Materiales y metodología:** Se analizaron los informes clínicos de la asistencia urgente prestada a todas las UOP atendidas en nuestro Servicio en el periodo comprendido entre el 1-1-1998 y el 31-12-1999.

Las variables estudiadas fueron: sexo, edad, tiempo de

demora, época anual en la que se produce la demanda urgente, asistencia previa de la misma, ámbito de producción, localización, estructuras y dientes afectados, origen del paciente, pruebas complementarias, etc.

**Resultados:** Durante el tiempo de estudio se atendieron en nuestro Servicio un total de 724 UOP, de las cuales el 65 % correspondieron a varones y el 34% a niñas. Los tipos de patología más frecuentes fueron los traumatismos seguidos por los procesos infecciosos, siendo la fractura coronaria no complicada la lesión encontrada con más frecuencia (25% del total). El tiempo de demora que tarda en consultar el paciente suele oscilar entre las 12 y 24 horas. La mayoría de las UOPs no habían recibido tratamiento odontopediátrico previo. La prueba complementaria utilizada en el 86,74% de los casos fue la proyección radiológica periapical.

**Conclusiones:** Destaca el mayor predominio de las UOP en niños varones, en el ámbito escolar, y con una localización preferente en 51-61 y 11-21. Los traumatismos suponen el 90% de las urgencias tratadas en el HSR, siendo las más frecuentes la fractura coronaria sin afectación pulpar y las luxaciones en dentición temporal, sobre todo en 51-61 y del tipo intrusivo. La importancia de una temprana y correcta actuación en la asistencia urgente de cara al pronóstico de las lesiones es de gran trascendencia, y especialmente en el paciente odontopediátrico. Se aprecia una clara relación entre la calidad en la cumplimentación de los informes clínicos y el avance en la formación odontopediátrica.

## EMERGENCIAS EN EL GABINETE ODONTOPEDIÁTRICO

**Delgado Castro N, Vargas Toscano AM<sup>a</sup>, Lendrino Vela N, Miñarro del Moral M<sup>J</sup>, Martín Olivera E, Batalla Barrera P.**  
*Departamento de Odontopediatria. Hospital San Rafael. Madrid*

**Introducción:** La parada cardiorrespiratoria (PCR) es la situación más grave que se puede presentar en una emergencia infantil. Se define como el cese de la actividad mecánica, pulmonar y cardíaca, y es potencialmente reversible si se instauran precozmente las medidas de resucitación cardiopulmonar básica (RCP). Dado que puede presentarse en cualquier momento y lugar, incluida la consulta infantil, el odontopediatra y su equipo deben estar capacitados para esa respuesta precoz.

**Justificación:** Los motivos que justifican la elaboración de este trabajo son la necesidad de conocimiento del personal sanitario de las maniobras básicas de actuación en situaciones de emergencia y la exposición de una pauta de actuación unificada que salve las dudas derivadas de la diversidad de protocolos existentes.

**Objetivos:** El objetivo planteado en el trabajo es la exposi-

ción gráfica de la secuencia de actuación ante las situaciones de urgencia de posible presentación en una clínica odontopediátrica (obstrucción de la vía aérea, shock anafiláctico...) y que puedan desencadenar una PCR precisando un tratamiento inmediato por el compromiso vital que supone. Los factores sanitarios que influyen principalmente en la disminución de la mortalidad por PCR en la infancia son las medidas preventivas (conocimiento e identificación de situaciones potenciales de riesgo, entrenamiento periódico en RCP básica y avanzada, etc).

**Material y métodos:** Para la elaboración de la exposición gráfica se emplean las normas de RCP básica y desobstrucción de la vía aérea desglosadas en los diferentes protocolos aprobados por el Comité Español de RCP de la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (SEMIUC) el Grupo Español de RCP Pediátrica, el European Resuscitation Council (ERC), así como manuales de RCP de diversos autores y asesoramiento del Servicio de Pediatría del Hospital San Rafael (HSR).

**Resultados:** Se expone una pauta de referencia y rápida consulta, que permita al personal de la Clínica instaurar el tratamiento más eficaz ante dichas situaciones de urgencia. Asimismo, se propone la relación de fármacos y el equipo de emergencia de presencia indispensable en las clínicas donde se atienden pacientes infantiles.

