

No. 17

Año 2019



1 DE ENERO AL 30 DE JUNIO DE 2019 | 04-2015-073013005300-203.

www.adm.org.mx

 /ADMorgmx

Consejo Editorial de la Revista ADM Estudiantil

Editor

C.D. Enrique Armando Lee Gómez

Editores Asociados

Cariología

Dra. Dolores De La Cruz Cardoso

Cirugía Bucal

Dr. Ilan Vinitzky Brener

Odontopediatría

Dr. Héctor Ramón Martínez Menchaca

Dr. Armando González Solís

Endodoncia

Dr. Sergio Curiel Torres

Dr. Mauricio González Del Castillo Silva

Dr. Rubén Rosas Aguilar

Ortodoncia

Dr. En O. Rogelio J. Scougal Vilchis

Dr. Francisco Ku Carrillo

Periodoncia

Dr. Francisco Javier Kenji Hosoya Suzuri

Patología y Medicina Bucal

Dr. Adalberto Mosqueda Taylor

Dr. José Luis Castellanos Suárez

Dr. Ronell Bologna Molina

Implantología

Dr. Ricardo Peniche Rodríguez

Operatoria y Materiales Dentales

Dr. José de Jesús Cedillo Valencia

Dr. Federico Pérez Diez

Investigación

Dra. Miriam Lucía Rocha Navarro

Práctica Clínica

Dr. Armando Hernández Ramírez

Contenido

Contents

03 Editorial

C.D. Enrique Armando Lee Gómez

04 Editorial del Presidente de la Asociación Dental Mexicana.

Dra. Laura María Díaz Guzmán

Casos Clínicos/ Clinical Cases

06 Canino Inferior Transmigrado. Reporte de un Caso clínico. *Ilan Vinitzky Brener, Paulina Guerra Rentería.*

13 Provisionales de larga duración en un paciente con amelogénesis imperfecta. Reporte de caso clínico. *Pilar Fernández Guzmán, Luis Antonio Fandiño Torres, Juan Manuel Guízar Mendoza.*

21 *Parámetros estéticos en implante unitario. Caso clínico.* *Eider Alonso Pool Loría, Imelda Patricia Pinzón Sierra, Ángel Rubén Veamer Orozco Rodríguez, Ixchel Araceli Maya García, Guadalupe del Carmen Ordoñez Chávez.*

28 *Traumatismo en la premaxila en dentición infantil. Reporte de caso clínico.* *Abigail Valeriano Góngora, Fátima Elena Sansores Ambrosio, Gladys R. Acuña González, Mirna Isabel Minaya Sánchez, Juan Fernando Casanova Rosado.*

34 Instrucciones de publicación para los autores

Editorial

Cada año el 20 de marzo se celebra el *Día Mundial de la Salud Bucodental*, esta celebración es organizada por la Federación Dental Internacional (FDI) y se generó para aumentar la conciencia sobre la importancia de una buena salud oral y su relevancia para salvaguardar la salud general y el bienestar.

Esta fecha fue elegida para reflejar que: los niños poseen 20 dientes deciduos, los adultos sanos 32 dientes y cero cavidades dentales, las personas mayores deben tener 20 dientes naturales al final de su vida para ser considerados saludables. Expresado en una base numérica esto puede traducirse 3/20 de aquí que se celebre el 20 de marzo.

El lema oficial para la campaña 2019 es: "*Di Ah, actúa por la salud de tu boca*". Esta campaña tiene el objetivo de motivar a la población a que cuide su salud bucodental y transmitir a las personas el vínculo entre salud bucodental y la salud general, fomentando los cuidados preventivos, la detección precoz y el tratamiento oportuno cuando sea necesario.

Para el 2020 se pretende empoderar a la población para que trabaje a fin de impulsar un cambio positivo en la salud bucodental con la frase "*Unidos por la Salud Bucal*".

La FDI concede los Premios del Día Mundial de la Salud Bucodental (*WOHD Awards*), con el

objetivo de reconocer a aquellas personas o entidades que han llevado a cabo las campañas más destacables, ustedes estudiantes de odontología en México pueden participar de manera activa en esta campaña y ser acreedores a este reconocimiento.

Por lo que respecta al contenido del presente número, la *Revista ADM Estudiantil* ofrece a sus lectores en la sección de Casos Clínicos, cuatro trabajos de los alumnos y profesores de la carrera de Médico Cirujano Dentista en Universidad Anáhuac México Norte, del Posgrado de Prostodoncia e Implantología de la Universidad De La Salle Bajío, León, Guanajuato y de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Campeche.

Seguros de que en este número encontrarán artículos que serán de su interés y les permitirán conocer y profundizar sobre de temas de actualidad, los invito a leerlos.

Agradeceremos sus comentarios a la Revista ADM Estudiantil en la siguiente dirección electrónica: revista.adm.estudiantil@hotmail.com

C. D. Enrique Armando Lee Gómez

*Editor de la Revista ADM Estudiantil
Asociación Dental Mexicana.*

*Federación Nacional de Colegios
de Cirujanos Dentistas, A. C.*

Editorial del Presidente de la Asociación Dental Mexicana.

Queridos estudiantes. Les doy la más calurosa bienvenida a este número de la Revista ADM Estudiantil, publicación periódica dedicada a los jóvenes, futuros odontólogos mexicanos. Con ella iniciamos un nuevo ciclo, el del año 2019. Consideren esta su revista, a la que pueden enviar sus trabajos e iniciarse en la increíble tarea de escribir.

Estamos muy entusiasmados ya que en los últimos meses se ha incrementado la formación de grupos estudiantiles en muchos de los Colegios Filiales a la Asociación Dental Mexicana, Federación Nacional de Colegios de Cirujanos Dentistas A.C. Y es natural que estemos contentos, pues ustedes son el futuro de nuestra profesión.

Estamos viviendo una época formidable, de la que ustedes son testigos. El desarrollo científico y tecnológico es impresionante, como nunca antes se había visto. Ello, además de emocionante implica la necesidad de estar preparado para lo que viene. Ya no es suficiente cursar una carrera profesional o hablar inglés. Al terminar la licenciatura es necesario continuar con la preparación profesional, ya sea cursando una especialidad o una maestría o bien manteniéndose en un programa permanente de educación continua que

garantice la competencia profesional. A fin de cuentas, con alguna especialidad o practicando la odontología general el odontólogo debe tomar cursos de manera constante, en todas las áreas de la odontología, desde aspectos administrativos a aquellos relacionados con la rehabilitación, la estética o la ética profesional, si es que quiere seguir vigente en un mundo altamente competitivo, ya que ante los avances científicos nos es suficiente con lo aprendido en la universidad.

La era digital alcanzó a la odontología. Las aplicaciones sobre el proceso de diagnóstico se han magnificado, sin que ello signifique dejar de lado la responsabilidad de tener el control completo de dicho proceso, las máquinas deben estar al servicio y bajo el control del hombre.

Los modelos digitales, la elaboración de guías quirúrgicas, cirugías guiadas, ortodoncia digital, los sistemas CAD-CAM, entre otros, son ejemplos de la más avanzada tecnología. El odontólogo debe tomar el control de la misma para poder ofrecer los mejores servicios a sus pacientes.

A pesar de todas estas maravillas tecnológicas el odontólogo actual y el del futuro no debe perder de vista la importancia del comportamiento ético, el derecho del paciente a conocer los

diagnósticos, de participar en la toma de decisiones sobre el plan de tratamiento, en el manejo adecuado de los datos de las personas y la privacidad de los mismos, respetar y exigir los derechos de los trabajadores de la salud, o participar en el diseño de la normatividad, entre otros temas. En estos rubros también se ha tenido un avance espectacular en beneficio de todos, pacientes y profesionales de la salud, temas todos de los que no puede permanecer ajeno quien estudia o practica la odontología.

La formación de colegios de profesionistas es fundamental para el desarrollo de todos los sectores, pues mantiene vigentes los más altos estándares de la profesión en cuestión. Específicamente hablando de la odontología es muy importante la conformación de colegios de profesionistas que contribuyan justamente a los avances normativos, a la solución de problemas comunes, o a la vigilancia del ejercicio profesional. Es por ello que los grupos estudiantiles cobran tanta importancia pues desde ellos el joven estudiante puede ejercer el liderazgo, el respeto por la opinión de los demás, aun cuando no se tengan visiones similares, la organización y administración del grupo y de sus objetivos, la comunicación con los miembros de su equipo y con otros que no son sus pares, la negociación, la gestión de recursos económicos y humanos. En fin la oportunidad de tener un gran aprendizaje se alcanza desde los grupos universitarios.

