



Anáhuac
MAYAB

Año 2014 | No. 6



Revista **ADM** | Estudiantil

Órgano de Difusión para Estudiantes de Odontología



1. El colgajo semilunar, secuencia de casos clínicos.
2. Uso del Cone Beam en la endodoncia actual.
3. Estudio comparativo de ihos entre niños con discapacidades intelectuales y niños sin discapacidad.

DIENTES FUERTES, SONRISAS MÁS FUERTES.



COME BIEN

EL ÚNICO CON



Recomendado por



CONTIENE FENILALANINA

Editorial



El sentido de pertenencia es una necesidad humana. Por lo tanto, resulta natural que al salir de la universidad, cuando damos inicio a una vida profesional independiente, llena de ilusiones, retos y objetivos, buscamos incorporarnos a la institución que mejor nos acoja y respalde.

Nos encontramos entonces ante una gran cantidad de agrupaciones que ofrecen "educación continua", cursos, diplomados y hasta especialidades, siendo tanta la información, que llega a confundirnos.

Más aún, nuestro mundo globalizado ha saturado de información los medios electrónicos. Resulta muy fácil recurrir a ellos para todos los temas relacionados con nuestra profesión, olvidando en muchas ocasiones la información publicada en libros y revistas de prestigio, y la impartida en la enseñanza presencial continua.

Por todo esto, resulta indispensable saber reconocer cuáles son las características que debe tener la institución gremial que cumpla con nuestras necesidades y expectativas.

Reconocemos nuestros ideales en esta visión: Una agrupación legal, seria y comprometida, que participe en las políticas públicas de nuestra materia en nuestro país, que nos ofrezca una educación continua de calidad, que se preocupe por la certificación en el ejercicio de nuestra profesión, que nos acerque a la industria dental mundial que nos permite contar con clínicas y consultorios a la medida de cualquiera de su tipo en países del primer mundo, así como

una institución que nos permita documentar el servicio profesional de índole social que prestamos día con día.

Por fortuna, en México contamos con la ASOCIACION DENTAL MEXICANA, Federación Nacional De Colegios De Cirujanos Dentistas. Una institución que engloba nuestra visión de ideales de desarrollo profesional y gremial. Una institución que además reconoce los logros individuales de sus odontólogos, en sus alcances académicos y de investigación, sus éxitos profesionales y gremiales, y su entrega al servicio social a favor de quienes más lo necesitan en nuestro país reconoce también en los profesionales la vida dedicada a la atención clínica y a la enseñanza de nuestra amplia y acelerada profesión que ha provocado impacto y cambios favorables en nuestra sociedad.

Si tu ideal es el posicionamiento de la Odontología Mexicana como una de las especialidades de la medicina que requieren más atención, no sólo de nuestra población, sino también de nuestros gobernantes, dada su estrecha relación en la salud integral del individuo.

BIENVENIDO A LA ADM.

¡Felicidades, escogiste La Mejor!

**Dra. Alma Gracia Godínez Morales
Presidente del Consejo Nacional ADM.
2012 - 2014**

Consejo Editorial de la Revista ADM Estudiantil

Editor

Dr. Rolando Peniche Marcín

Editores Asociados

Endodoncia

Dr. Javier Ortiz Sauri
Dr. Rene Bolio Vales
Dr. Eduardo Gutiérrez Peniche

Odontopediatría

Dr. Armando González Solís
Dra. Diana Canto Cervera
Dra. Adriana Flores Chapa

Cirugía Bucal y Maxilofacial

Dra. Yolanda Valero Princet
Dr. Leopoldo Andrade Góngora
Dra. Elizabeth Castillo Sánchez
Dr. Fernando Sandoval Vernimmen

Ortodoncia

Dr. Francisco Kú Carrillo
Dr. Fernando Jorge Hernández Tello
Dr. Mauricio González Balut

Periodoncia

Dra. Kendra Mendoza Hijuelos
Dr. Mauricio González Reyes

Rehabilitación Bucal y Odontología Restauradora

Dr. Rafael Domínguez Cervera
Dr. Daniel Perez Domínguez

Implantología Dental

Ricardo Peniche Rodríguez
Roberto Sosa Milke
Epidemiología, Salud Pública y Odontología preventiva
Dra. Hortencia Castillo Castillo

Patología y Medicina Bucal

Dr. Jose Luis Castellanos Suarez
Dra. Laura Díaz Guzmán
Dra. Beatriz Aldape Barrios

Innovación y Emprendedurismo en Odontología

Mtra. Regina Garza Roche

Mercadotecnia en Odontología

Mtra. Claudia Sanchez de Mier

Odontología Legal y Forense

Dra. Mónica Suarez Ledesma
Dra. Adriana Sanchez Murillo
Dr. Ricardo Vazquez Ortiz

Ética

Mtro. Francisco Javier Otero Rejón

Odontología basada en Evidencias

Dr. Carlos Robles Bonilla
Dra. Elis Yamile Sánchez Abdeljalek

Cariología y Odontología de Mínima Intervención

Dr. Armando Hernandez Ramirez

Coordinación Editorial, Diseño y Publicidad

Dra. Cecilia Guadalupe Melchor Soto



**Por su Confiabilidad,
Calidad y Seguridad...
Hemos llevado el
Diagnóstico Radiológico
Intra-Oral a niveles nunca
antes alcanzados!**

Las nuevas generaciones de Odontólogos están conscientes de los daños que los productos para el procesamiento de las Películas Radiográficas pueden causar al medio ambiente y por lo tanto buscan soluciones que les permitan transitar en cualquier momento a la **Radiografía Digital** con equipos de vanguardia, diseñados para durar en el tiempo.



La sencillez de operación del **CORIX® 70 PLUS-USV** permite, con solo oprimir dos botones, seleccionar en la **Pantalla Gráfica** la pieza dental y la complejidad del paciente, con más de 400 tiempos de exposición en memoria, para que el Odontólogo pueda centrar su atención en el paciente.

Más fácil no se puede!!!

Con el **SENSOR CORIX® DIGITAL, (OPCIONAL)**

específicamente diseñado para este equipo, el Odontólogo podrá transitar a la **Radiografía Digital** por computadora en cualquier momento, obteniendo una imagen perfecta, en un instante y al primer disparo!!!

Pregunte a nuestros Distribuidores Autorizados sobre las características y accesorios opcionales del CORIX® 70 PLUS-USV.

coramex s.a.
División de **CORIX MEDICAL SYSTEMS®**
Lauro Villar No. 94-B, 02440 México, D.F.,
Tel. +52-55-5394-1199
Fax: +52-55-5394-8120
www.corix.us

Contenido

8

El colgajo semilunar, secuencia de casos clínicos.

Yuri Castro Rodríguez

Estudiante del Pregrado de la Facultad de Odontología.
Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
Contacto: Tomás Catari 463, Urb. El Trébol. Dpto 201. Los Olivos.
Correo: yuricastro_16@hotmail.com.
Teléfono celular: 989836354.

Sixto Grados Pomarino

Especialista y Coordinador de la Especialidad en Periodoncia.
Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

14

Uso del Cone Beam en la endodoncia actual

Carlos Manuel Hernández Roa

Lucy Marlene Valladares Vargas

Residentes del Posgrado de Endodoncia en la Universidad Anáhuac Mayab.
Clínica Universitaria Anáhuac Mayab.
Correo: carmanwes@hotmail.com

20

Estudio comparativo de ihos entre niños con discapacidades intelectuales y niños sin discapacidad

Autores

Michelle Ramos Pizaña

Jesús Ildefonso Luna Nava

Erika Elizabeth Reyes Cardona

Alumnos del 10º semestre de la carrera de Cirujano Dentista de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Nuevo León

Asesor

Luis Antonio Córdova Rivera

Laboratorio DIGIMAX System

“Armonía entre arte y tecnología”



El Laboratorio Digimax se especializa en la realización de Prótesis fija, maximizando los beneficios del material por medio del sistema de CAD-CAM.

