

# XI

CONGRESO INTERNACIONAL DE  
ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA Y CIENCIAS AFINES:  
11° FORO NACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA



vamasa  
Health Innovation

NuSmile

**Revista Médica de la Universidad Autónoma de Sinaloa**

**Rev Med UAS; Vol. 14: Suplemento Especial**

**ISSN 2007-8013**

DOI: <http://dx.doi.org/10.28960/revmeduas.2007-8013.v14.se.001>

**Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de  
Odontología, Maestría en Odontología Integral del Niño y  
Adolescente en compañía de VAMASA y NuSmile.**

**PRESENTAN**

**Memoria de XI Congreso Internacional de Odontología Pediátrica  
y Ciencias Afines: 11° Foro Nacional de Investigación en  
Odontopediatría, realizado el 19 y 20 de agosto de 2024 en la  
ciudad de Monterrey, N.L.**

**Comité organizador:**

Dra. Seyla Nayjaá Sarmiento Hernández

Dra. Violeta Janeth Langarica Lizárraga

Dra. Maricela Ramírez Álvarez

Dra. Mariana Melisa Avendaño Félix

## Contenido

Tratamiento quirúrgico de un paciente masculino de 11 años con Anquilosis tipo I. Reporte de caso.....	3
Alteración en la secuencia de erupción dentaria en paciente pediátrico. Reporte de un caso.....	4
Diagnóstico y manejo de un quiste dentífero en un paciente pediátrico: caso clínico.....	5
Coronas celuloide con técnica EQUIA en dentición decidua.....	6
Manejo estomatológico en paciente con retraso psicomotor e hipotiroidismo congénito. Reporte de un caso.....	7
Anomalías dentales en paciente pediátrico: Reporte de un caso.....	8
Manejo estomatológico de celulitis facial en paciente con síndrome de Silver Russell.....	9
Rehabilitación estomatológica de un paciente pediátrico con discapacidad visual.....	10
Manejo estomatológico de paciente con Aplasia Medular en protocolo de trasplante de células progenitoras hematopoyéticas.....	11
Manejo mínimamente invasivo en dientes hipomineralizados: reporte de caso clínico.....	12
Absceso palatino en paciente pediátrico como resultado de caries en OD 26 reporte de caso.....	13
Manejo de una discromía por traumatismo en un incisivo central superior temporal en un paciente pediátrico. Reporte de caso.....	14
Frenectomía lingual bajo sedación consciente con óxido nitroso: Reporte de caso clínico.....	15
Frenectomía labial en paciente masculino de 10 años. Reporte de caso.....	16
Manejo de urgencia estomatológica bajo sedación endovenosa en un paciente con síndrome de Kempe.....	17
Seguimiento interdisciplinario a 10 años en paciente pediátrico con Displasia Ectodérmica Hipohidrótica.....	18
Tratamiento integral en odontopediatría: Reporte de un caso.....	20
Disgenesia Gonadal Mixta. Presentación de caso.....	21
Atresia esofágica tipo III (AE). Presentación de caso.....	22
Tumor Neuroectodérmico Primitivo Cervical: presentación de caso.....	23
Palabras clave: cresta neural, mucositis oral, profilaxis antimicrobiana.....	23
Manejo interdisciplinario en un paciente con síndrome de Beckwith Wiedemann.....	24
Presentación de caso clínico.....	24
Niveles de contaminación acústica en la clínica del posgrado de odontopediatría.....	25
Cronología y secuencia de erupción dentaria de los pacientes con hipotiroidismo congénito.....	26
Glosopexia vs distracción mandibular como tratamiento primario en pacientes con Secuencia de Pierre Robin.....	27
Efecto <i>in vitro</i> del extracto metanólico de nuez moscada sobre colonias formadoras de <i>S. mutans</i> .....	28

# Tratamiento quirúrgico de un paciente masculino de 11 años con Anquiloglosia tipo I. Reporte de caso.

Diana Laura Delgado Navarro<sup>1\*</sup>, Sofía Meza Rodríguez<sup>1</sup>, Carlos Alberto Zarazúa González<sup>2</sup>, Carlos Daniel Quiroz Leyva<sup>2</sup>, Carlos Eduardo Medina Solís<sup>2</sup>, Isaac Murisi Pedroza Uribe<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Residente de la especialidad en Odontopediatría, Centro Universitario de los Altos, Universidad de Guadalajara.