Basado en lo anterior es muy importante para ADM llevar a cabo el Congreso Nacional Estudiantil ADM 2019, que en esta ocasión se llevará a cabo en la Ciudad de San Luis Potosí, S.L.P., los días 2 y 3 de octubre del presente año. Este congreso se realizará de manera conjunta con la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí y el Colegio Dental Potosino.

Será una gran reunión, con la presencia de grupos estudiantiles de todo el país. Se ha diseñado un gran programa científico con Profesores ADM y otros más de reconocidas capacidades académicas, así como talleres y mesas clínicas. Habrá concurso de carteles y de presentaciones orales en los rubros de investigación, de casos clínicos y de temas libres, concurso de conocimientos, carrera deportiva, una gran exposición comercial, entre otros atractivos. Lo mas importante de todo es que será organizado y dirigido por estudiantes de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, pensando en que sea de interés para gente de su edad, teniendo además el acompañamiento del personal docente de dicha institución, de gran reconocimiento nacional e internacional, así como del Colegio Dental Potosino y de ADM.

Todos son bienvenidos a esta gran fiesta, pensada en ustedes. Los esperamos con los brazos abiertos. Esta será una enorme oportunidad de convivir con estudiantes de otras instituciones e intercambiar opiniones.

Mientras llega el mes de octubre les deseo a todos que este 2019 sea pleno de oportunidades de crecimiento y desarrollo para ustedes.

Quedo a sus órdenes en mi correo personal:
diazlaura@hotmail.com

Dra. Laura María Díaz Guzmán

Presidente de la Asociación Dental Mexicana

Canino Inferior Transmigrado. Reporte de Caso Clínico.

Ilan Vinitzky Brener

Cirujano Dentista, Especialista en Cirugía oral y maxilofacial, profesor en Universidad Anáhuac México Norte y Adscrito al servicio de cirugía maxilofacial del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Paulina Guerra Rentería

Estudiante de la carrera de Médico Cirujano Dentista en Universidad Anáhuac México Norte

Resumen.

La transmigración de un canino es una anomalía infrecuente que ocurre cuando el órgano dental no puede erupcionar adecuadamente y se queda atrapado en el hueso, después migra y cruza la línea media. Ocurre con mayor frecuencia en caninos inferiores, aunque también se puede presentar en la maxila. Generalmente, los casos son asintomáticos para el paciente, pero pueden ocasionar otras lesiones como neuralgia o parestesia, reabsorción de raíz de dientes adyacentes e inclinación de estos dientes. Reportamos un caso de transmigración de canino inferior, clasificación I en un paciente de 11 años, al cual se le realizó una extracción por medio quirúrgico.

Palabras clave: Canino transmigrado, cirugía bucal

La transmigración se define como el fenómeno de movimiento de un diente sin erupcionar a través de la línea media.¹ Ocurre principalmente en dentición permanente mandibular con una incidencia de 0.34%, aunque también se puede presentar en dentición maxilar con una incidencia de 0.14% aproximadamente.^{2,3} Este fenómeno se presenta más en mujeres que en hombres con una proporción de 1:6:1.⁴ El primer caso documentado fue en 1929, donde se utilizó inicialmente el término de "transmigración".⁵

La transmigración de caninos es normalmente asintomática, pero puede causar reabsorción de raíces de otros órganos dentales e inclinación de dientes adyacentes, al igual, pueden erupcionar en el lado opuesto de la arcada o migrar hacia otras estructuras como el cóndilo mandibular, causando dolor.⁶ Otros posibles síntomas son: la ausencia de caninos permanentes inferiores después de los 12 años de edad, retención de caninos primarios, fístula en el proceso alveolar, protrusión de dientes incisivos inferiores, aumento de anchura de la sínfisis mandibular y algunos trastornos sensoriales como parestesia y neuralgia.¹ La migración intraósea comienza durante la etapa de dentición mixta temprana y puede continuar durante varios años.⁷

La etiología es desconocida, aunque posibles factores son: genética, pérdida prematura de dientes deciduos, dientes deciduos persistentes, posición inadecuada de la lámina dental, hiperdoncia, apiñamiento, odontoma y trauma en la cresta alveolar.¹

De acuerdo a Mupparapu hay 5 categorías de transmigración de caninos: ⁸

1. Se localiza inclinado hacia mesial, situado vestibular o lingual a los dientes anteriores inferiores y parte de la corona cruza la línea media. (45% de los casos).
2. Situado por debajo de los ápices de los incisivos inferiores (20% de los casos).
3. Erupción mesial o distalmente comparado con el canino opuesto (14%).
4. Se encuentra de manera horizontal por debajo de los premolares o molares inferiores del lado opuesto, cerca de la base de la mandíbula (17%).
5. Localizado de manera vertical en la línea media (1.5%).

Para diagnosticar correctamente y hacer un buen plan de tratamiento se requieren estudios de imagen, para así observar la morfología exacta del paciente, y evitar cambios en el plan de tratamiento. Estos pueden ser ortopantomografías o preferencialmente tomografías computarizadas de cone beam (TCCB) por su habilidad de dar una imagen tridimensional.¹

Existen distintas opciones para el tratamiento de la transmigración, dependiendo de la ubicación del canino.

1. Extracción, es ideal cuando el pronóstico del diente no es bueno y no puede ser alineado en la arcada.⁹
2. Exposición quirúrgica y alineación ortodóntica, es posible cuando el canino está verticalmente alineado (tipo 5).⁹
3. Transplantación, si los incisivos mandibulares están en una posición normal y hay suficiente espacio para el canino.³
4. *Observación*, se realiza por medio radiográfico si el canino se mantiene en el hueso, se puede mantener en observación hasta que se presenten síntomas.³

Discusión del Caso

Se trata de paciente masculino de 11 años, sin antecedentes médicos de relevancia, el cual es referido por odontopediatra al notar ausencia clínica de canino inferior izquierdo. Se solicita ortopantomografía, observando canino inferior izquierdo transmigrado con la corona a nivel de los ápices de incisivos centrales. Se decide completar la valoración con tomografía Cone Beam (Figura 1), corroborando la posición antes mencionada del canino, el cual se encuentra dentro de las corticales sobre el hueso medular con ligera expansión de la cortical vestibular en la zona de la corona de dicho órgano dentario, lo cual corresponde a una clasificación 1 según Mupparapu.⁸

El paciente se encontraba asintomático, sin embargo, al consultar con ortodoncista sobre el caso y por la posición del diente retenido, se decide la cirugía para extracción del mismo.

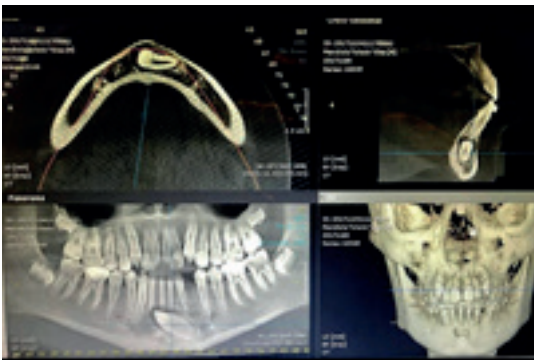


Figura 1. Tomografía Cone Beam donde se observa el canino transmigrado.

Previa asepsia y antisepsia, se infiltra lidocaína 2% con epinefrina 1:100,00 en nervios mentonianos bilateral y en fondo de vestíbulo antero inferior, se realiza abordaje para mentoplastía exponiendo la zona anterior mandibular (Figura 2),



Figura 2. Abordaje quirúrgico.

posteriormente se realiza osteotomía con pieza de mano de baja velocidad y fresa 703 L para exponer la corona y el cuello del órgano dentario a extraer (Figura 3).



Figura 3. Osteotomía para exponer corona y cuello.

Se realiza la odontosección del diente dividiéndolo en 3 fragmentos para realizar la extracción del mismo con elevador recto delgado (Figuras 4 y 5).



Figura 4. Lecho quirúrgico post extracción.



Figura 5. Diente seccionado.

Se realiza el tratamiento del lecho quirúrgico remanente y la sutura por planos con ac. poliglicólico 4 ceros (Figura 6).