Somos un laboratorio digitalizado que conjunta la tecnología más avanzada en sistema CAD-CAM y un equipo de trabajo formado por excelentes Ceramistas, Técnicos Especialistas en Escaneo y Fresado, así como un grupo de Odontólogos para brindar un servicio de calidad y precisión

Asturías #138 Colonia Alamos, C.P.03400,
Delegación Benito Juárez, México D.F.
Tels: (55) 55 19 00 14
Email: digimax2@ideasdentales.com
/Laboratorio Digimax System

APRENDE Y DISFRUTA EN
Los días
22 - 24
MAYO
2014

CHIHUAHUA

LA ASOCIACION DE COLEGIOS DE C. DENTISTAS DE CHIHUAHUA, LA ASOCIACION DENTAL MEXICANA Y EL COMITE ORGANIZADOR, TENEMOS EL AGRADO DE INVITARLOS A NUESTRO MAGNO EVENTO:

LXIV REUNION DENTAL DE PROVINCIA

“Dr. Jaime Avila Soto”

MAS INFORMACION

Dra. Elizabeth Fierro Vazquez
PRESIDENTE
CALLE 1a. SUR #106 Col. CENTRO
CD. DELICIAS, CHIHUAHUA C.P. 3300
TEL: (639) 474-2934
CEL: (639) 119-1644
Email: elyortomx@yahoo.com.mx

Dr. Hector Hidalgo Fernandez
TESORERO
OJINAGA 205-1 COL. CENTRO
CD. CHIHUAHUA, CHIHUAHUA C.P. 31091
TEL: (614) 415-2529
CEL: (614) 427-6592
Email: hector_hidalgo80@hotmail.com

www.dentaldeprovinciachihuahua2014.com

El Colgajo Semilunar

secuencia de casos clínicos

Yuri Castro Rodríguez

Estudiante del Pregrado de la Facultad de Odontología – Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
Contacto: Tomás Catari 463, Urb. El Trébol. Dpto 201. Los Olivos. Lima, Perú
Correo: yuricastro_16@hotmail.com. Teléfono celular: 989836354.

Sixto Grados Pomarino

Especialista y Coordinador de la Especialidad en Periodoncia - Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

Institución donde se realizaron los casos clínicos: Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM). Facultad de Odontología. Clínica de pregrado. Dirección: Av. Germán Amézcaga s/n; Av. Venezuela Cdr. 34 - Cercado de Lima, Perú.

Resumen. La corrección de las recesiones mucogingivales a través de las técnicas de cirugía periodontal ha sido descrita en la literatura como métodos que muestran resultados variables de éxito. El presente artículo muestra una serie de casos clínicos para describir y analizar el colgajo semilunar para el tratamiento de las recesiones gingivales unitarias. El diseño del colgajo semilunar permite de una manera sencilla cubrir las recesiones gingivales leves, su técnica, sus ventajas, sus desventajas y los resultados posoperatorios de esta clásica técnica serán descritos con detalle a través del paso a paso de la técnica con casos clínicos.

Los defectos mucogingivales alrededor de los dientes están considerados como diagnósticos periodontales según el último workshop de la Academia Americana de Periodoncia realizado en 1999 [1](#), dentro de esta clasificación son considerados como alteraciones y/o defectos adquiridos o del desarrollo, clasificación número VIII. Los defectos mucogingivales alrededor del diente son un problema para la pieza dentaria pues muchos de estos ocasionan la pérdida de la encía queratinizada alrededor del diente, dicha pérdida es un factor de riesgo para que en un futuro la pieza dentaria involucrada comience a perder soporte óseo periodontal con la consiguiente movilidad de la pieza dentaria [2,3](#). El tratamiento de los defectos mucogingivales incluyen etapas preventivas y etapas correctiva [3](#);

las primeras tratan de evitar que distintos tipos de factores predisponentes (cepillado traumático, tratamiento ortodóntico, uso de piercings, etc.) puedan ocasionar o agravar el defecto mucogingival; las etapas correctivas incluyen procedimiento que tratan de revertir el defecto mucogingival, siendo los más comunes los tratamientos contra las recesiones gingivales. Un tipo de defecto mucogingival alrededor del diente es la recesión gingival. Para tratar estas recesiones gingivales existen múltiples tratamientos ya sean quirúrgicos o no quirúrgicos. El colgajo semilunar es una técnica quirúrgica planteada para corregir las recesiones gingivales. Es una técnica que fue descrita inicialmente por Tarnow en 1986. Es un colgajo utilizado para desplazar coronalmente una franja de tejido queratinizado para cubrir una raíz expuesta. [4](#)

La técnica está incluida dentro de los colgajos pediculados o desplazados para el tratamiento quirúrgico de una recesión gingival [5](#). Debido a que la mucosa de revestimiento es elástica, puede desplazarse en dirección coronal con el fin de cubrir la superficie radicular expuesta [6](#). En situaciones con defectos de recesiones pequeñas (2 mm) y con profundidades al sondaje mínima por vestibular, el colgajo semilunar posicionado coronalmente puede ofrecer una alternativa de tratamiento [7](#). Un prerrequisito para el uso de esta técnica es la presencia de 3 mm de encía queratinizada para evitar fenestraciones. Su estabilidad es cuestionable, ya que suturar no es indicado [6](#). Entre sus ventajas se encuentran su simplicidad y rapidez en su ejecución, evitando la reducción de la profundidad del vestíbulo; y entre sus desventajas, su limitación a recesiones pequeñas y la aparición frecuente de recidivas [8](#). Posee resultados predictivos además de ser muy estética [9, 10](#). Aunque la técnica original no plantea el uso de algún tipo de punto de sutura, estudios que plantean un punto de sutura han mostrado resultados igual de eficaces [9](#).

■ Técnica quirúrgica

La técnica consiste en iniciar con una incisión semilunar a espesor parcial a nivel de la unión mucogingival. La incisión culmina a nivel de las papilas interproximales que abarque la recesión gingival. Luego se continúa con una incisión sulcular. Para a partir de la primera incisión unirse a la segunda incisión y allí abrir un colgajo a espesor parcial [4, 9](#). El colgajo se desplaza hacia coronal y se mantiene presionado con una gasa por 5 minutos en dichas posición [4,11](#).

■ Reporte de casos

Mostraremos una secuencia de casos clínicos para analizar el procedimiento paso a paso

del colgajo semilunar como opción quirúrgica del tratamiento de las recesiones gingivales.

Caso 1

Recesión gingival Miller clase I en la pieza 13 que será tratada con un colgajo semilunar.



Imagen 1. Vista preoperatoria de la pieza 13 y la recesión de 2mm.



Imagen 2. Colgajo semilunar desplazado hacia coronal.



Imagen 3. La colocación de un apósito periodontal es opcional para mantener en su posición al colgajo.



Imagen 4. Aspecto posoperatorio. El colgajo cubre la recesión y mantiene el ancho de encía queratinizada.

Caso 2



Imagen 3. La colocación de un apósito periodontal es opcional para mantener en su posición al colgajo.



Imagen 4. Aspecto posoperatorio. El colgajo cubre la recesión y mantiene el ancho de encía queratinizada.



Imagen 7. Desplazamiento hacia coronal del colgajo



Imagen 8. La sutura es opcional ala técnica original. Se puede optar por un punto suspensorio.



Imagen 9. Vista posoperatoria

Disclusión

El colgajo semilunar es una técnica sencilla y con resultados predecibles que se muestra como una técnica útil para cubrir las recesiones gingivales leves de 2 a 3mm siempre que se posee una franja de encía queratinizada que permita actuar como tejido donante el cual será reposicionado coronalmente. Santana y cols 9 concluyen que los tipos de colgajos desplazados coronalmente (el colgajo semilunar y el colgajo de reposición coronal) son efectivos al momento de desplazar el margen gingival a una posición más coronal así como obtener un buen porcentaje de recubrimiento radicular.