<sup>2</sup> Profesor de la especialidad en Odontopediatría, Centro Universitario de los Altos, Universidad de Guadalajara.

\*E-mail: delgadodianaLaura1@gmail.com

**Palabras clave:** Frenillo lingual, anquiloglosia, cirugía.

## Introducción

El frenillo lingual se define como una membrana mucosa que sujeta la lengua en la línea media inferior restringiendo su movimiento. Está compuesto por una capa submucosa de fascia y mucosa oral suprayacente, para su abordaje resulta el corte o escisión de este, siendo el tratamiento quirúrgico de mayor recurrencia por su corrección directa e inmediata (1).

## Objetivo

El objetivo de este caso consistió en proporcionar un manejo integral al paciente realizando la intervención quirúrgica necesaria para mejorar su calidad de vida, función y estética.

## Descripción del caso clínico

Se presenta un reporte de caso de un paciente masculino de 11 años que acude al Centro de atención médico integral (CAMI) del Centro Universitario de los Altos de la Universidad de Guadalajara, refiriendo el propio paciente al motivo de consulta “tengo el frenillo de la lengua corto, como el de mi hermana”. Al examen intraoral, se diagnosticó anquiloglosia tipo I, el paciente se derivó a cirugía maxilofacial, donde se llevó a cabo el procedimiento de la Frenotomía bajo sedación consciente utilizando óxido nitroso, sin complicación alguna. Se informó a los tutores de las indicaciones postoperatorias necesarias que incluían terapia antimicrobiana, analgésica y el posible acompañamiento logopédico para lograr resultados óptimos, así como las citas de control periódicas para evaluar la función, estética y ausencia de alteraciones principalmente. En la cita de seguimiento, una semana después, se apreció buena cicatrización y recuperación del tejido intervenido.

## Conclusiones

La intervención quirúrgica en pacientes con frenillo lingual de inserción aberrante requiere un tratamiento integral y oportuno para mejorar la calidad de vida del paciente, ya que se ven

comprometidos aspectos como la función, estética, fonación, alimentación, autopercepción e higiene, se debe tener en cuenta la importancia de realizar un correcto diagnóstico y plan de tratamiento, para ofrecer el manejo más conservador y predecible.

## Bibliografía

- 1.-Mills N, Geddes DT, Amirapu S, Mirjalili SA. Understanding the lingual frenulum: histological structure, tissue composition, and implications for tongue tie surgery. *Int J Otolaryngol.* 2020;2020:1820978. doi:10.1155/2020/1820978.
- 2.-Mills N, Pransky SM, Geddes DT, Mirjalili SA. What is a tongue tie? Defining the anatomy of the in-situ lingual frenulum. *Clin Anat.* 2019;32(6):749-761. doi:10.1002/ca.23343.
- 3.De la literatura R de un C, R. Anquiloglosia parcial (incompleta). Medigraphic. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2009/od092g.pdf>. Accedido el 8 de agosto de 2024.
- 4.-Barberá-Pérez PM, Sierra-Colomina M, Deyanova-Alyosheva N, Plana-Fernández M, Lalaguna-Mallada P. Prevalence of ankyloglossia in newborns and impact of frenotomy in a Baby-Friendly Hospital. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2021;78(5):418-423. Epub 2021 Oct 4. doi:10.24875/bmhim.20000391.
- 5.-Bordonin A, Escobar-Rojas J, Castillo-Mercado G. La salud bucal del niño y adolescente en el mundo actual. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010.
- 6.-Inostroza-Allende F, Caviedes Ulloa C, González Jara M, Palomares-Aguilera M. Intervención logopédica posoperatoria del frenillo lingual en niños, adolescentes y adultos. Revisión integradora de literatura. *Rev. investig. logop.* [Internet]. 3 de enero de 2022 [citado 9 de agosto de 2024];12(1):e74035. Disponible en: <https://doi.org/10.5209/rlog.74035>.