Figura 6. Sutura por planos con ácido poliglicólico 4-0.

Se dan las indicaciones post quirúrgicas convencionales al paciente y familiar y se indica farmacoterapia a base de amoxicilina 500 mg c/ 8 h por 7 días, ibuprofeno 400 mg c/ 8 h por 5 días y aplicación tópica de gel de clorhexidina al 0,2% c/8 h por 7 días. El paciente cursa con un postoperatorio sin eventualidades, se solicita ortopantomografía de control en donde se observa el alveolo del órgano dentario extraído y se verifica que no hubo daño a dientes adyacentes (Figura 7).



Figura 7. Ortopantomografía post operatoria.

Discusión

La transmigración de un canino es una anomalía infrecuente, que suele ser asintomática, por lo cual, un paciente puede vivir sin estar consciente de su condición. Generalmente, estos casos se diagnostican durante una consulta rutinaria y al tomar radiografías, al igual que, identificar otras anomalías como ausencia de canino permanente, retención de canino primario, fístula y protrusión de dientes incisivos.⁶

Dependiendo de la distancia que ha migrado se elige el tratamiento, ya sea quirúrgico, ortodóntico, extracción, transplatación o simplemente dejar bajo observación.^{3,9}

En este caso, la transmigración era una de clase I según la clasificación de Mupparapu y se decidió que la extracción era el mejor tratamiento para el paciente.⁸

El caso descrito puede darnos una pauta para poder identificar esta lesión, si es que llega a presentarse en la clínica. Si podemos hacer un diagnóstico temprano, podemos llegar a solucionar el problema, antes de que se desarrolle una complicación grave como la neuralgia del trigémino o reabsorción radicular, al igual que tratarlo de manera poco traumática.

Bibliografía

1. Gruszka, K., Różyto, T., Różyto-Kalinowska, I., Denkiewicz, K. and Mastowska, K. (2014). Transmigration of mandibular canine – case report. *Polish Journal of Radiology*, 79, pp.20-23.
2. Kumar, S., Urala, A., Taranath Kamath, A., Jayaswal, P. and Valiathan, A. (2012). Unusual intraosseous transmigration of impacted tooth. *Imaging Science in Dentistry*, 42(1), p.47.
3. Vaida, L., Todor, B., Corega, C., Baciut, M. and Baciut, G. (2014). A rare case of canine anomaly - a possible algorithm for treating it. *Romanian Journal of Morphology & Embryology*, [online] 55, pp.1197-1202. Available at: <http://www.rjme.ro/RJME/resources/files/55131411971202.pdf> [Accessed 24 Sep. 2018].
4. Singh, A., Singh, S., Sharma, N. and Chaturvedi, T. (2017). Transmigration of impacted mandibular canine with the development of dentigerous cyst: Surgical extraction or orthodontic alignment?. *Journal of Dental and Allied Sciences*, 6(1), p.32.
5. Northway, W. (2018). Orthodontic management of a dental anomaly pattern (DAP) including mandibular canine transmigration: A case report: A challenging treatment but worth it!. *The Angle Orthodontist*.
6. Auluck, A., Nagpal, A., Setty, S., Pai, K. and Sunny, J. (2006). Transmigration of Impacted Mandibular Canines- Report of 4 Cases. *Journal of the Canadian Dental Association*, [online] 72(3), pp.249-252. Available at: <http://www.cda-acd.ca/jcda> [Accessed 24 Sep. 2018].
7. Tarsariya, V., Jayam, C., Parmar, Y. and Bandlapalli, A. (2015). Unusual intrabony transmigration of mandibular canine: case series (report of 4 cases). *BMJ Case Reports*, p.bcr2014205398.
8. Mupparapu, M. (2002). Patterns of intra-osseous transmigration and ectopic eruption of mandibular canines: review of literature and report of nine additional cases. *Dentomaxillofacial Radiology*, 31(6), pp.355-360.
9. Bhullar, M., Aggarwal, I., Verma, R. and Uppal, A. (2017). Mandibular canine transmigration: Report of three cases and literature review. *Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry*, 7(1), p.8.

Correspondencia:

Dr. Ilan Vinitzky Brener
E –mail: ilanvinitzky@hotmail.com

Provisionales de larga duración en un paciente con amelogénesis imperfecta. Reporte de Caso Clínico.

Dra. Pilar Fernández Guzmán

*Licenciatura en Odontología
Alumna del Posgrado de Prostodoncia e Implantología,
Universidad De La Salle Bajío, León, Guanajuato.*

Dr. Luis Antonio Fandiño Torres

*Licenciatura en Cirugía Dental, Especialista en Prostodoncia e Implantología
Profesor del Posgrado de Prostodoncia e Implantología,
Universidad De La Salle Bajío, León, Guanajuato.*

Dr. Juan Manuel Guízar Mendoza

*Licenciatura Médico Cirujano, especialista en Pediatría, Maestría y Doctorado
en Ciencia Médicas Profesor-Investigador,
Universidad De La Salle Bajío, León, Guanajuato.*

Resumen.

La amelogénesis imperfecta (AI) es un grupo de trastornos hereditarios de la formación del esmalte. Las distintas variantes de AI son clasificadas en: hipoplasia, hipocalcificación e hipomaduración.

La AI es una enfermedad poco común y aunque existen casos reportados, aun no existe un protocolo único para tratar a estos pacientes. El tratamiento debe realizarse de manera integral y enfocarse en rehabilitar lo antes posible, debido a que el esmalte es muy débil cursando con fracturas progresivas y mayor retención de biofilm por la irregularidad del esmalte. En este artículo se presenta el caso clínico de un paciente con AI tratado con provisionales de larga duración para la posterior colocación de aparatos ortodónticos.

Palabras clave: Amelogénesis imperfecta, provisionales de larga duración, resina inyectada.

Introducción

Los trastornos genéticos de la formación esmalte son los más frecuentes en las anomalías de tejido duro dental.¹ Se ha descrito un gran número de condiciones que afectan la maduración y la estructura del esmalte, encontrándose independientes a algún otro desorden sistémico.^{2,3} La amelogenénesis imperfecta afecta la morfología y mineralización del esmalte en denticiones primarias y permanentes. Los dientes son muy pequeños, con color anormal (amarillo, marrón o gris), quebradizos, apiñados, propensos a un rápido desgaste y pérdida temprana por fracturas. Aunque es poco común encontrar pacientes con este tipo de alteraciones de la estructura del esmalte, debemos de saber como abordarlos oportunamente y proveer el mejor tratamiento de una manera multidisciplinaria. El tratamiento debe ser enfocado a mejorar la apariencia y función antes de perder mayor estructura dental.⁴

La AI fue publicada y clasificada en 1945, dividían la AI en dos grupos: hipoplásico e hipocalcificado.⁵ La segunda clasificación la realizo Witkop en 1989, él dividió las alteraciones del esmalte en cuatro grupos con base en la secuencia de genes⁶ (Figura1).

Type I	-Hypoplastic	Type II	-Hypomaturation
IA	-Hypoplastic, pitted autosomal dominant	IIA	-Hypomaturation, pigmented autosomal recessive
IB	-Hypoplastic, local autosomal dominant	IIB	-Hypomaturation, X-linked recessive
IC	-Hypoplastic, local autosomal recessive	IID	-Snow capper, teeth, autosomal dominant?
ID	-Hypoplastic, smooth autosomal dominant		
IE	-Hypoplastic, smooth X-linked dominant		
IF	-Hypoplastic, rough autosomal dominant		
IG	- Enamel agenesis, autosomal recessive		
Type III	-Hypocalcified	Type IV	-Hypomaturation-hypoplastic with taurodontis
IIIA	-Autosomal dominant	IVA	-Hypomaturation-hypoplastic with taurodontis, autosomal dominant
IIIB	-Autosomal recessive	IVB	-Hypoplastic-hypoplastic with taurodontis, autosomal dominant

Figura 1. Clasificación de AI por Witkop en 1989, donde divide las alteraciones del esmalte en cuatro grupos en base a la secuencia de genes.

Generalmente la literatura describe tres tipos de AI: hipoplásica, por hipocalcificación e hipomaduración.^{6,7}

AI hipoplásica: Esta es la más común, de acuerdo al aspecto clínico y radiográfico, el esmalte no alcanza su espesor normal (menor a 2/2.5 mm), por lo cual, pueden presentarse dientes mas pequeños. Radiográficamente existe un contraste normal entre el esmalte y la dentina debido a que está correctamente mineralizado, pero la alteración va relacionada a la cantidad.