Romanos y cols 12 fallan acerca del éxito del colgajo semilunar a lo largo de los años al momento de cubrir las recesiones gingivales. Sin embargo también existen reportes que indican que no en todos los casos se obtiene una completa resolución de las recesiones gingivales, Bittencourt y cols 13 en un estudio solo encontró un porcentaje de recubrimiento radicular del 91% en el 53% de casos tratados con la técnica.

La técnica original planteada por Tarnow no sugiere el uso de puntos de sutura, sin embargo diversas modificaciones sugieren que pueden utilizarse para mantener fijo al colgajo e incluso mejorar el contorno papilar. Kamran 14 sugiere que su uso mejora el control del colgajo así como evitar la posible retracción que pueda tener el colgajo.

Referencias bibliográficas

- 1.- American Academy of Periodontology. Glossary of periodontal terms. 4th ed. Chicago: American Academy of Periodontology 2001.
- 2.- Carranza F, Newman M. Periodontología Clínica de Glickman. 8va ed. México Interamericana McGraw-Hill; 1998.
- 3.- Lindhe J. Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. 5ta edición. Madrid. Médica Panamericana; 2000.
- 4.- Tarnow D. Semilunar coronally repositioned flap. Journal of Periodontology 1986; 13: 182 – 185.
- 5.- Calderón IC, Castro YR. Cirugía periodontal e implantológica. Paso a paso. 1era edición. Perú; 2013.
- 6.- Corrales I, Palacio P, Arango R. Estado actual de recesiones gingivales mediante cirugía plástica periodontal. Rev Ces Odont 2009; 22(2): 57-66.
- 7.- Pini Prato G, Pagliaro U, Baldi C, Nieri M, Salletta D, Cairo F, Cortellini P. Coronally advanced flap procedure for root coverage. Flap with tension vs flap without tension: A randomized controlled clinical study. J Periodontol 2000; 71(2):188-201.
- 8.- García GJ. Colgajo semilunar reposicionado coronalmente. Técnica de Tarnow. Maxillaris: Actualidad profesional e industrial del sector dental 2002; 44:19-24.
- 9.- Santana RB, Mattos CML, Dibart S. A clinical comparison of two flap designs for coronal advancement of the gingival margin: semilunar versus coronally advanced flap. J Clin Periodontol 2010; 37: 651-658.
- 10.- Li WJ. Recubrimiento radicular. [Tesis de bachiller][Lima]. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2011. 42p.
- 11.- Pini-Prato GP, Cairo F, Nieri M, Franceschi D, Rotundo R, Cortellini P. Coronally advanced flap versus connective tissue graft in the treatment of multiple gingival recessions: a split-mouth study with a 5-year follow-up. J Clin Periodontol 2010; 37: 644-650.
- 12.- Romanos GE, Bernimoulin JP, MarggrafE. The double lateral bridging flap for coverage of denuded root surface: longitudinal study and clinical evaluation after 5 to 8 years. Journal of Periodontology 1993; 64, 683-688.
- 13.- Bittencourt S, Ribeiro E D, Sallum E A, Sallum AW, Nociti FH, Casati MZ. Comparative 6-month clinical study of a semilunar coronally positioned flap and subepithelial connective tissue graft for the treatment of gingival recession. Journal of Periodontology 2006; 77: 174-181.
- 14.- Kamran H. Modified semilunar Coronally advanced flap. Case series. J Periodontol 2006; 77: 1274-1279.

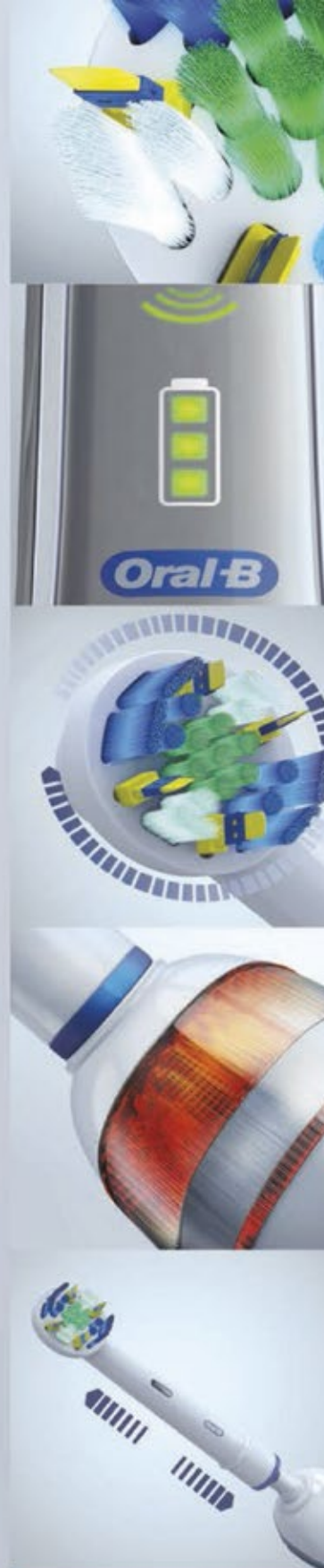


EL CEPILLO MÁS AVANZADO
EN LA HISTORIA.

- Remueve hasta 100% más placa que un cepillo manual regular.
- Sistema recargable.
- Más movimientos en 2 minutos que un cepillo manual en 1 mes.
- Sensor de presión para proteger las encías.
- Pantalla wireless para un cepillado personalizado.



www.oralb.com



LA MARCA MÁS USADA
POR ODONTÓLOGOS
EN EL MUNDO



Fabricando Sonrisas

¿Te interesa comprar
productos 3M ESPE o 3M Unitek,
pero no los consigues?



¡Marca a nuestro **Call Center**
y uno de nuestros especialistas te atenderá!
Contamos con distribuidores a nivel nacional



Horario	Cd. de México	Lada sin costo
Lunes a Viernes 9 hrs - 18 hrs	5270 2043 5270 2212	Int. de la República 01800 700 9600
Sábados 9 hrs - 13 hrs	5270 2216	

3M ESPE

Uso del Cone Beam en la endodoncia actual

Carlos Manuel Hernández Roa
Lucy Marlene Valladares Vargas

Residentes del Posgrado de Endodoncia en la Universidad Anáhuac Mayab
Clínica Universitaria Anáhuac Mayab
carmanwes@hotmail.com

El presente estudio tiene por objetivo dar una visión actual de la importancia de la imagenología en la odontología y en especial el uso de la Tomografía Computarizada de haz cónico, "Cone Beam" (CBCT) en la endodoncia.

En endodoncia nos valemos especialmente de una sensación táctil pero sin una buena imagen bi o tridimensional sería imposible realizar un tratamiento de alta calidad. Se retomara una importante revisión bibliográfica para abrir el panorama a los estudiantes y profesionales de la salud bucal en tema de un buen diagnóstico que será la base del tratamiento y la condicionante para el pronóstico; ya que en todos los estudios revisados y en este en particular se llegó a la conclusión que la CBCT es una herramienta de diagnóstico que presenta eficacia, certeza y altamente confiable en la endodoncia. Se recomienda abrir el campo en otras especialidades y sus diversas aplicaciones.

Hoy en día la odontología se ve acompañada por la tecnología, y para ofrecer un tratamiento eficaz y de calidad es de vital importancia ésta combinación.

El interior del diente, endodonto, está oculto en gran parte a la inspección directa del clínico. Sólo la irradiación del diente con rayos X da una información limitada de la estructura. Por esta razón, hasta la actualidad se ha invertido mucho tiempo y energía en la investigación de la anatomía "normal" y de las variaciones de forma esperadas estadísticamente.

El escáner de la tomografía axial computada (TAC) inventado en 1971 es una de las herramientas auxiliares de diagnóstico más utilizadas actualmente en el área de la salud, dentro de dichas tomografías se encuentra la de tipo Cone

Beam, diseñadas para el estudio del macizo facial: cara, maxilares, órganos dentarios, órbitas, fosas nasales y senos paranasales.