# Alteración en la secuencia de erupción dentaria en paciente pediátrico. Reporte de un caso

Clarissa Escamilla Huerta<sup>1\*</sup>, MDP Abigaíl Martínez Guerrero<sup>1</sup>, MEP Gisela Nataly Rubín de Célis Quintana<sup>1</sup>, EEP Nila Claudia Gil Orduña<sup>1</sup>, MEP Erika Beatriz Etchevery Doger<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Facultad de Estomatología. Maestría en Estomatología con Terminal en Pediatría.

\*E-mail: clarissaescamillahuerta8@gmail.com

**Palabras claves:** erupción dentaria, niños, restos radiculares.

## Introducción

La erupción dentaria, un proceso fisiológico influenciado por factores congénitos y ambientales, se asocia estrechamente con el desarrollo craneofacial (1, 2). Aunque comúnmente se considera que la erupción ocurre cuando el diente atraviesa la mucosa bucal, en realidad, este proceso abarca toda la vida del diente, incluyendo el desarrollo embriológico, los movimientos de desplazamiento y acomodo en las arcadas (3). Las principales alteraciones incluyen erupción precoz o tardía, restos radiculares persistentes y falta de espacio en la arcada (4, 5).

## Objetivo

Destacar la importancia en el manejo multidisciplinario de un paciente con múltiples restos radiculares persistentes que causan alteraciones en la erupción dentaria.

## Descripción del caso clínico

Paciente masculino de 9 años, sin problemas médicos asociados, quien, al ser valorado en la Clínica de Posgrado de Pediatría de la FEBUAP, presenta clínicamente múltiples lesiones de caries y de restos radiculares persistentes tanto en órganos dentales temporales como en permanentes. Radiográficamente se observa retención de los órganos dentales 11, 12 y 22, asociada a la presencia de múltiples restos radiculares persistentes. Se decide realizar una tomografía como estudio complementario para su análisis y para la planeación del tratamiento.

## Conclusión

Un diagnóstico temprano, así como el tratamiento oportuno con un enfoque multidisciplinario es crucial para permitir la correcta secuencia de erupción en pacientes pediátricos, así como para no afectar su calidad de vida. El odontólogo pediatra, debe conocer las diferentes opciones de tratamientos para prevenir y limitar este tipo de alteraciones.

## Bibliografía

- 1.- Marín García F, García Cañas P, Núñez Rodríguez MC. La erupción dental normal y patológica. *Form Act Pediatr Aten Prim.* 2012;5(4): 188-195.
- 2.- Morgado Serafín D, García Herrera A. Factores de riesgo de alteraciones cronológicas de la erupción dentaria en la población del municipio Baraguá. *Mediciego.* 2013;19(1).
- 3.- Valenzuela Ramos MR. Cronología de la erupción dentaria permanente en niños. Ucayali, Comunidad Indígena de Perú. Universidad de Sevilla. 2015.
- 4.- Urzúa B, Ortega-Pinto A, Adorno-Farías D. Genetic etiology of development alterations affecting the number, size, form, structure and eruption of the teeth. *Journal Of Oral Medicine And Dental Research.* 2020;1(2):1-14.
- 5.- Roulías P, Kalantzis N, Doukaki D, Pachiou A, Karamesinis K, Damanakis G, et al. Teeth eruption disorders: A critical review. *Children (Basel).* 2022;9(6):771.

# Diagnóstico y manejo de un quiste dentífero en un paciente pediátrico: caso clínico

Elsa Daniela Angeles Ungson<sup>1\*</sup>, Mónica Sánchez Ortiz<sup>1</sup>, Alberto Hachity Ortega<sup>1</sup>, Adriana Martínez Hernández<sup>1</sup>, Juan Peña Lares<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Maestría en Estomatología con Terminal en Pediatría.