AI por hipomaduración: Esta alteración sucede en la etapa de maduración dental, dando como resultado un esmalte de apariencia moteada blanco opaco, que después se pigmenta a rojo-marrón, el esmalte es más blando que el normal y clínicamente se puede encontrar astillado del mismo dejando dentina expuesta.

AI por hipocalcificación: El esmalte presenta un grosor normal y se encuentra pobremente calcificado con color amarillo o naranja al inicio de la erupción, el cual con el paso del tiempo va cambiando a negrozco o pardo y se remueve espontáneamente excepto en el tercio gingival. La radiografía muestra un esmalte menos radiopaco que la dentina y tiene un espesor igual al esmalte normal, la dureza de este es menor, por lo que al fracturarse, la dentina expuesta activa los odontoblastos de la pulpa obliterando la cámara pulpar.^{8,9}

En estos pacientes el factor psicológico es una cuestión que debemos atender, ya que los niños y adolescentes con esta anomalía, tienen una preocupación por los comentarios de otras personas, aunado a que pudieron haber tenido experiencias malas con tratamientos previos. Se debe de poner especial atención en el trato de estos pacientes para crear un vínculo de confianza.¹⁰

Caso Clínico

Paciente femenina de 17 años de edad, se presenta al posgrado de Prosthodontia e Implantología de la Facultad de Odontología de la Universidad De La Salle Bajío, referida de la maestría de ortodoncia, con diagnóstico de AI, para la valoración de prótesis fija en arcada superior e inferior debido a que no existía el espacio suficiente para colocar la aparatología ortodóntica. Clínicamente, se observa una pérdida prematura de dimensión vertical (Fig. 2), se encuentran restauraciones deficientes de resina, superior e inferior de canino a canino por la cara vestibular. La paciente presenta un daño generalizado en el esmalte, con características relacionadas a AI por hipocalcificación, presentando desprendimiento del esmalte en caras oclusales y conservando el esmalte en el tercio cervical (Fig. 3).



Figura 2. Situación inicial extraoral, donde podemos observar el tercio inferior facial ligeramente disminuido.



Figura 3. Situación inicial intraoral, se observa la pérdida de la estructura dental generalizada, conservando poco esmalte en la zona cervical y deficientes carillas de resina en el sector anterior.

El esmalte presenta diferentes tonos que van desde el color amarillo al café, presenta una curva de anteroposterior invertida, sobremordida excesiva (Fig. 4), clase molar II del lado derecho y III del lado izquierdo. No existe espacio suficiente para restaurar, por lo que se realiza el plan de tratamiento con el fin de proteger la estructura dental remanente evitando: la pérdida progresiva, la presencia de sensibilidad y obtener estructuras anatómicas que favorezcan la higiene dental, la salud periodontal, y la posterior colocación de aparatología ortodóntica. Se decide realizar alargamientos coronarios de órganos dentarios (OD) posteriores, con el objetivo de obtener mayor estructura dental y después valorar el aumento de la dimensión vertical.



Figura 4. Situación inicial, overbite de un 100%.

El plan de tratamiento se realizó en dos fases:

1. Alargamiento coronario.
2. Cobertura total de resinas de alto contenido de relleno.

Se realizó el alargamiento coronario logrando obtener en algunos OD hasta 2 mm de estructura dental (Fig. 5), posteriormente se elaboró un encerado en el que arbitrariamente se levanta la dimensión vertical 2 mm, con el objetivo de recuperar la estructura dental perdida en sentido vertical.



Figura 5. Las dos imágenes superiores muestran insuficiente estructura dental, las imágenes posteriores muestran el resultado de los alargamientos coronarios en los que logramos conseguir estructura dental.

Una vez controlados todos los factores de riesgo y bajo consentimiento informado, se decide realizar los provisionales de larga duración en las dos arcadas.

El aislado total no se logró debido a la forma cónica de algunos dientes, así que el control del flujo salival representó el mayor reto, el procedimiento se realizó por sextantes por lo que se fabricaron 6 guías de silicón Elite Transparent-Zhermack®, bajo presurización y se comenzó por las zonas posteriores.

Se alisó las zonas de los OD más dañadas como: zonas muy pigmentadas y esmalte sin soporte; dejando una superficie lisa para lograr una mejor adaptación de la resina, todas las restauraciones se realizaron con la resina Grandioso-VOCO® color A1.

Se realizó un protocolo adhesivo indicado para pacientes con dentina esclerótica. Ya que estos pacientes cursan con pérdida prematura del esmalte, los odontoblastos pulpaes se activan en respuesta, obliterando los túbulos dentinarios, así que se debe de aumentar el tiempo de grabado ácido con el fin de mejorar la adhesión dentinaria.^{11,12}

Se colocó cinta teflón en los OD adyacentes para conservar el área de contacto (punto de contacto en anteriores), la resina compuesta previamente colocada en un calentador de composites (CALCET AD-dent®) el cual Calienta la resina desde 37 a 68° C manteniendo una temperatura constante. En este caso se calentó a 37° C y después se colocó en las guías de silicón transparente, se posicionó en la arcada asegurando que tuviera un correcto asentamiento y se polimerizó durante 20 segundos, se retiró la matriz y se aseguró que no existieran burbujas polimerizando 20 segundos más.

Para asegurar la adaptación marginal, se pasó una fresa amarilla de filo de cuchillo en las zonas intrasurculares y se aseguraron los puntos interproximales colocando una cuña para después pasar lijas y pulidores. El mismo procedimiento se realizó en los demás OD, una vez terminados se pulieron con fresas de pulido de baja velocidad (Fig. 6) y se enfatizó dando instrucciones para mantener la higiene bucal.



Figura 6. Provisionales de larga duración con resinas compuestas de alto contenido de relleno.

Discusión

La AI representa un gran desafío para los odontólogos porque crea problemas funcionales y estéticos, para los cuales se requiere habilidad clínica y absoluta cooperación del paciente para acudir a sus citas de revisión, y dedicación para mantener una correcta higiene.¹³

El principal problema de estos pacientes son las fracturas de esmalte, desgaste e intervenciones invasivas inapropiadas, lo cual puede evitarse mediante un diagnóstico oportuno y correcto para intervenir de manera preventiva con consejos dietéticos, instrucciones de higiene bucal y aplicación de fluoruro tópico.¹⁴

La tratamiento definitivo para pacientes con AI son las restauraciones libres de metal, sin embargo, debemos de comprender los deseos del paciente por restaurar los problemas que la AI causa antes de llegar al tratamiento final.¹⁵ La provisionalización con resinas de alto contenido de relleno (Fig. 7, 8) es una opción temporal, la cual nos da tiempo para realizar otros tratamientos necesarios para el paciente, como en este caso la ortodoncia.



Figura 7. Situación final.



Figura 8. Acercamiento de la sonrisa del paciente mostrando una estética aceptable.

En la actualidad los protocolos adhesivos en esmalte y dentina se han desarrollado ampliamente y están altamente documentados, lo que permite confiar en la adhesión de la resina y tener una opción de tratamiento más predecible al momento de restaurar. En este artículo se presenta una alternativa de tratamiento de AI por hipocalcificación, en el que se logró obtener adhesión mediante la modificación del tiempo de grabado y la elección del sistema adhesivo Optibond FL®. Debemos de considerar que el tiempo en la silla clínica aumentará al realizar esta opción de tratamiento, por lo que debemos de informar previamente al paciente.

También es muy importante analizar el estado psicológico, la condición económica y el tipo de AI que presentan los pacientes, para que el resultado final sea el mejor de acuerdo a sus necesidades¹⁶ (Fig. 9).



Figura 9. Antes y después.

Conclusiones

La provisionalización con resinas de alto contenido fue ideal en este caso, dado que la paciente aun no termina el desarrollo mandibular y debido a la necesidad de continuar con una fase ortodóntica; además existe la posibilidad de restaurar o realizar correcciones fácilmente en el sillón dental ya sea utilizando la misma matriz de silicono o a mano alzada. Aunque no se logró corregir la sobremordida, la paciente tiene superficies anatómicas funcionales, fáciles de limpiar, estéticas y lista para la fase ortodóntica. En las citas de revisión no ha presentado desprendimiento de la resina por lo que podemos concluir que el protocolo adhesivo fue exitoso, se resolvió la necesidad principal del paciente, reforzando su autoestima.