## SÍNDROME DE ALAGILLE. A PROPÓSITO DE UN CASO

**Fernández H, Mendoza A, Sáez I, Luque F, López Villarino I.**  
*Facultad de Odontología. Universidad de Sevilla*

Presentamos el caso de un niño con el síndrome de Alagille. Este síndrome es la causa más frecuente de colestasis crónica infantil, siendo además característica la multitud de anomalías asociadas que afectan a otros órganos como pulmón, corazón, riñón, esqueleto, etc.

La coestasis es de inicio neonatal y va a causar una ictericia que afecta a la piel, mucosas, escleróticas, velo del paladar y dientes. La tinción por bilirrubina de los dientes hace que éstos presenten una coloración verdosa característica. Otros rasgos clínicos serían el retraso del crecimiento y una facies característica. La evolución del cuadro es generalmente benigna, pero en el 14% de los casos se desarrolla una cirrosis hepática que obliga al trasplante hepático como ocurrió en nuestro paciente.

## SÍNDROMES NEUROECTODÉRMICOS Y SUS ALTERACIONES ORALES

**Mourelle Martínez MR, de Nova García JM, Hernández Freijomil E, Alonso García Y.**

*Facultad de Odontología. UCM*

Amplio grupo de síndromes que reúnen una serie de trastornos cutáneos, neurológicos, oculares, musculoesqueléticos y dentales. Son raras enfermedades genéticas transmitidas de modo dominante ligadas al cromosoma X del que no se han descrito más de ochocientos casos, casi todos ellos en mujeres (95%), y que parecen ser casi siempre letales en los varones. Algunos casos han aparecido sin historia familiar, lo que sugiere la presencia de mutaciones.

Presentamos el caso clínico de una niña de 9 años que fue diagnosticada tras el nacimiento, por presentar lesiones cutáneas de tipo erosivo ampoloso que evolucionaron posteriormente a lesiones de tipo verrucoso. Desde hace un año presenta brotes continuos de úlceras localizadas fundamentalmente en las mucosas yugales y labial inferior compatibles con una estomatitis aftosa recurrente. Desde el punto de vista dentario presenta retardo eruptivo, anomalías de número, anomalías de tamaño y forma y anomalías de estructura.

#### **RETENCIÓN DENTARIA TEMPORAL:**

##### **A PROPÓSITO DE UN CASO**

**López Trujillo JM, España López AJ, García-Anlló López JM, Fernández Delgado FJ.**

*Facultad de Odontología. Universidad de Granada*

*Objetivos:* La retención de los dientes temporales obliga a los permanentes a desviarse para lograr una solución. Por ello exponemos el siguiente caso clínico.

*Material:* El caso clínico que presentamos corresponde a una niña de once años que acude a consulta por presentar un diente por palatino a nivel del maxilar muy similar al que presentaba a nivel de la arcada superior por vestibular. Resultados: Realizamos ortopantomografía, periapicales, etc, pudimos observar que el diente alineado a nivel de la arcada se correspondía con el diente temporal y aparecía sin reabsorción radicular (aparecía toda la raíz). Se procedió a su extracción y reposición del permanente en su posición normal.

*Conclusiones:* Debemos estar vigilantes en estos casos de retención dentaria temporal, pues en muchas ocasiones la confusión puede ser importante (pudiendo dar lugar a errores) si no examina adecuadamente al paciente.

#### **ODONTOMA: A PROPÓSITO DE UN CASO**

**Vallejo Bolaños E, López Trujillo JM, España López AJ.**

*Facultad de Odontología. Universidad de Granada*

*Objetivos:* Son tumores en los cuales la inducción ha dado lugar al desarrollo de esmalte y dentina. Se conoce tres categorías: Odontoma ameloblástico en odontoma complejo y odontoma compuesto. Por ello exponemos el siguiente caso clínico.

*Material y método:* El caso clínico que aportamos se descubrió de manera rutinaria al realizar una ortopantomografía a una niña en la segunda década de la vida, posteriormente se le hicieron periapicales.

*Resultado:* En el caso que nos ocupa aparecía el canino temporal inferior todavía sin exfoliarse (retenido) y el definitivo aún no se encontraba en laboca porque existía una tumoración a nivel de su cúspide que no dejaba erupcionar y que semejaba varias estructuras dentarias; pudimos comprobar, se trataba de un odontoma compuesto.