El área de la Odontología se mantuvo durante mucho tiempo ajena al uso de la tomografía, tal vez por su alto costo o porque los aparatos tomográficos convencionales requieren un área grande para su ubicación. En los últimos 10 años se ha desarrollado una tecnología nueva que permite una evaluación completa del complejo maxilofacial y que disminuye los costos de manera considerable conocida como Tomografía Computarizada Cone Beam (CBCT).

La CBCT supone para la odontología un gran avance en el diagnóstico por imagen. Se basa en la reconstrucción de imágenes en tres dimensiones para poder evaluar todo el esque-

leto maxilofacial en cuestión de minutos, por lo general a una menor dosis de radiación que la tomografía computarizada convencional. La información obtenida es enviada a un software diseñado para la reconstrucción de la información escaneada y mediante algoritmos se encarga de convertirla en imágenes.

El CBCT se enfoca desde tres tamaños posibles (en equipos de última generación; p.ej. Planmeca, Promax MID):



Imagen 1. Representación de los tamaños en tomografías; por el DR. Carlos Bóveda

Las imágenes obtenidas mediante radiografías convencionales intraorales revelan una información en dos dimensiones (altura y anchura), que nos limitan en el diagnóstico y por tanto en nuestro plan de tratamiento.

En determinadas situaciones (por ejemplo lesiones de reabsorción, evaluación de la cirugía periapical), la visualización en tres dimensiones del problema de endodoncia es necesaria.

El CBCT proporciona mayor información en la exploración, dando lugar a un diagnóstico más preciso y, por tanto, una mejor decisión terapéutica.

La tomografía computarizada Cone beam (CBCT) permite reconstrucciones tridimensionales de gran calidad que pueden ser observadas desde diferentes ángulos según el interés del operador, es decir produce cortes transversales de una región específica o de todo el cuerpo. La información obtenida es enviada a un software diseñado para la reconstrucción de la información escaneada y mediante algoritmos se encarga de convertirla en imágenes.

CBCT en Endodoncia

La primera representación detallada y sistemática de la anatomía de los conductos radiculares se debe a Carabelli (1844).

Nurbakhsh y Wang (2011) mencionan que para aplicaciones endodónticas, se requieren resoluciones de imágenes al nivel del diente y/o de las estructuras de soporte, el campo pequeño, y máquinas con alta resolución pueden ser de mayor valor.

A diferencia de una imagen digital intraoral, la anatomía del área de imagen es recreada en tres dimensiones el lugar de dos. Los elementos tridimensionales (3D) que recrean la anatomía son referidos como elementos de volumen en forma de cubo o voxels. (Bettina Basrani, 2012)

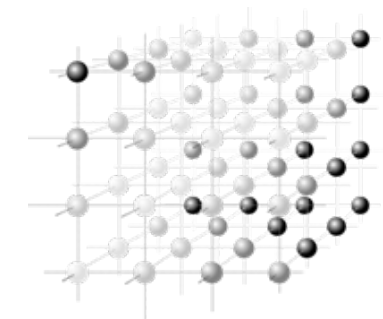


Imagen 2. Representación de los voxels como unidades de imagen en una CBCT

En el trabajo clínico de la endodoncia a veces solo nos basamos en conceptos teóricos de la anomia dental pero no se toman en cuenta variaciones anatómicas que se pueden presentar, lo que podría llevar al fracaso del tratamiento. Por eso hoy en día es conocido en diversos artículos de revisión que existen diversas e innumerables variaciones en la anomia interna del diente.

El sistema de conductos pulpares es muy complejo y los conductos pueden ramificarse, dividirse y volver a unirse, así como presentar formas considerablemente más enrevesadas que lo que se podría pensar después de estudiar muchos de los tratados de anatomía existentes. Vertucci (1984) describió ocho configuraciones diferentes del espacio pulpar de un mismo diente.

Algunos de los principales usos en Endodoncia son:

1. Presencia de fracturas radiculares
2. Presencia de perforaciones radiculares
3. Evaluación de número y forma de conductos radiculares (Presencia de cuartos conductos "MB2"; ver imagen)
4. Mediciones más exactas (longitudes de trabajo y dentales)
5. Presencia de resorción (radicular externa e interna)
6. Cirugía apical (evaluación en ubicación y tamaño de posibles lesiones apicales).

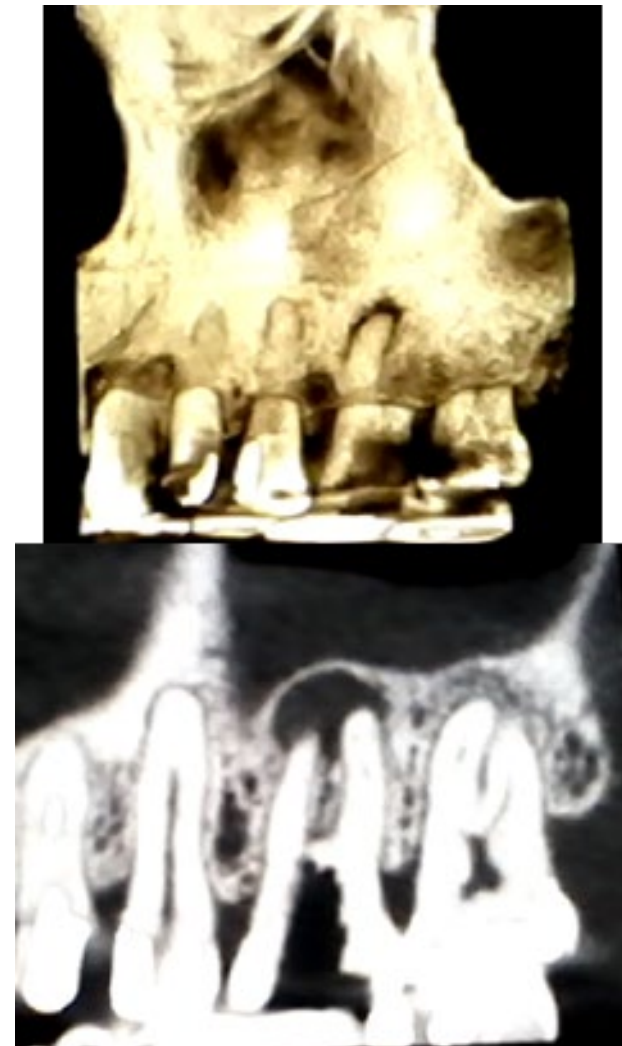


Imagen 4. Quiste periapical y su reproducción volumétrica 3D, analizada en la Clínica Universitaria Anáhuac Mayab

"En endodoncia nos valemos especialmente de una sensación táctil pero sin una buena imagen bi o tridimensional sería imposible realizar un tratamiento de alta calidad. "

Imagen 3. Presencia de 4° conducto observado durante la investigación de los autores en la Clínica Universitaria Anáhuac Mayab

Conclusiones

Es posible concluir que la CBCT es de utilidad para odontólogos generales, periodoncistas, ortodoncistas, endodoncistas, cirujanos bucales y maxilofaciales. Este equipo ofrece muchas ventajas en la práctica clínica al brindar toda la información exacta, y además permite la reconstrucción de modelos tridimensionales, haciendo posible el diagnóstico correcto y el plan de tratamiento para el paciente, fundamentando así por qué es utilizado alrededor del mundo.

Un gran número de casos de fracaso en endodoncia se deben al desconocimiento en la anatomía interna del sistema de conductos radiculares. Hoy en día el uso de radiografiografos y microscopios han ampliado inimaginablemente el panorama en endodoncia (así como para otras ramas); sin embargo el uso de la CBCT ha tocado metas que en el pasado eran inalcanzables.

Como recomendación para la mejora del tratamiento odontológico y en especial endodóntico el uso de la tecnología va de la mano con el éxito del mismo y un pronóstico más predecible y favorable.