La AI debe ser tratada lo más temprano posible por un equipo interdisciplinario, recalcando la importancia en devolverle al paciente condiciones de salud en cuanto a función, fonética, estética, mejorando su calidad de vida y su entorno biopsicosocial.

Bibliografía

1. Siadat, H., Alikhasi, M., & Mirfazaelian, A. (2007). Rehabilitation of a patient with amelogenesis imperfecta using all-ceramic crowns: a clinical report. *The Journal of prosthetic dentistry*, 98(2), 85-88
2. Robinson, F. G., & Haubenreich, J. E. (2006). Oral rehabilitation of a young adult with hypoplastic amelogenesis imperfecta: a clinical report. *The Journal of prosthetic dentistry*, 95(1), 10-13.
3. Lykogeorgos, T., Duncan, K., Crawford, P. J. M., & Aldred, M. J. (2003). Unusual manifestations in X linked Amelogenesis Imperfecta. *International journal of paediatric dentistry*, 13(5), 356-361.
4. Sabatini, C., & GUZMÁN-ARMSTRONG, S. A. N. D. R. A. (2009). A conservative treatment for amelogenesis imperfecta with direct resin composite restorations: a case report. *Journal of Esthetic and Restorative Dentistry*, 21(3), 161-169.
5. Weinmann, J. P., Svoboda, J. F., & Woods, R. W. (1945). Hereditary disturbances of enamel formation and calcification. *The Journal of the American Dental Association*, 32(7), 397-418.
6. Dawson, P. Oclusión Funcional: Diseño de la sonrisa a partir de la ATM. Amolca, 2009. 1ra Edición
6. Witkop CJ. Amelogenesis imperfecta, dentinogenesis imperfecta and dentin dysplasia revisited: problems in classification. *J Oral Pathol*. 1988;17:547-53.
8. Sabandal, M. M., & Schäfer, E. (2016). Amelogenesis imperfecta: review of diagnostic findings and treatment concepts. *Odontology*, 104(3), 245-256.
9. Akin, H., Tasveren, S., & Yeler, D. Y. (2007). Interdisciplinary approach to treating a patient with amelogenesis imperfecta: A clinical report. *Journal of Esthetic and Restorative Dentistry*, 19(3), 131-135.
10. Lundgren, G. P., Karsten, A., & Dahllöf, G. (2015). Oral health-related quality of life before and after crown therapy in young patients with amelogenesis imperfecta. *Health and quality of life outcomes*, 13(1), 197.
11. Lopes, G. C., Vieira, L. C., Monteiro, S., de Andrada, M. C., & Baratieri, C. M. (2003). Dentin bonding: effect of degree of mineralization and acid etching time. *OPERATIVE DENTISTRY-UNIVERSITY OF WASHINGTON*, 28(4), 429-439.
12. Lopes, G. C., Baratieri, C. M., Baratieri, L. N., Monteiro Jr, S., & Vieira, L. C. C. (2004). Bonding to cervical sclerotic dentin: effect of acid etching time. *Journal of Adhesive Dentistry*, 6(1).
13. Sundell S, Koch G. Hereditary amelogenesis imperfecta. Epidemiology and clinical classification in a Swedish child population. *Swed Dent J* 1985; 9(4): 157-69.
14. Yamaguti PM, Acevedo AC, de Paula LM. Rehabilitation of an adolescent with autosomal dominant amelogenesis imperfecta: case report. *Oper Dent* 2006; 31(2): 266-72.
15. Poulsen S, Gjørup H, Haubek D, Haukali G, Hintze H, Lovschall H, et al. Amelogenesis imperfecta - a systematic literature review of associated dental and oro-facial abnormalities and their impact on patients. *Acta Odontol Scand* 2008; 66(4): 193-9.
16. Yiğit Özer SG, Bahşi E. Treatment of an amelogenesis imperfecta with restorations prepared using a modified clear matrix technique. *J Investig Clin Dent* 2010; 1(1): 59-63.

Correspondencia:

Dra. Pilar Fernández Guzmán
E-mail: pilarfg0215@gmail.com

Parámetros estéticos en implante unitario. Caso Clínico.

Eider Alonso Pool Loría

Pasante de Odontología, Universidad Autónoma de Campeche

CDEPBEI. Imelda Patricia Pinzón Sierra

Profesora e Investigadora de la Facultad de Odontología en Universidad Autónoma de Campeche

M. en C. Ángel Rubén Veamer Orozco Rodríguez

Profesor e Investigador de la Facultad de Odontología en Universidad Autónoma de Campeche

M. en C. Ixchel Araceli Maya García

Profesora e Investigadora de la Facultad de Odontología en Universidad Autónoma de Campeche

M. en C. Guadalupe del Carmen Ordoñez Chávez

Profesora e Investigadora de la Facultad de Odontología en Universidad Autónoma de Campeche

Resumen.

Introducción: La estética representa una preocupación constante, tanto para el paciente como el dentista. La sociedad contemporánea es altamente competitiva y una apariencia armónica muchas veces significa la diferencia entre éxito y el fracaso.

La percepción de la estética dental ha sido vista subjetivamente, por lo que se desarrollaron parámetros estéticos que valoran tejidos blandos y duros para disponer de una valoración objetiva. La comunicación con el paciente, laboratorio y documentación son aspectos importantes para el éxito clínico. Estos son utilizados para obtener una textura lo más natural al diente.

Presentación del caso: Se presenta a consulta paciente femenino de 23 años, con dolor agudo, extrusión y movilidad del órgano 11. En el análisis radiográfico se observa fractura radicular del tercio cervical. Se procedió a realizar la extracción radicular y colocación inmediata de un implante endoóseo e injerto óseo. Posterior a la oseointegración se realizó el manejo de tejidos con provisional atornillado y colocación de una corona de zirconia siguiendo los parámetros estéticos establecidos en la literatura.

Conclusión: Tener establecidos parámetros estéticos ayudan a valorar de manera objetiva la estética dental del sector anterior, sin embargo, la comunicación con el laboratorio y paciente aumentan el éxito clínico ideal, devolviendo y mejorando la percepción de una sonrisa estética.

Palabras clave: Estética dental, parámetros estéticos, implante dental.

■ Introducción

La estética facial se considera un factor importante con respecto a las percepciones de la sociedad y los individuos en relación con ellos mismos. Por lo que, una buena estética facial influye en el juicio de belleza, mejorando el autoestima.¹ La constante y creciente demanda de excelencia en estética, junto con una sonrisa armoniosa se convirtió en un requisito en las relaciones sociales y culturales, interfiriendo con factores psicológicos y sobre todo con la autoestima de los seres humanos.^{1,2} En cuanto a las relaciones humanas, la preocupación por la apariencia ya no se menciona como vanidad, sino como una necesidad. Una boca sana puede promover buena apariencia, expresión y comunicación interpersonal; también es un factor importante para preservar la autoestima.² La armonía de la sonrisa puede verse alterada por algunas características dentogingivales, como el exceso gingival, es decir, la sobreexposición de la encía al sonreír, lo que afecta negativamente a la estética de la sonrisa.^{2,3,4}

Una sonrisa ideal depende de la simetría y el equilibrio de las características faciales y dentales como el color, la forma y la posición de los dientes; reconociendo que la forma determina la función y que los dientes anteriores desempeñan una función vital en la salud oral del paciente.⁵

La creciente necesidad de una valoración objetiva del resultado estético de restauraciones implantológicas, dio lugar a la publicación de los índices estéticos. En 1997, Jemt publicaba el primer índice estético, que valoraba la configuración de la papila desde el grado 0 (ninguna papila) hasta el grado 4 (papila hiperplásica).⁶ El aspecto natural de una restauración sobre implantes depende, además de la estructura papilar, esencialmente de la conformación completa de los tejidos blandos periimplantarios y del festoneado de la encía. Por lo que, en el 2005 se publicó el PES/WES Index, en el cual sus parámetros valoran objetivamente tejidos blando y duros.^{6,7}

Caso Clínico

Paciente femenino de 23 años de edad con extrusión, dolor y movilidad en el órgano dental 11 (Figura 1). En la radiografía periapical se observa fractura radicular en el tercio cervical, al igual que, un alambre de ortodoncia para ferulizar el diente (Figura 2). Aplicando el PES/WES Index, se obtuvo el puntaje inicial (Figura 3).