*Conclusiones:* Debemos estar vigilantes ante un diente que no erupciona y realizar los métodos diagnósticos adecuados, pues podemos estar ante un tumor de este tipo.

#### **PROBLEMAS ASOCIADOS CON LA ERUPCIÓN DE LOS DIENTES**

**González Alberi B, Fombella J, Moriyón J, Baladrón J.**

Nos hemos encontrado, en nuestra práctica diaria, con multitud de problemas que han interrumpido la normal erupción de las piezas dentarias. Por este motivo hemos realizado un estudio de varios casos y las soluciones aplicadas:

*Dientes supernumerarios:* En el maxilar ocurren del 90% al 98% de estos casos. El diente supernumerario más frecuente es el mesiodens que se presenta en la línea media palatina y adopta gran variedad de formas y posiciones en relación con los dientes vecinos. Estos dientes deben extraerse cuando impiden o desvían la vía de erupción permanente, se enquistan o hacen erupción hacia un área de difícil extracción.

*Dientes natales o neonatales:* Presentes en el nacimiento o durante el primer mes de vida. Son dientes que pueden presentar riesgo de aspiración del bebé, autotraumatismo de la lengua, labios o borde del maxilar y lesiones del pezón de la madre durante la lactancia, por lo que requiere extracción precoz.

*Quistes odontogénicos y neoplasias de los maxilares:* Presentamos casos de niños con lesiones localizadas que se relacionan fundamentalmente con un retraso o una inadecuada erupción de los dientes permanentes y que, tras la excisión de la lesión, unos casos tuvieron una erupción espontánea adecuada no necesitando otro tipo de tratamiento, mientras que en otros casos fue necesaria la manipulación ortodóntica de las piezas dentarias permanentes para llevarlas a posiciones adecuadas en la arcada dentaria.

#### **ESTUDIO COMPARATIVO DE DIVERSOS ÍNDICES DE MADURACIÓN CON EL CRECIMIENTO MANDIBULAR**

**España López AJ, Vallejo Bolaños E, López Trujillo AJ, García Anlló JM.**

*Facultad de Odontología. Universidad de Granada.*

**Introducción:** La instauración de un tratamiento ortopédico-ortodóncico depende del grado de maduración del sujeto y, que éste no haya terminado su crecimiento. Para este propósito se emplean diversos índices de maduración examinando las características de los huesos de manos y muñeca, hueso hioides, vértebras cervicales y maduración dental.

**Objetivo:** Conocer a través de la literatura la correlación existente entre los distintos índices y su facilidad de aplicación con el crecimiento mandibular.

**Material y métodos:** Se han revisado y comparado los trabajos de la mayoría de los autores que han investigado sobre los índices de maduración y su utilidad para la aplicación al tratamiento ortopédico.

**Resultados y conclusiones:** Los resultados obtenidos en nuestro trabajo permiten afirmar que la tasa de crecimiento mandibular difiere de las otras tasas de crecimiento y algunos autores muestran que en el momento en que la mandíbula experimenta la velocidad de crecimiento ésta presenta una variación mas amplia que en el resto de los parámetros observados. La cantidad absoluta de crecimiento mandibular no se correlaciona bien con los otros índices; por otra parte hay autores que observan que en algunos índices sería necesario un mayor desarrollo. No obstante la mayoría de los autores coinciden en que estos índices son recomendables para determinar si los niños están en una fase de crecimiento mandibular activo.

## **TENDENCIA A LA REDUCCIÓN DEL TIEMPO DE GRABADO EN DIENTES DECIDUOS**

**Espasa E, Tavares AR, Boj JR.**

*Facultad de Odontología. Universidad de Barcelona*

**Introducción:** La capa aprismática superficial del esmalte de los dientes temporales presenta una solubilidad limitada a los agentes de grabado ácido y se sugiere que su presencia es un factor que puede intervenir negativamente en la adhesión de la resina a esta superficie. El tratamiento previo mecánico del esmalte elimina esta capa superficial y favorece la formación de una superficie prismática y porosa al aplicar el grabado ácido.

**Objetivo:** En este trabajo se evalúa el efecto de diferentes tiempos de grabado sobre esmalte de dientes temporales con o sin pulido previo.