BIBLIOGRAFIA

1. Rudolf Beer, Michael A. Baumann. Atlas en endodoncia. 2ª edición. España. Editorial Masson. 2008
2. Enrique González García. Tomografía cone beam 3D. Atlas de aplicaciones clínicas. 1ª edición. España. Editorial Ripano. 2011.
3. Oviedo Muñoz P. Hernández Añaños J. Tomografía computarizada Cone Beam en endodoncia. Rev. Estomatol Herediana.2012; 22(1):59-64
4. Bettina Basrani. Endodontic radiology. 2ª edición. Canada. Editorial Wiley-Blackwell. 2012.
5. Christopher R. Stock, Kishor Gulabivala, Jane R. Goodman. Atlas en color y texto de endodoncia. 2ª edición. España. Editorial Harcourt Brace. 1996.
6. Carlos Bóveda. Tomografía volumétrica digital – tvd. <http://www.carlosboveda.com/tvd.htm>

Una línea completa para una mejor salud bucal de sus pacientes.



Compruebe la eficacia de la crema dental **Colgate® Total 12® Clean Mint** y recomiéndela a sus pacientes.

- ✓ Reduce hasta un **98%** las bacterias de la placa.¹
- ✓ Reduce hasta un **88%** los problemas gingivales.^{1*}
- ✓ Proporciona 12 horas de protección antibacteriana clínicamente comprobado.

Encías saludables: La base para la salud bucal de sus pacientes.

Referencia:
1. García-godoy Fetal. (1990)AmJDent3 (Specissue): S15-26.
* 88% menos sitios con la cantidad más severa de padecimiento gingival.

Para uso exclusivo del Odontólogo
www.colgateprofesional.com.mx

Colgate



LA MARCA #1 RECOMENDADA POR ODONTÓLOGOS



Depósito Dental Villa de Cortés

Los mejores precios,
las mejores marcas.



Limas iRace



Pieza de Baja



Articulador



[@ddvc_mx](https://twitter.com/ddvc_mx)

[/ddvc.mx](https://facebook.com/ddvc.mx)

www.ddvc.mx / www.ddvdecortes.com.mx

Calzada de Tlalpan No. 836 y 818, Col. Villa de Cortés, C.P. 03530, México D.F., e-mail: ddvcort@prodigy.net.mx
Tels.: 56.98.00.60 C/25 líneas 55.90.21.65 - 55.90.59.07 - 55.79.75.81 y Lada s/c: 01800 507-9056

Estudio comparativo de Ihos entre niños con discapacidades intelectuales y niños sin discapacidad

Autores:

Michelle Ramos Pizaña

Jesús Ildefonso Luna Nava

Erika Elizabeth Reyes Cardona

Alumnos del 10º semestre de la Carrera de Cirujano Dentista de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Nuevo León

Asesor:

Luis Antonio Córdova Rivera

Objetivo.

Comparar el Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) de niños con discapacidades intelectuales y niños sin discapacidad.

Material y método.

Estudio comparativo y transversal en 35 niños sin discapacidad de un colegio y un grupo de 35 niños con deficiencias intelectuales de ambos géneros de 6 a 12 años de dos Centros de Atención Múltiple de Monterrey. El índice de Higiene Oral Simplificado de Green y Vermillon (1960) fue usado como instrumento de medición para el estado de salud oral, siendo registrado en hojas de evaluación de cada paciente. Resultados: En niños sin discapacidad se obtuvo un nivel óptimo de IHOS, mientras que en el grupo de niños con discapacidades intelectuales mostraron un IHOS regular. Conclusiones: Los niños con discapacidades intelectuales presentan un mayor acúmulo de placa dental en comparación con niños sin discapacidad.

Introducción

Personas con discapacidad son aquellas que tienen una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales caracterizándose con limitaciones significativas en habilidades de la vida diaria y al interactuar con distintos ambientes del entorno social que impiden su participación plena y efectiva en igualdad de condiciones a las demás. (1,2).

Las principales causas de discapacidad son la consecuencia de enfermedades, problemas antes o durante el nacimiento y accidentes

(2); algunas como afecciones genéticas y defectos congénitos tales como retraso mental, parálisis cerebral, características propias de alguna enfermedad, tales como Síndrome Down, Síndrome de Pierre Robin, Microcefalia, etc.(3)

De acuerdo con datos estadísticos del INEGI en México se estima que 6.6% de la población padece alguna discapacidad correspondiendo a 7.3 % niños de 0 a 14 años es decir, 2 de cada 100 niños mexicanos la padecen. (4) En todo el mundo, las personas con discapacidad tienen peores resultados sanitarios, peores resultados académicos, una menor participación económica y unas tasas de pobreza más altas

que las personas sin discapacidad. Esas dificultades se exacerban en las comunidades menos favorecidas. (5).

El niño con discapacidad es potencialmente un paciente de riesgo odontológico ya que algunos problemas genéticos o motores pueden ocasionar defectos en el esmalte, pérdida de dientes, mal oclusiones y enfermedad de las encías; limitaciones físicas como el no masticar o mover la lengua apropiadamente no contribuyen a la autoclisis oral; niños con limitaciones motoras tienen dificultad para cepillarse y usar el hilo dental; flujo de saliva reducido impide el desecho de partículas de alimentos; medicamentos y sus efectos secundarios como xerostomía, aumento de riesgo de caries dental debido al alto contenido de azúcares, hiperplasia gingival como consecuencia de fármacos anti-convulsivos; así mismo la dificultad de masticar adecuadamente hace que al niño discapacitado se les proporcione dietas en forma de puré ocasionando la retención del alimento causando inflamación gingival, caries, y enfermedad periodontal. (6, 7,8)

Los pacientes en esta condición requieren de cuidados especiales para realizar su higiene de acuerdo a su edad, cooperación, nivel de inhabilidad y compromiso sistémico, de lo contrario pueden desarrollar fácilmente enfermedades orales las cuales producen dolor, disfunción, incomodidad y la necesidad de tratamientos largos, costosos y de dudable pronóstico. (9)

Generalmente los niños que pertenecen a una institución presentan una mejor higiene oral que los niños que no lo hacen, ya que tienen una alimentación controlada y una higiene bucal monitorizada.

En este estudio se utilizó el Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) con el objetivo de comparar los estados de higiene oral en niños con discapacidad intelectual de los Centros de Atención Múltiples y niños sin discapacidad de un colegio de Monterrey, Nuevo León, México.

Materiales y Métodos

Corresponde a un estudio de carácter comparativo y transversal de un tamaño de muestra de 70 niños quienes fueron divididos en dos grupos, el grupo 1 compuesto de 35 niños de ambos géneros, de los cuales fueron 17 niñas y 18 niños con una edad promedio de 10.5 años, de origen mexicano, de la ciudad de Monterrey, Nuevo León, fueron seleccionados de manera consecutiva de los Centros de Atención Múltiple (CAM) Campus San Bernabé y Campus Rangel Frías, basándonos en pacientes con discapacidades intelectuales y/o psicomotoras con diagnóstico médico, con presencia de los cuatro primeros molares y un incisivo superior e inferior permanentes, infantiles o dentición mixta. Un Grupo 2 conformado de 35 niños sin discapacidad de ambos géneros siendo 20 niñas y 15 niños respectivamente fueron seleccionados del colegio Fray Bartolomé de las casas ubicado en la ciudad de Monterrey, Nuevo León. Los criterios de exclusión para ambos grupos fueron aquellos pacientes que hayan ingerido algún alimento antes de la exploración y pacientes que durante la exploración abandonen dicho procedimiento y no sean cooperadores.