Figura 1.

Figura 1. Aspecto clínico del órgano dental 11.

Figura 2. Radiografía del órgano dental 11.



Figura 2.

Figura 3. PES/WES Inicial.

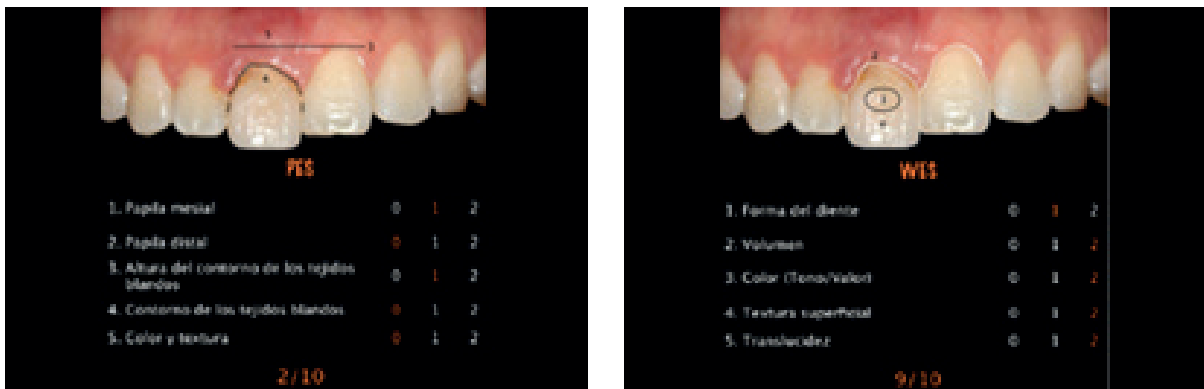


Figura 3.

Se procedió a retirar la férula para realizar la extracción radicular de dicho órgano dental, y seguidamente con la colocación inmediata de un implante endoóseo e injerto óseo, debido a la fractura ocasionada se perdió la tabla vestibular.

Según el Consenso Internacional de Implantología, la provisionalización es importante cuando se manejan tejidos blandos en el sector anterior, ya que da un buen pronóstico en la conformación de las papilas interdentales (Figura 4). En el primer mes se colocó un provisional adhesivo sin contacto oclusal y sin hacer presión a los tejidos blandos, al tercer mes se cambió el provisional haciendo presión hacia apical para el manejo de tejidos blandos y al cuarto mes se colocó un provisional atornillado con carga funcional siguiendo los parámetros estéticos del PES/WES Index.

Se realizó la toma de impresión con una técnica directa o cucharilla abierta con polivinil siloxano, personalizando el pin de impresión. Es muy importante la comunicación con el laboratorio para lograr el éxito clínico, mejorar la percepción de la sonrisa dental y la caracterización del diente empleando los siete parámetros estéticos. Valorar objetivamente la restauración de la corona de zirconia es indispensable para lograr una textura natural. Se empleó el PES/ WES Index para obtener el puntaje final como se muestra en la figura 5.



Figura 4. A, provisional al primer mes. B, provisional al tercer mes. C, provisional al cuarto mes.



Imagen 5. PES/WES final.

En el resultado final se puede observar una sonrisa media de percepción agradable, con una línea de sonrisa recta mostrando: incisivo central, lateral, canino, premolares y 1er molar (Figura 6). Sin embargo, valorando tejidos blandos y duros con el PES/WES Score se puede observar una estética no ideal; el diente se ve aparentemente más ancho, con la línea cervical por debajo en comparación con el diente adyacente; por lo que, la altura del contorno de los tejidos blandos se encuentra abajo. Las papilas interdientales están incompletas al observarse zonas oscuras en la zona interdental.



Imagen 6. Sonrisa final, a siete meses después de colocar el implante.

Discusión

La percepción de la estética dental es algo que la sociedad ha visto de manera subjetiva, ya que cada persona tiene su propia percepción de estética. Aunque no siempre “estético” significa “bello”, es por eso que existe una mayor demanda en cuanto a rehabilitarse con implantes, sobretodo en la zona anterosuperior, conocida como la zona de estética. Esto con la finalidad de mejorar la sonrisa dental, a través de tratamientos que ayuden a tener una naturalidad del diente y una sonrisa dental agradable.^{1,2} Durigon et al. (2018) concluyen que la percepción estética influye entre el dentista especialista, general, de universidad y paciente, ya que cada área tiene su percepción subjetiva. Destaca que los del área dental, tienen como resultado de sonrisa estética una que cumple los parámetros de alineación de dientes, color de dientes, sonrisa media, mostrando papilas interdentes con línea de sonrisa curva positiva, 2 mm o menos de encía libre, comisuras extensas y no mostrar más de 2 mm de dientes inferiores. Resultando casi igual con la sonrisa de la paciente, que a pesar del resultado final en el cual no se logro el puntaje máximo, sigue siendo una sonrisa de percepción estética agradable.

Hay aspectos que determinan como se ve una sonrisa dental, como el tejido gingival, Cavalcanti (2018), menciona que los tipos gingivales finos y medianos tienen una percepción positiva, aumentando esta si muestra 1-2 mm de encía al sonreír. El manejo de tejidos blandos y duros en la rehabilitación con implante unitario es importante para adaptar y moldear la encía, por lo que la restauración definitiva ayudará de manera positiva con el pronóstico y éxito clínico.^{4,5}

El PES/WES Score es una herramienta que el odontólogo debe emplear durante la rehabilitación bucal, sobretodo, cuando se rehabilita la zona anterosuperior y hay una exigencia del paciente de buscar estética, ya que sus parámetros valoran de manera objetiva tejidos blandos y duros.⁶

Es importante que los parámetros estéticos nos ayudan a valorar de una manera objetiva el posible resultado.^{6,7} Cabe mencionar que, tener una buena comunicación con el laboratorio dental es de suma importancia para tener el éxito clínico.⁷

Conclusiones

La constante demanda de la sociedad buscando estética dental y una percepción agradable, a llevado a que se desarrollen índices estéticos. Tener establecidos los parámetros estéticos ayudan a valorar de manera objetiva la estética dental del sector anterior, sin embargo, la comunicación con el laboratorio y paciente aumentan el éxito clínico, devolviendo y mejorando la percepción de una sonrisa estética. Es importante la fotografía clínica, ya que es un auxiliar en copiar la naturalidad dental cuando se lleva acabo la rehabilitación.

Bibliografía

1. Fortes HNR, Guimaraes TC, Belo IML, Matta ENR. Photometric analysis of esthetically pleasant and unpleasant facial profile. *Dental Press J Orthod*. 2014 Mar-Apr;19(2):66-75. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/2176-9451.19.2.066-075.oar>
2. Durigon, Alessi, Neves et al. Perception of dentist, dental students, and patients on dentogingival aesthetics. *Rev Odontol UNESP*. 2018 Mar-Apr; 47(2): 92 - 97. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-2577.08917>
3. Cavalcanti, Valentim, Guerra et al. Aesthetic perception of gingival smiles. *Rev Odontol UNESP*. 2018 Jan-Feb; 47(1): 45-50. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-2577.08017>
4. Brescovitt, Thomé, Melo et al. Soft tissue behavior around dental implants placed in fresh extraction sockets and immediately restored in esthetic area: a preliminary short-term evaluation. *Rev Odontol UNESP*. 2017 July-Aug; 46(4): 196-202. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-2577.21216>.
5. Londoño MA, Botero P. La sonrisa y sus dimensiones. *Rev Fac Odontol Univ Antioq* 2012; 23(2): 353-365.
6. Rudolf Fürhauser. Índice estético rosa (Pink Esthetic Score) en la práctica clínica. Volumen 24, Número 1, 2014.
7. Alessandro Lanza et al. Clinical Application of the PES/WES Index on Natural Teeth: Case Report and Literature Review. *Hindawi Case Reports in Dentistry*. Volume 2017, Article ID 9659062, 5 pages. Doi: <https://doi.org/10.1155/2017/9659062>

Correspondencia :

Eider Alonso Pool Loría

E-mail: al046598@uacam.mx

Traumatismo en la premaxila en dentición infantil.

Reporte de Caso Clínico.

Abigail Valeriano Góngora

Estudiante de la Facultad de Odontología, UACAM.

Fátima Elena Sansores Ambrosio

Cirujano Dentista, con especialidad en Odontopediatría.