**Material y método:** El examen se realiza mediante pruebas de fuerzas de adhesión y la observación de las superficies grabadas mediante microscopio electrónico de barrido.

**Resultados:** En el microscopio electrónico de barrido se observa la presencia de un patrón de grabado en todas las muestras, siendo de aspecto más regular en las superficies pulidas. En estas superficies tampoco se hallan diferencias en cuanto a las fuerzas de adhesión.

**Conclusión:** De acuerdo con los hallazgos encontrados podrían recomendarse tiempos de grabado muy cortos para el esmalte de dientes temporales pulidos antes de la adhesión de la resina a dicha superficie.

## **LA DISTRACCIÓN ÓSEA: UNA SOLUCIÓN ACTUAL PARA EL PACIENTE ODONTOPEDIÁTRICO CON ANOMALÍAS CONGÉNITAS** **Salmerón JI, Acero J, Planells P, Maroto M, Miegimolle M.**

**Objetivos:** Conocer las posibilidades de resolución precoz mediante técnicas de distracción ósea en el paciente infantil nacido con malformaciones a nivel maxilofacial.

**Material y método:** Se presenta el caso de una niña de dos años afectada por la asociación de hipoplasia de mandíbula neonatal bilateral y malformación de ambas ATM de etiología desconocida. El desarrollo de complicaciones respiratorias determinó la necesidad de tratamiento quirúrgico precoz para lo cual se optó por realizar la técnica de distracción mandibular.

**Conclusiones:** La distracción ósea se perfila como una técnica poco invasiva y con buenos resultados funcionales, permitiendo la corrección en casos complejos y de corta edad.

## **ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN EL NIÑO. SUS REPERCUSIONES EN LA CLÍNICA ODONTOPEDIÁTRICA**

**Maroto M, Barbería E, Planells P, Miegimolle M, Vidal E.**

*Facultad de Odontología. UCM. Máster de Odontopediatría*

**Introducción:** Si bien no es habitual que los pacientes acudan a la consulta odontopediátrica durante el período agudo de muchas de las enfermedades infecciosas, el papel del odontopediatra sí será relevante en etapas anteriores y posteriores a dicho período, pudiendo contribuir en muchas ocasiones al diagnóstico precoz, y a la detección y tratamiento de las secuelas.

**Material y método:** Se han estudiado las repercusiones, a nivel de la clínica odontopediátrica, de las enfermedades infantiles infecciosas más habituales: las enfermedades exantemáticas (sarampión, rubéola, escarlatina, varicela), las infecciones por virus del herpes simple y la mononucleosis infecciosa.

**Resultados:** En la mayoría de estas enfermedades, la mucosa sufre lesiones causadas por estas patologías, ya sea de forma simultánea al cuadro clínico, en la fase prodrómica o como secuela. La cavidad oral es, además, para muchas de ellas, la vía de transmisión de estos gérmenes patógenos.

**Conclusión:** Es muy importante recordar el alto nivel de contagiosidad de estas enfermedades, principalmente duran-

te la etapa prodrómica, momento en el cual los signos clínicos son generalmente inespecíficos. Por ello, es esencial conocer los períodos de mayor riesgo de infección y tomar medidas eficaces de prevención, con el fin de evitar las infecciones cruzadas en la clínica odontopediátrica.

### **PATOLOGÍA COMPLEJA DE LA ERUPCIÓN DE UN PRIMER MOLAR PERMANENTE: SEGUIMIENTO Y RESULTADOS**

**Manrique Morá MC, Bolaños Carmona MV, Briones Luján MT.**

*Facultad de Odontología. Universidad de Granada'*

*Objetivos:* Aportar el seguimiento y terapéutica de un caso de fracaso complejo de la erupción.

*Material y métodos:* A propósito de un caso clínico se revisa la literatura de los cinco últimos años sobre tres patologías dentarias.

*Resultados:* La impactación o retención de primeros molares permanentes se considera una patología eruptiva muy infrecuente. Su prevalencia en el primer molar mandibular es <0,01%. Igualmente la prevalencia de agenesia de los primeros molares permanentes es muy baja, así como el hallazgo de dientes temporales sumergidos en su totalidad. Es tan infrecuente que solamente se han aportado varios casos a lo largo de la literatura revisada. Presentamos el caso de un paciente infantil con un fallo eruptivo en el cuadrante 4, en el cual se asocian el segundo molar temporal, sumergido por completo, el primer molar permanente impactado y una agenesia del segundo molar permanente.