Un consentimiento informado fue proporcionado a los padres para la autorización del presente estudio. Por lo que los niños que no fueron autorizados por los padres también fueron excluidos

Se utilizó el Índice de Higiene Oral Simplificado de Green y Vermillon como instrumento el cual mide la presencia y la cantidad de placa dental presente; este índice cuenta con una parte que mide el detritus con una graduación de 0 a 3 siendo 0 para un diente con ausencia de placa dental, 1 con presencia de placa en 1/3 cervical, 2 con presencia de placa en 2/3 y 3 con presencia de placa en toda la superficie dentaria. Asignándoles la escala de Óptimo al promedio IHOS de 0.0- 1.0; Regular de 1.1- 2.0; Malo de 2.1-3.0; Muy malo más de 3. (10).

A los niños se les aplicó sustancia reveladora en forma líquida para la observación de presencia de detritos en superficie vestibular de central superior, y molares superiores; superficie lingual en central y molares inferior, donde fueron registradas en hojas de evaluación IHOS asignándoles las escalas de medición citadas anteriormente en cada paciente.

Resultados

Los datos obtenidos muestran un intervalo de confianza de 95%

Se confirmó que niños sin discapacidad tanto género femenino como masculino tienen un nivel de IHOS Óptimo.

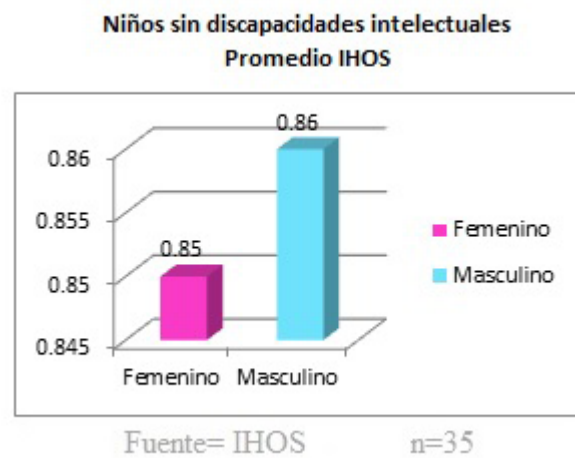


Gráfico 1. Niños sin discapacidad IHOS

Niños con discapacidades de ambos géneros presentan un IHOS Regular. Mostrando una variación mínima.

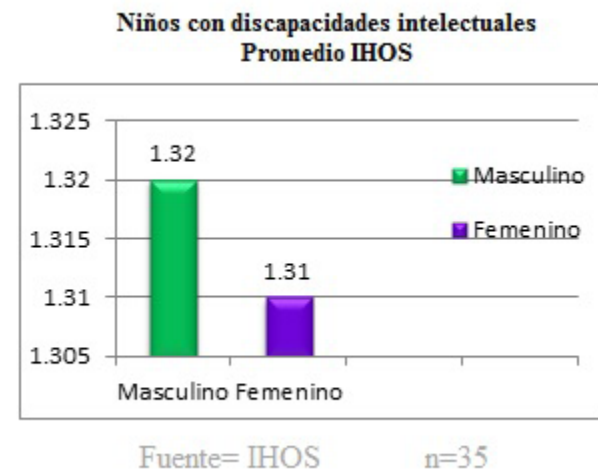


Gráfico 2. Niños con discapacidades intelectuales Promedio IHOS

Niños con deficiencias intelectuales obtuvieron un IHOS Regular mientras que los niños sanos un IHOS Óptimo

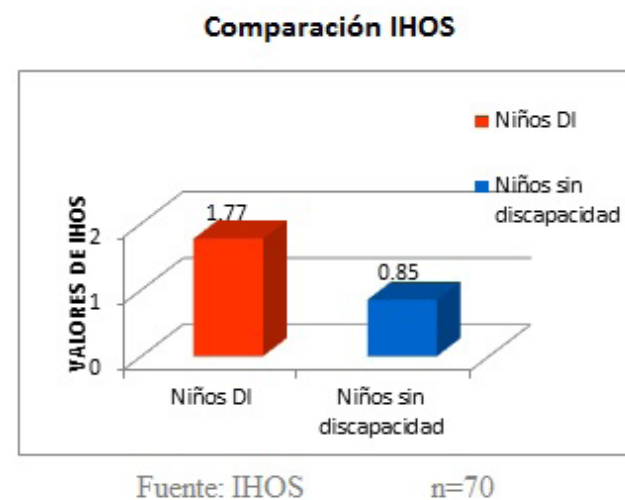


Gráfico 3. Grafica 3. Comparacion IHOS

“Se midió el Índice de Higiene Oral en niños con déficit intelectual comprobándose que estos presentan una mala Higiene Oral en comparación a niños sin déficit alguno.”

Disclusión

En este estudio se pretendía que las diferencias entre los dos grupos fueran de una presencia mayor de placa dentobacteriana y no de alguna otra característica propia de la enfermedad sistémica del niño con discapacidad intelectual.

Durante lo expuesto en los resultados se presentó un IHOS Regular en la mayoría de los niños con discapacidades intelectuales.

Niños y niñas sin discapacidad obtuvieron un Índice de Higiene Oral óptimo. Para realizar la medición de la placa dentobacteriana fue importante analizar los factores por lo cual hay un acúmulo excesivo. Variables como edad del paciente, condición médica, higiene oral, conocimiento por parte de los padres influyen en la cantidad de detritos presentes en cavidad oral. Para medir la placa dentobacteriana se utilizó como análisis el Índice de Higiene Oral Simpli-

ficado Green y Vermillon (1960) por su fácil acceso y elegibilidad de comprensión y clasificación de estado de Higiene Oral.

En un estudio realizado en Perú donde se evaluó el Índice de Higiene Oral en niños con discapacidades intelectuales y se observó una buena higiene oral en 52% de los niños con autismo, 58.3% con retardo mental sin patología asociada y 54.16% con síndrome Down. (11)

Un estudio demostró que personas con Síndrome Down, aun teniendo bajos niveles de placa dental tienen una alta destrucción periodontal, en consecuencia deben de incrementarse las medidas de higiene oral en adultos con deficiencias mentales e intelectuales al mismo tiempo que al resto de la población. (12). coincidiendo con Shaw observamos en nuestro estudio que los niños con síndrome Down y la mayoría de las discapacidades registradas tenían una higiene oral regular contando ellos con el apoyo del padre o tutor.

Conclusión

Se midió el Índice de Higiene Oral en niños con déficit intelectual comprobándose que estos presentan una mala Higiene Oral en comparación a niños sin déficit alguno. Esto se debe a falta de conocimientos sobre Higiene dental ya que niños con discapacidades intelectuales están más propensos a tener mayor acúmulo de placa dental debido a su incapacidad de mantener una higiene dental por sí mismos, alteraciones bucales propias de la enfermedad, así como el alta ingesta de azúcares contenidos en medicamentos, falta de conocimiento de los padres de familia en fomentar la limpieza dental después de la ingesta de alimentos y medicamentos.

Los niños sin discapacidad alguna presentan una mejor Higiene dental al no necesitar de medicamentos tienen diferentes hábitos de higiene por sí solos.

En niños con o sin deficiencias es muy importante fomentar la educación de la salud desde una edad muy temprana, así mismo el conocimiento de los padres y/o cuidadores sobre medidas que deben tomar y el rol que desempeñan para ayudar al niño a su higiene oral diaria, y así evitar complicaciones bucales desde una edad muy temprana.