Gladys R. Acuña González

Cirujano Dentista, con especialidad en Cirugía Oral y Maxilofacial.

Mirna Isabel Minaya Sánchez

Cirujano Dentista, con especialidad en Periodoncia e Implantología

Juan Fernando Casanova Rosado

Juan Fernando Casanova Rosado

Resumen.

Los traumatismos dentoalveolares representan un problema de salud pública en niños y adolescentes por el compromiso físico y estético, pueden producir un impacto psicosocial en el paciente infantil dada la importancia de la apariencia facial. La mayor incidencia de traumatismo sobre la dentición temporal ocurre entre los 2 y 3 años de edad, cuando la coordinación motora está en desarrollo. Los traumatismos dentarios son una de las lesiones orales más frecuentes en los niños, según estudios epidemiológicos se da en el 50% de los casos. Los estudios demográficos apuntan mayor frecuencia en varones que en mujeres. En este artículo se presenta el caso de traumatismo en dentición temporal, donde se obtuvo una correcta evolución y una cicatrización favorable sin complicaciones. Las lesiones traumáticas en cavidad oral de infantes pueden causar alteraciones de diferente índole, como: físicas, funcionales y psicológicas. Por lo que el manejo adecuado y oportuno es muy importante, y debe ser considerado como un tratamiento de urgencia.

Palabras clave: Traumatismo, dentición temporal, dentición permanente, tejidos duros y blandos, desarrollo radicular.

Antecedentes

Los traumatismos dentoalveolares representan un problema de salud pública en niños y adolescentes por el compromiso físico y estético, pueden producir un impacto psicosocial en el paciente infantil dada la importancia de la apariencia facial.

Los traumatismos dentarios son una de las lesiones orales más frecuentes en los niños, según estudios epidemiológicos se da en el 50% de los casos. Las lesiones más comunes en la dentición temporal y permanente ocurren en primer lugar por caídas, accidentes de tránsito, violencia y deportes.

Para determinar con eficiencia la extensión de la lesión y diagnosticar correctamente en los dientes, el periodonto y estructuras asociadas, es fundamental una conducta sistemática por medio de la anamnesis y el examen clínico adecuado.

Caso Clínico

Paciente infantil de sexo masculino, de cinco años de edad, se presentó con lesión traumática en el maxilar superior. Al interrogatorio el paciente no exhibió enfermedades sistémicas de relevancia. La madre refiere que el niño sufrió un accidente con los hilos de una hamaca, los cuales se enredaron en los dientes y corto el tejido circundante a la premaxila. Debido a que en la región sureste es frecuente el uso de hamacas, los accidentes de este tipo son frecuentes.

En el examen extraoral no se encontraron lesiones, dando parámetros de normalidad. El examen intraoral reveló desprendimiento de tejido en la premaxila, con corte transversal en los tejidos blandos por palatino, continuándose hacia vestibular en corte vertical en mesial del canino superior izquierdo, dejando al descubierto el proceso alveolar. De igual manera presenta avulsión del incisivo central superior derecho y movilidad grado III del incisivo central e incisivo lateral superior izquierdo. (Figura 1 y 2).



Figura 1. Fotografía intraoral se observa el corte transversal de la premaxila en palatino y la avulsión del incisivo central superior derecho.



Figura 2. Fotografía intraoral, se observa la continuación del corte de tejido blando en vertical por vestibular en la encía insertada.

Se realizó la toma de radiografía periapical de la zona afectada y se observó que no existe invasión hacia los dientes permanentes, los cuales se encontraban en buen estado. Podemos observar que existe resorción radicular de los dientes temporales afectados y que no hay evidencia de alguna lesión infecciosa. (Figura 3). Se estableció interconsulta con el cirujano maxilofacial, el cual realizó la exodoncia del incisivo central y lateral superior izquierdo, debido a que presentaban un grado de movilidad severo, tanto horizontal como verticalmente (grado tipo III), los cuales no tenían un buen pronóstico de permanecer en la boca del paciente. Posteriormente, se procedió a suturar el tejido gingival para reintegrarlo al proceso alveolar. (Figura 4). Se le dio al paciente las indicaciones post-quirúrgicas que debía tener, como reposo absoluto, alimentación blanda, no exponerse al sol, y se le da cita después de siete días para retirar los puntos de sutura.

Después de ese lapso de tiempo, el paciente llega a consulta y se pudo observar que existía una correcta cicatrización de los tejidos blandos y de los tejidos circundantes.

Podemos ver que hubo una buena evolución y cicatrización favorable sin complicaciones. (Figura 5). La madre refiere que el accidente fue un gran trauma psicológico para el paciente, lo cual provocó que no se cepillará correctamente los dientes, la zona afectada y los tejidos circundantes, provocando una acumulación de comida en el dorso de la lengua.

Se decidió la colocación de un mantenedor de espacio removible con dientes para devolver la función masticatoria, estética y estimular la erupción de los dientes permanentes (Figura 6 y 7).



Figura 4. Fotografía de la intervención quirúrgica.



Figura 5. Fotografía intraoral donde se observa la correcta evolución, cicatrización y adherencia favorable de los tejidos blandos.



Figura 6. Fotografía intraoral donde se colocó el mantenedor de espacio para la correcta erupción de los dientes permanentes.



Figura 7. Fotografía extraoral al final del tratamiento.

Discusión

Los traumatismos dentarios son una de las lesiones orales más frecuentes en los niños, según estudios epidemiológicos se da en el 50% de los casos. La mayor incidencia de traumatismo sobre la dentición temporal ocurre entre los dos y tres años de edad, cuando la coordinación motora está en desarrollo. Los estudios demográficos apuntan mayor frecuencia en varones que en mujeres.¹

Se considera que la causa más común de traumatismo dental en los niños en edad preescolar era la caída.²

Los traumatismos sufridos sobre la dentición primaria, pueden provocar que los gérmenes dentarios en desarrollo sufran diferentes grados de alteración, como en la formación de los tejidos duros (hipoplasia del esmalte e hipocalcificación), alteraciones del desarrollo radicular (dilaceraciones de corona/raíz) o detención de la erupción.¹

Más de la mitad de las lesiones en dientes primarios provocan alguna alteración en el diente permanente, que puede ir desde un defecto de mineralización, hasta malformación completa del germen.

Existe una relación directa entre la incidencia de dientes anteriores fracturados y la protrusión dental. Por otro lado, también se encuentra una mayor incidencia de traumatismos dentales cuando el sellado labial es insuficiente, como en casos de mordida abierta anterior, lo cual es muy común en pacientes respiradores bucales o cuando tienen algún hábito, siendo los más comunes el uso de chupón y la succión digital, por lo que es conveniente tratar estos problemas de manera oportuna.³

Los incisivos centrales maxilares son los dientes más comúnmente lesionados tanto en denticiones primarias como permanentes. Las fracturas de corona o raíz son más frecuentes en la dentición permanente.

Se han reportado lesiones de tejidos blandos en casi la mitad de pacientes con trauma dental. Las más comunes son: la laceración de los labios y los tejidos blandos. ⁴ En la dentición primaria, el tipo más común de lesión de partes blandas es la contusión (62.5%) y en la dentición permanente, laceración (49%). ⁵

Las lesiones intrusivas representan entre el 4 y el 22% del daño en los dientes primarios. La decoloración coronal, la obliteración del canal pulpar, la necrosis pulpar, la reabsorción interna, la reabsorción patológica de la raíz o la falta de erupción por anquilosis y la erupción espontánea de regreso a su posición original o ectópicamente son las secuelas de un diente primario intruido. ⁶

Una avulsión es el desplazamiento completo del diente fuera de su cavidad. A menudo afecta a los incisivos centrales en ambas denticiones, y en la mayoría de los casos sólo está involucrado un diente. ²

La fractura coronal de uno o más dientes anteriores es común en ciertos tipos de maloclusiones, especialmente la Clase II División 1, y puede considerarse como una razón para el tratamiento temprano. ⁷

Conclusiones

Las lesiones traumáticas en cavidad oral de infantes pueden causar alteraciones de diferente índole, como físicas, funcionales y psicológicas. Por lo que se debe tener un manejo adecuado y oportuno.

El diagnóstico y el tratamiento temprano de estas lesiones van a condicionar en muchos casos el pronóstico a corto, medio y largo plazo; por ello se considera que cada traumatismo dentario, pese a la poca repercusión clínica que parezca tener, debería ser considerado como un tratamiento de urgencia.