\*E-mail: elsa.angeles@alumno.buap.mx

**Palabras clave:** quiste dentífero, paciente pediátrico, diente no erupcionado.

## Introducción

El quiste dentífero es la segunda forma más común de quistes odontogénicos benignos del desarrollo. Estos se forman a partir de la acumulación de líquido entre el epitelio reducido del esmalte y la corona de un diente no erupcionado. [1,2] Los quistes dentíferos son raros en la infancia, con una prevalencia del 4 al 9% de los casos. [3,4].

## Objetivo

Realizar el diagnóstico precoz y manejo de un quiste dentífero de un paciente pediátrico, así mismo su seguimiento al mes, 12 y 18 meses.

## Descripción del caso clínico

Femenino de 8 años acude acompañada por su madre a la Clínica del Posgrado de Pediatría de la FEBUAP, con dolor espontáneo del lado inferior izquierdo. En la exploración intraoral presentaba ligera inflamación de los tejidos blandos, eritematosa, dolor a la palpación y sin drenaje a la compresión de la zona referida. El OD 75 presentaba movilidad, dolor a la percusión y al sondaje se presentó una pseudobolsa de 6 mm por vestibular.

En los estudios radiográficos y de tomografía se observa una lesión radiolúcida unilocular bien delimitada asociada a la corona del germen dentario 35 que genera su desplazamiento. Se estableció diagnóstico presuntivo de quiste dentífero. (Fig.4,5)

Se maneja interdisciplinariamente con el cirujano maxilofacial, en quirófano bajo anestesia general, se establece el plan de tratamiento de enucleación, curetaje del quiste y extracción del diente 35 asociado. (Fig.6) El estudio histopatológico emitió un diagnóstico definitivo de quiste dentífero crónicamente inflamado. Se realizó control al mes, 3, 6, 12 y 18 meses.

## Conclusión

Es importante contemplar en la formación académica de un estudiante la posibilidad de que los quistes dentíferos también se presentan en niños pequeños. La detección temprana es crucial mediante la evaluación rutinaria clínica con estudios radiográficos para evitar complicaciones y un manejo más invasivo.

## Bibliografía

- 1.- Neville BW DDACCA. Oral and maxillofacial pathology. In: Neville BW DDACCAC, editor. Oral and maxillofacial pathology. 4th ed., St. Louis, MO: Elsevier; 2016, p. 325–35.
- 2.- Speight P FFNBW. Odontogenic and maxillofacial bone tumors. In: WHO Classification of Tumors Editorial Board. Head and neck tumours [Internet]. Lyon (France): International Agency for Research on Cancer; 2023 (WHO classification of tumours series, 5th ed.; vol.9). <https://tumourclassification.iarc.who.int/chapters/52>.
- 3.- Makkar V, Kamboj M, Narwal A. Convolutions of dentigerous cyst: An institutional experience. *J Exp Ther Oncol* 2019;13:65–70.
- 4.- Tuwirqi A, Khzam N. What Do We Know About Dentigerous Cysts in Children, A Review of Literature. *J Res Med Dent Sci* 2017;5:67. <https://doi.org/10.5455/jrmds.20175211>.
- 5.-Rajendra Santosh AB. Odontogenic Cysts. *Dent Clin North Am* 2020;64:105–19. <https://doi.org/10.1016/j.cden.2019.08.002>.
- 6.- Lin H, Wang Y, Chen H, Cheng S, Sun A, Chiang C. A clinicopathological study of 338 dentigerous cysts. *Journal of Oral Pathology & Medicine* 2013;42:462–7. <https://doi.org/10.1111/jop.12042>.
- 7.- Demiriz L, Misir AF, Gorur DI. Dentigerous cyst in a young child. *Eur J Dent* 2015;09:599–602. <https://doi.org/10.4103/1305-7456.172619>.
- 8.- Ghandour L, Bahmad HF, Bou-Assi S. Conservative Treatment of Dentigerous Cyst by Marsupialization in a Young Female Patient: A Case Report and Review of the Literature. *Case Rep Dent* 2018;2018:1–6. <https://doi.org/10.1155/2018/7621363>.