Referencias

1. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de Población y Vivienda. México: INEGI; 2010.
2. FEAPS [homepage on the internet]. Madrid: Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual o del Desarrollo; c2014 [actualizada feb 2014; citado 20 marzo 2014]. Disponible en: <http://www.feaps.org/conocenos/sobre-discapacidad-intelectual-o-del-desarrollo.html>
3. Intellectual disability Fact Sheet [homepage on the internet]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; c2014 [updated march 27 2014 ; reviewed march 27 2014]. Available on: <http://www.feaps.org/conocenos/sobre-discapacidad-intelectual-o-del-desarrollo.html>
4. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del día internacional de las personas con discapacidad. México: INEGI; 2013.
5. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la discapacidad. Ginebra: OMS; 2011.
6. Marulanda J, Betancur J , Espinosa S, Gómez J, Tapias A. Salud oral en discapacitados. Rev. CES Odont.2011;24(1)71-76
7. Kumar S, Sharma J, Duraiswamy P, Kulkarni S. Determinates for oral hygiene and periodontal status among mentally disabled children and adolescents. J Indian Soc Pedod Prevent Dent. 2009; 27(3): 151-157
8. Robman Zamani. [homepage on the internet]. California: Childcare health program; c2007 [actualizada jul 2007; consultado 15 nov 2013]. Disponible en: http://www.ucsfchildcarehealth.org/pdfs/healthandsafety/OralHlthSpNeedsSP071807_adr.pdf
9. American Academy on Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs. Guideline on management of dental patients with special health care needs. Pediatr Dent. 2008; 30 (7 Suppl): 107-111
10. Morgan, J., Minihan, P., Stark, P., Finkelman, M., Yantsides, K., Park, A., y otros. El estatus de higiene oral en 4,723 adultos con discapacidades intelectuales. The Journal of the American Dental Association. 2013.
11. Motta, AP. Higiene bucal y gingivitis en alumnos con discapacidades intelectuales del colegio especial "Santa Teresa de Courdec".COP 2011; 69
12. Shaw, M, Shaw, L ,y Foster, T. Higiene oral en diferentes grupos de adultos con discapacidades mentales atendidos en centros de adultos en Birinham. Pubmed. 1990.

TOOLKIT

DÍA MUNDIAL DE LA SALUD BUCODENTAL 2014



DDN
Artículos Dentales del Norte®

CALIDAD, INNOVACIÓN Y PRECIO.

Distribuidor exclusivo en México



www.ddn.com.mx
01 800 832 7700



Instrucciones de Publicación para los Autores

La Revista ADM Estudiantil, es una publicación mensual que tiene como principio brindar información acerca de las actividades académicas, científicas, técnicas y de extensión, así como de servicio llevado a cabo en instituciones públicas y privadas.

Derechos legales y criterios generales de publicación. Revista ADM Estudiantil se reserva todos los derechos de reproducción de los materiales que publica.

El material publicado en la revista podrá reproducirse total o parcialmente siempre y cuando se cuente con la autorización expresa, extendida por escrito, del autor principal del mismo y del editor de Revista ADM Estudiantil.

Revista ADM Estudiantil acepta trabajos completos publicados previamente en forma de resumen o trabajos no publicados presentados en congresos o seminarios. Los trabajos propuestos no podrán presentarse a ninguna otra revista mientras se encuentren sometidos a la consideración de Revista ADM Estudiantil.

Los artículos firmados son de la responsabilidad de los autores y no necesariamente reflejan la opinión de Revista ADM Estudiantil o institución alguna.

■ Criterios Específicos y Proceso de Selección.

Revista ADM Estudiantil publica únicamente artículos sobre estomatología y ciencias afines, y como criterios de selección utiliza la solidez científica del trabajo, la originalidad, actualidad y oportunidad de la información.

Para la aceptación o rechazo de los artículos es necesario pasar por un proceso de evaluación que incluye:

Una primera revisión, que queda en manos de los editores y en la que se determina si el trabajo se apega a las normas de publicación de Revista ADM Estudiantil y si cumple con los criterios generales de publicación antes descritos, y una segunda revisión, que se encomienda a dos revisores que por lo general son miembros del Consejo Editorial. El dictamen final puede ser de aceptación, rechazo o aceptación condicionada a modificaciones sugeridas por los revisores.

Toda decisión se comunica al autor por escrito en un plazo de uno a dos meses a partir de la fecha en que se recibe el original.

■ Contenido de Revista ADM Estudiantil

El material enviado se publica en forma de:

- Artículos originales.
- Reseñas bibliográficas.
- Reporte de casos clínicos.
- Ensayos.

Presentación de productos, eventos, congresos, seminarios y conferencias.

1) Artículos originales. Aquí se incluyen básicamente informes de investigaciones originales y revisiones críticas y bibliográficas. Los informes de investigación seguirán la siguiente secuencia: resumen, introducción, materiales y métodos, resultados, discusión. Puede incluir resúmenes en español e inglés, así como palabras clave

2) Reseñas bibliográficas. Son comentarios profundos de un tema de actualidad sobre la producción reciente en estomatología y áreas afines, consta de las siguientes secciones: resumen, introducción, desarrollo y conclusiones. Se puede agregar resumen en inglés.

3) Reporte de casos clínicos. En estos trabajos se presentan las secciones: resumen, introducción, presentación del caso clínico, discusión y referencias bibliográficas.

4) Ensayos. Esta es una sección de análisis y reflexión de carácter analítico, consta de: introducción, desarrollo, conclusiones y referencias bibliográficas en forma breve o ninguna.

■ Presentación

Todo artículo que desee ser considerado para publicación en Revista ADM Estudiantil deberá enviarse al editor general de la misma.

Se aceptarán aquellos trabajos que, además de resultar de interés por su calidad y estilo, no hayan sido publicados, total o parcialmente, ni estén bajo arbitraje en otra revista, podrá extenderse hasta un máximo de 15 páginas.

- Página de la portada
- Título, deberá describir el contenido de forma específica, breve y concisa, no exceder de 10 a 15 palabras.
- Listado de autores en el orden de contribución, señalando el grado más alto obtenido.
- Resúmenes y palabras clave.

La segunda página incluirá un resumen de no más de 150 palabras, donde se indiquen los objetivos de la investigación, los materiales y métodos utilizados (observacional, prolectivo, transversal, descriptivo, aleatorio, retrospectivo), los principales hallazgos y un concentrado de las conclusiones a las que llegaron. También se presentarán de tres a seis palabras clave que rápidamente permitan identificar el tema del artículo.

■ Texto

Cada trabajo se conforma de manera particular siguiendo un esquema general por secciones perfectamente diferenciadas.

1) Introducción. Debe incluir el propósito del trabajo y algunos antecedentes que fundamenten el estudio a través de una exhaustiva revisión documental.

2) Material y métodos. En esta sección se incluirán los procedimientos de selección del material experimental utilizado. Todo procedimiento efectuado en seres humanos deberá ajustarse a las normas éticas sobre experimentación humana de la Declaración de Helsinki, revisión 1983, no usar nombres, iniciales ni número de historia clínica. Los fármacos y productos dentales utilizados, incluyendo sus nombres genéricos, dosis y vías de administración, deberán identificarse, así como equipos, procedimientos, análisis matemático y pruebas estadísticas empleadas.

3) Resultados. Se presentarán siguiendo una secuencia lógica tanto en el texto como en los cuadros y figuras. Los datos consignados en los cuadros y figuras no deberán repetirse en el texto; aquí sólo se comentarán o resumirán las observaciones más importantes. El número total de cuadros no deberá ser mayor al 50% del número de páginas del texto.

4) Discusión. Aquí se hace énfasis en los aspectos más novedosos e importantes del estudio. Los datos ya presentados en la sección de resultados deben comentarse aquí en forma resumida. Los resultados suelen compararse aquí con resultados de otros estudios similares. Es en la única parte que se aceptan comentarios subjetivos. Se exponen consideraciones al desarrollo del trabajo, incidentes relevantes y consideraciones metodológicas.

5) Conclusiones. Deben evitarse afirmaciones y conclusiones no fundamentadas por los resultados de la investigación que se presenta. Es importante limitarse a exponer las conclusiones derivadas del estudio.

6) Referencias. Estas son esenciales para identificar las fuentes originales de conceptos, métodos y técnicas provenientes de investigaciones, estudios y experiencias anteriores, apoyar los hechos y opiniones expresados por el autor, y orientar al lector con mayor detalle sobre los aspectos del contenido del documento.