Es importante orientar y concientizar a los padres de familia sobre la gran posibilidad de lesiones traumáticas que existen en los niños, que conozcan cual es el manejo adecuado y que es de suma importancia atenderlos de manera oportuna para poder brindar un pronóstico favorable a los dientes afectados.

Bibliografía

1. Célio Percinoto, Maria Ilma de Souza Cortes, Juliana Vilela Bastos, Maximiano Ferreira Tovo. Abordaje del traumatismo dentario. Manual de referencia para Procedimientos Clínicos en Odontopediatría. Sau Paulo Livraria Santos Editora Ltda. 2010. 207-223.
2. E. Ferrés-Amat, C. Díaz-Martínez, S. Herrera-Martínez, I. Maura-Solivellas, and E. Ferrés-Padró, "Unusual Transalveolar and Transmuco-Gingival Root Avulsion of a Fractured Primary Central Incisor: A Case with an 8-Year Follow-Up," Case Reports in Dentistry, vol. 2015, Article ID 914846, 5 pages, 2015. <https://doi.org/10.1155/2015/914846>.
3. Teresa Giral. Lesiones traumáticas en dentición primaria. Perinatol Reprod Hum 2009; 23 (2): 108-115.
4. LOMBARDI, S.M., B. SHELLER & B. WILLIAMS. 1998. Diagnosis and treatment of dental trauma in a children's hospital. Journal of Pediatric Dentistry 20:112-120.
5. Nuket Sandalli Sule Cildir Nurhan Guler. Clinical investigation of traumatic injuries in Yeditepe University, Turkey during the last 3 years. Dental Traumatology 2005; 4: 188-94.
6. Gurunathan D, Murugan M, Somasundaram S. Management and Sequelae of Intruded Anterior Primary Teeth: A Systematic Review. Int J Clin Pediatr Dent 2016;9(3):240-250.
7. Lewis TE. Incidence of fractured anterior teeth as related to their protrusion. Angle Orthod. 1959;29:128-31.

Instrucciones de Publicación para los Autores

La revista ADM Estudiantil, es una publicación que responde a las necesidades informativas del estudiante de odontología, un medio de divulgación abierto a la participación universal con la colaboración de estudiantes de licenciatura y posgrado, bajo la supervisión de sus maestros en cualquiera de las materias de la carrera de odontología.

Todo estudiante de odontología que desee publicar artículos de calidad y aceptabilidad, deberá contar con un maestro como asesor. Se sugiere que toda persona que desee publicar artículos biomédicos de calidad y aceptabilidad, revise las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE).

Se considera como autor a alguien que ha contribuido sustancialmente en la publicación del artículo con las implicaciones académicas, sociales y financieras. Sus créditos deberán basarse en:

1. Revisión del contenido intelectual.
2. Aprobación de la versión como se va a publicar.

Un aspecto importante a tomar en cuenta, es la privacidad y confidencialidad a la que tienen derecho los pacientes y que no puede infringirse. La revista ADM estudiantil solicitará a los autores incluir el informe del consentimiento del paciente.

Solo se admiten artículos originales y así deberá ser declarado por los autores, siendo responsabilidad de los mismos que se cumpla esta norma, y que el trabajo no haya sido enviado a otras revistas. Las opiniones, contenido, resultados y conclusiones de los trabajos son responsabilidad de los autores. La Revista ADM Estudiantil, Editores y Revisores pueden no compartirlos.

Todos los artículos serán propiedad de la Revista ADM Estudiantil y no podrán publicarse posteriormente en otro medio sin la autorización del Editor de la misma. Los autores deberán ceder por escrito los derechos de sus trabajos (Copyright) a la Revista ADM Estudiantil.

GENERALIDADES PARA LA PREPARACIÓN DE ESCRITOS MÉDICOS PARA SU ENVÍO

El editor, tendrá la autoridad para determinar el contenido de la revista. Será auxiliado por el comité editorial y los revisores, quienes decidirán cuáles artículos son aceptados.

INSTRUCCIONES GENERALES

Envío de Trabajos

Deberán enviarse al editor el manuscrito (escrito en Word, en letra Times New Roman, tamaño de letra 12) en hojas numeradas, a doble espacio, con márgenes amplios. Los trabajos se enviarán por correo electrónico a la siguiente dirección:

E-mail:
revista.adm.estudiantil@hotmail.com
armandoleegomez@yahoo.com.mx

Necesidades de cada artículo para la Revista Estudiantil ADM

El artículo deberá venir acompañado de una carta con la solicitud para publicación en la Revista ADM Estudiantil de una autoridad de la Facultad o Escuela de Odontología respectiva.

La revista ADM Estudiantil es una publicación dirigida a los estudiantes de odontología. Incluirá en su publicación trabajos de Revisión bibliográfica, Práctica clínica, Casos Clínico, Educación Continua e Investigación.

1. Trabajos de revisión. Se aceptarán aquellos artículos que supongan una actualización en cualquiera de los temas. Tendrán una extensión máxima de 12 páginas (incluida la bibliografía). Pudiendo tener 5 figuras y 3 tablas.

2. Casos Clínicos. Se presentarán uno o varios casos clínicos que sean de especial interés. No tendrán una extensión mayor de 5 páginas (incluida la bibliografía). Pudiendo tener 8 figuras y 2 tablas.

3. Práctica Clínica. En esta sección se incluyen artículos de temas diversos como Mercadotecnia, Ética, problemas y soluciones de casos clínicos específicos. No tendrán una extensión mayor de 10 páginas (incluida la bibliografía). No deben de tener más de 10 figuras.

4. Educación continua. Se publicarán artículos diversos. La selección de estos casos se hará directamente por la redacción de la revista.

5. Trabajos de investigación. Se recomendarán para su publicación las investigaciones analíticas tales como encuestas transversales, investigaciones epidemiológicas, estudios de casos y controles así como ensayos clínicos controlados. La extensión máxima será de 12 páginas incluida la bibliografía. No deben contener más de 4 fotografías y 4 tablas.

Estructura de los trabajos de la revista

1.- *Primera página.* La primera página debe comenzar con el título del trabajo, que debe ser fácil de leer y conciso y precisar la naturaleza del problema. Debe incluir el nombre completo y los apellidos de los autores, cargos académicos, su afiliación hospitalaria, dirección para la correspondencia, correo electrónico y teléfono.

2.- *Segunda página.* Página de Copyright. Cesión de derechos y declaración de originalidad del trabajo, así como de que este no ha sido enviado a otras publicaciones.

3.- *Páginas de declaración de:* a) conflicto o no de intereses, y b) Declaración de contar con el consentimiento firmado por aquellos pacientes cuya identidad pudiera ser revelada al publicarse el trabajo.

4.- *Páginas Siguietes.* Constarán a su vez de los siguientes apartados según se trate de un Trabajo de revisión o casos clínicos. Tendrán la siguiente estructura:

Trabajos de revisión

Resumen de entre 100 y 200 palabras, Palabras claves, texto del artículo, que deberá de ser posible abordar los siguientes apartados: Concepto, Epidemiología, Etiopatogenia, Cuadro clínico, Exámenes complementarios, Diagnóstico, Pronóstico, Tratamiento y Bibliografía.

Casos Clínicos

Resumen (entre 100 y 200 palabras), Palabras claves, Introducción, Descripción del Caso clínico, Discusión y Bibliografía.

Práctica Clínica

Resumen (entre 100 y 200 palabras), Palabras claves, Introducción, Texto, Discusión, conclusiones y bibliografía.

Trabajos de Investigación

Resumen (entre 150 y 300 palabras), Palabras clave, Antecedentes, Planteamiento del problema, Objetivos, Materiales y Métodos, Resultados, Discusión, Conclusiones y Bibliografía.

Tablas, fotografías y figuras. Deben enviarse en hojas separadas, numeradas y a doble espacio, con explicación al pie de las figuras y cuadros. Las fotografías deberán elaborarse profesionalmente y tener calidad digital, debiéndose enviar en un formato JPG con una resolución mínima de 300 pixeles por pulgada (ppg).

Bibliografía. Las referencias bibliográficas deberán ser tomadas directamente de una investigación original, deberán ir numeradas consecutivamente en el orden en que aparezcan en el texto. En cuanto al estilo y formato se adaptarán al estilo Vancouver.