*Conclusiones:* El plan de tratamiento de estos casos requiere de un enfoque multidisciplinario.

### **PREMOLARES SUPERNUMERARIOS DE DESARROLLO TARDÍO**

**Briones M<sup>T</sup>, Bolaños Carmona MV, Menéndez Núñez M, Manrique Morá MC.**

*Facultad de Odontología. Universidad de Granada.*

*Objetivos:* Conocer las características clínicas de los premolares supernumerarios, con especial énfasis en la edad adecuada para su detección.

*Material y método:* Presentamos dos casos en los que la aparición de premolares supernumerarios se realizó de forma tardía y revisamos la literatura de los 10 últimos años en la que se describen casos de retraso formativo de estos dientes.

*Resultados:* En los casos que presentamos los premolares supernumerarios eran suplementarios y mandibulares.

En el primero de los casos se pudo comprobar que la calcificación del diente tenía lugar por encima de los 12 años de edad y en el segundo, se detectaron a los 17 años, momen-

to en el que presentaban un nivel de calcificación 5 de Nolla.

Se identifican dos opciones en su tratamiento, la exodoncia inmediata y la vigilancia clínica y radiológica difiriendo su extracción hasta que los riesgos quirúrgicos sean mínimos.

*Conclusiones:* Aunque los dientes supernumerarios suelen demostrar menor grado de calcificación que sus homónimos de la serie normal, en el caso de los premolares supernumerarios este retraso puede ser extremo, lo que aconseja un seguimiento prolongado de los pacientes con antecedentes de aparición de supernumerarios y de los pacientes ortodóncicos.

### **ESTUDIO COMPARATIVO DE LA SALUD BUCODENTAL EN LA POBLACIÓN INFANTIL DE LA REGIÓN DE MURCIA**

**Lojo Rocamonde JM<sup>a</sup>, Fernández León P, López Nicolás M.**

*Facultad de Odontología de Murcia*

El objetivo del presente trabajo ha sido reflejar la evolución del estado de salud bucodental de la población infantil en la región de Murcia, desde la encuesta llevada a cabo en 1989, hasta la realizada en 1997.

Entre los hallazgos más significativos, observamos una ausencia de fluorosis dental, un descenso de la caries en dentición temporal a los 6 años, también en zonas fluoradas, un descenso, aunque no significativo, de la caries, en la dentición permanente, a los 12 años y un incremento en los índices de restauración y en la utilización de selladores.

### **CARACTERÍSTICAS MORFOLÓGICAS CRANEOFACIALES Y DENTALES EN EL SÍNDROME DE NOONAN: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO**

**Muñoz Morente R, Martínez León M, Amigo González T.**

*Departamento de Ortodoncia. Facultad de Odontología de Granada. Departamento de Pediatría.*

*Facultad de Medicina de Málaga*

El síndrome de Noonan pertenece a un grupo de pseudocromosopatías con fenotipo muy parecido al síndrome de Turner, pero en ellas los métodos actuales no consiguen demostrar las correspondientes anomalías del cariotipo. En el caso del síndrome de Noonan, también denominado Turner masculino o pseudo-Turner, se trata de varones con cariotipo normal, pero con rasgos clínicos muy parecidos al síndrome 45-X: cubitus valgus, corta estatura, pteridium colli, oligofrenia y malformaciones cardíacas principalmente de corazón derecho.

*Objetivo:* Describir las características craneofaciales y dentales de un paciente con síndrome de Noonan que acudió a consulta para revisión dental periódica.

**Material y método:** Para el estudio del caso se realizó historia médica, exploración clínica, y exploración radiológica con ortopantomografía y telerradiografía lateral de cráneo para posteriormente realizar un análisis cefalométrico de la maloclusión del paciente. Se obtuvieron modelos en escayola para estudiar índices de arcada, discrepancia óseodentaria superior e inferior y análisis de la relación interarcadas en los tres planos del espacio, y serie fotográfica completa facial (frente, sonrisa y lateral) e intraoral.

**Resultados:** Se describen los resultados de la anamnesis, historia médica (antecedentes familiares de agenesias dentarias, personales y dentales) y exploración clínica facial (análisis facial de frente, perfil y al sonreír).