Las referencias bibliográficas se presentarán en hojas por separado y se ordenarán numéricamente de acuerdo con la secuencia de aparición en el texto con excepción de los artículos de revisión bibliográfica. Odontología Actual requiere de 10 a 20 referencias bibliográficas pertinentes y actualizadas. Las referencias deberán ajustarse a las normas adoptadas por la U.S. National Library y por el Index Medicus.

■ Artículos de Revista

- Apellido (s) e inicial (es) del nombre de los autores, seguido de punto. Mencionar todos los autores cuando sean seis o menos, cuando sean siete o más señale sólo los tres primeros y añada "y col".

- Título del artículo, utilizando mayúscula sólo para la primera letra de la palabra inicial, seguido de punto.

- Abreviatura de la revista en cursivas como

indica el Index Medicus o el American National Standards Institute, entre las siglas no se colocará punto, así como al final.

- Año de la publicación, seguido de punto y coma.

- Volumen, en número arábigo, seguido de dos puntos.

- Número de las páginas inicial y final, separados por un guión.

Ejemplo: Alvarez de la Torre M, Ibarra González J. Incidencia de caries en población infantil. Dental a 2004;25:4962

■ Libros y Monografía

1. Apellido (s) e inicial (es) del nombre del o de los autores (o editores, compiladores, etc.) seguido de punto.

2. Título del libro, utilizando sólo mayúscula en la letra inicial, seguido de punto.

3. Número de la edición, sólo si no es la primera, seguido de punto.

4. Ciudad donde fue publicada, seguida de coma, país seguido de dos puntos.

5. Nombre de la editorial seguido de coma.

6. Año de la publicación (última edición si hay más) seguido de dos puntos.

7. Número del volumen si hay más de uno, antecedido de la abreviatura "vol", seguido de dos puntos.

8. Número de página, indicar la primera y última seguida de un guión.

Ejemplo:

Bernal RE, Morán VA, Nelson WE. Tratado de pediatría bucal. 3 ed. Madrid, España: Salvat, 1992; vol. 3:352 401.

■ Capítulos de Libro

Bernal RE, Morán VA, Nelson WE. Terapia pulpar infantil. En: Tratado de pediatría bucal. Y ed. Madrid, España: Salvat, 1 992,vol.3:45 69.

■ Cuadros y Tablas

- Se deben de usar para presentar información esencial de tipo repetitivo en términos de variables, características o atributos en una forma fácilmente comprensible para el lector. Deben explicarse por sí mismos y complementar, más no duplicar el texto.

- El material que aparecerá en forma de cuadros y/o tablas deberá presentarse a doble espacio y dentro del texto. Se ordenarán utilizando números romanos de acuerdo con la secuencia de aparición en el texto.

- Todo cuadro y/o tabla deberá estar compuesto por un título breve y conciso, columnas con encabezados, cuadros sin líneas de división y fuentes.

- Todos los cuadros deberán estar en formato de texto, de tal forma que puedan ser editables por cualquier programa de edición de textos ya sea word o RTF. No se admiten tablas o cuadros en formato de imagen de ninguna especie. Todas las tablas deberán poder ser editadas en un procesador de textos como word y dentro del cuerpo del texto.

■ Ilustraciones

- Las ilustraciones (fotografías, diagramas, radiografías, dibujos lineales) se utilizan para destacar tendencias e ilustrar comparaciones en forma clara y exacta. Se ordenarán con números arábigos de acuerdo con su secuencia de aparición. Todas las figuras deberán estar perfectamente identificadas. Sus títulos serán tan concisos como sea posible, pero al mismo tiempo explícito; asimismo se identificará la fuente si se ha tomado de otra publicación.

- Los pies de página deben de ir en el cuerpo de texto al final o en un archivo de texto por separado evitar que el pie de foto, figura o imagen vaya pegado a la misma.

- Las imágenes deben estar en archivos separados y referenciadas dentro del texto en formato jpg o tif y tener una resolución mínima de 300 DPI o de 5 megapíxeles. No se admiten Archivos como Word, power point o Excel para el envío de imágenes o gráficas.

■ Envío de Trabajo

El trabajo se enviará por correo electrónico a la atención del Director Editorial de la Revista ADM Estudiantil, Dr. Peniche Marcín Rolando, o a Editorial Odontología Actua, Blvd. Adolfo López Mateos No. 1384 Col. Santa María Nonoalco C.P. 03700 México D.F. Por correo electrónico a rolando.peniche@anahuac.mx Se dará una constancia de su recepción, tomando un tiempo para su análisis y posterior asesoramiento por el Comité Editorial. El informe de la aceptación para el o los autores se podrá solicitar en la redacción de la revista, estando condicionada su publicación a las necesidades y situaciones particulares por las que atravesase la revista. A requerimiento del autor(es) el director de la revista podrá extender una constancia de su aceptación y/o publicación posterior del trabajo.

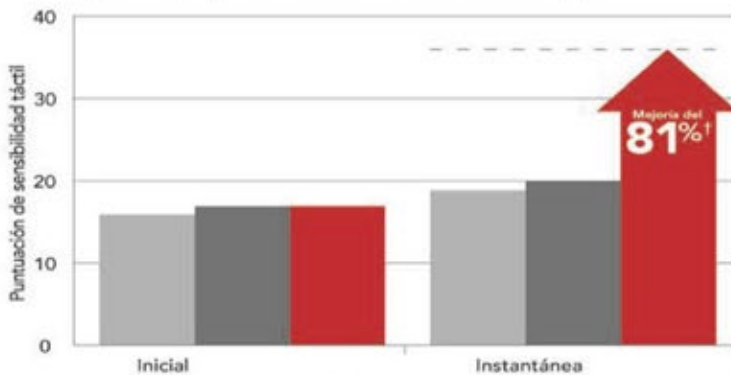
Colgate®

Su mejor aliado en la protección contra la **hipersensibilidad dentinaria.**



EN UN ESTUDIO ALEATORIZADO, DOBLE CIEGO, DE GRUPO PARALELO (n=150)
Colgate® Sensitive Pro-Alivio™ proporcionó alivio instantáneo vs. Sensodyne® Rapid[†]

- No se observó una diferencia estadísticamente significativa entre Sensodyne® Rapid y una crema dental con fluoruro regular



- Control positivo: Crema dental Colgate® Sensitive Pro-Alivio™ (arginina al 8.0%, carbonato de calcio, 1450 ppm de fluoruro)
- Producto de prueba: Sensodyne® Rapid (acetato de estroncio al 8.0%, 1040 ppm de fluoruro)
- Control negativo: Crema dental con fluoruro regular (1100 ppm de fluoruro como NaF)

*Alivio instantáneo alcanzado con la aplicación directa de la crema dental mediante masaje en el diente sensible durante 1 minuto.

† En el estudio de aplicación directa, Colgate® Sensitive Pro-Alivio™ redujo significativamente (p<0.05) la hipersensibilidad dentinaria vs. la crema dental Sensodyne® Rapid en un 81%.

Trabajos dentíficos citados 1. Li Y et al. Data on file, Colgate-Palmolive Company 2010. 2. Nathoo S et al. J Clin Dent. 2009;20(Spec Iss): 123-130. Sensodyne es una marca registrada de Stafford Miller.

EN ESTUDIO ALEATORIZADO, DOBLE CIEGO, DE GRUPO PARALELO (n=125)
Colgate® Sensitive Pro-Alivio™ proporcionó alivio instantáneo vs. una crema dental con iones de potasio al 2%²

- Una reducción significativa (p<0.05) en hipersensibilidad dentinaria fue alcanzada instantáneamente después de aplicación directa

Mejóro en alivio instantáneo en un

161%

en la prueba de sensibilidad táctil

Mejóro en alivio instantáneo en un

60%

en la prueba de sensibilidad al chorro de aire

Para uso exclusivo del Odontólogo
www.colgateprofesional.com.mx

Colgate®



LA MARCA #1 RECOMENDADA POR ODONTÓLOGOS