La exploración clínica facial del paciente revela respiración bucal, interposición lingual y prematuridad en 26 y 36 con desplazamiento mandibular hacia la izquierda de 1,5 mm.

El análisis facial de frente muestra asimetría facial izquierda, aumento del tercio facial inferior y relación dentolabial alterada. El análisis de perfil muestra aumento del tercio facial inferior, retrusión mandibular y ángulo nasolabial obtuso.

En radiología panorámica hallamos agenesias de 12, 22, 15, 25, 35 y 45.

El análisis cefalométrico muestra maloclusión de Clase II esquelética, patrón facial dólico con aumento del tercio facial inferior y protrusión de los incisivos maxilares. El análisis de modelos detalla la maloclusión de Clase II con mordida abierta anterior y posterior casi completa. Compresión maxilar superior y protrusión incisiva con discrepancia oseodentaria.

#### ASIMETRÍA FACIAL

**Torres L, Beltri P, Bartolomé B, Costa F, Lalinde E, Fernández J.**

*Universidad Europea de Madrid*

Paciente de 12 años de edad que se presenta en nuestra consulta por asimetría facial. En la exploración se observa además de la citada asimetría la presencia de una mordida cruzada unilateral y un aumento de la dimensión vertical. Se discute el diagnóstico, diagnóstico diferencial y opciones terapéuticas.

#### DISLACERACIÓN DE UN INCISIVO PERMANENTE POSTRAUMÁTICA

**Beltri P, Bartolomé B, Arrieta JJ, Barros J, Torres L, Costa F.**

*Universidad Europea de Madrid*

La dislaceración coronaria de los dientes permanentes constituye un 3% de las alteraciones traumáticas de los dientes en desarrollo. Generalmente los dientes más afectados son los incisivos maxilares, siendo menor la frecuencia para

los incisivos mandibulares. Presentamos dos casos de dislaceración coronaria de incisivos permanentes inferiores, resultado de un traumatismo en dentición temporal.

#### PATOLOGÍA DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES EN EL PACIENTE INFANTIL

**Vidal E, Planells P, Armero C, Salmerón JL, Barbería E.**

*Máster de Odontopediatría UCM*

**Introducción:** Dentro de la patología de glándulas salivales en el paciente infantil, la complejidad diagnóstica y la rápida resolución espontánea de la sintomatología en la fase clínica aguda hace que, en la mayoría de los casos, pase desapercibida esta afección.

**Material y método:** Se presentan casos clínicos de estas salivares, deteniéndonos en la diferenciación diagnóstica y en la fase clínico-quirúrgica de su extirpación.

**Resultados y conclusiones:** Ante cuadros sospechosos de patología glandular en nuestro campo, es preciso realizar el diagnóstico diferencial, ya que la terapéutica, que en principio suele ser conservadora (espasmolíticos, diuréticos, etc.) en ocasiones requiere de abordaje quirúrgico adecuado en cada caso.

#### PLACA PALATINA MODIFICADA PARA REDUCCIÓN DE LA HIPOTONÍA

**Ferreira LP, de Andrade C, Palha M, Tavares P, Rebeio P.**

Se presenta una modificación de la placa propuesta por Castillo-Morales para la terapia de estimulación orofacial.

Este método está particularmente indicado para pacientes con diagnóstico funcional de hipotonía muscular, protrusión lingual y hábito de apertura bucal, como los portadores del síndrome de Down.

No obstante los interesantes resultados obtenidos por Castillo-Morales, la necesidad de una constante vigilancia por un responsable dado el miedo provocado por una placa suelta en la cavidad bucal del niño (perder, deglutir, atragantar) no permite su uso prolongado. Una alteración del aparato en forma de chupete permite mayor seguridad, más tiempo de utilización (incluso por la noche), menor preocupación para los responsables y mejor aceptación por la sociedad.

Interrumpir los circuitos funcionales alterados por otros más adecuados, utilizando la estimulación precoz y aparatos estimuladores, podrá mejorar las patologías primarias como la hipotonía, permanencia de apertura bucal y protrusión lingual, beneficiando la estética del niño y preveniendo las patologías secundarias como pseudoprogenia, protrusión y enfermedades dentales, infecciones respiratorias frecuentes y alteraciones del habla.