## Coronas celuloide con técnica EQUIA en dentición decidua

Adriana Koratzy Ochoa-García<sup>a\*</sup>, Michelle Angulo-Montoya<sup>b</sup>, Emmanuel Jacobo-Quintero<sup>c</sup>, Violeta Langarica-Lizárraga<sup>c</sup>, Seyla Nayjaa Sarmiento-Hernández<sup>c</sup>.

<sup>a</sup>Alumna primer año Maestría en Odontología Integral del Niño y Adolescente. Facultad de Odontología. Culiacán, Sinaloa. México.

<sup>b</sup>Alumna segundo año Maestría en Odontología Integral del Niño y Adolescente. Facultad de Odontología. Culiacán, Sinaloa. México.

<sup>c</sup>Profesor Maestría en Odontología Integral del Niño y Adolescente. Facultad de Odontología. Culiacán, Sinaloa. México.

\*E-mail autor: koratzy\_24@hotmail.com

**Palabras clave:** CIT, coronas celuloide, técnica EQUIA.

### Introducción

La caries en la infancia temprana (CIT) es un problema de salud mundial que afecta a millones de niños en edad preescolar. Se define como la presencia de una o más lesiones cavitadas o no cavitadas, dientes faltantes u obturados debido a caries en cualquier diente primario desde que erupciona hasta los 71 meses de edad (1)

### Objetivo

Devolver al paciente función, fonación y estética con coronas de celuloide.

### Descripción del caso clínico

Paciente femenino de 2 años de edad. Acude a consulta refiriendo dolor, presenta lesiones cariosas en zona antero-superior con diferentes grados de severidad siendo así un paciente de alto riesgo de caries de acuerdo a la evaluación del instrumento CAMBRA. Presento pulpitis irreversible en los OD 51 y 52 en los cuales se realizaron pulpotomías. En los OD 61 y 62 se realizó la técnica TRA. Posteriormente, medimos las coronas celuloide 3M, y realizamos el recorte con tijeras 311, se colocó ácido poliacrílico GC con un microbrush por 10 segundos en cada diente, se lavó con abundante agua y secamos con torunda de algodón; se agitó la cápsula de ionómero de vidrio, y se colocó de acuerdo a las instrucciones del fabricante, se aplicó EQUIA FORTE coat GC y se fotopolimerizó por 20 segundos con la lámpara bluephase de ivoclar. Realizamos recorte y pulido con fresa de diamante punta de lápiz después de haber pasado 24 hrs.

### Conclusión

La rehabilitación con coronas celuloide son una opción de restauración eficaz por los beneficios que brinda, nos ayuda a devolver la función de la alimentación y la masticación. Además, uno de los principales beneficios de utilizar ionómero de vidrio es la liberación constante de flúor, aparte que nos brinda una alta estética. Es una alternativa excelente para pacientes con alto riesgo de caries.

### Bibliografía

- 1.- Aquino Sánchez BI, Ríos Vera OL, Arrunátegui Huamán BP. Importancia de dientes deciduos en la erupción de dientes permanentes: percepción de los padres de familia en un centro poblado de lambayeque. SVS [internet]. 16 de junio de 2022;9(1):94-106.
- 2.- Duangthip D, Chen K, Gao S, et al. Managing early childhood caries with atraumatic restorative treatment and topical silver and fluoride agents. Journal of environmental resarch and public health [Internet]. 2017; 14 (10):1204.
- 3.- Fernández Constanza E. Una de las enfermedades más prevalentes en el mundo no es transmisible y puede controlarse. Rdo. Clínico. Periodoncia Implantol. rehabilitado Orales [Internet]. Agosto de 2016; 9(2): 175-176.
- 4.- Seow WK. Early childhood caries. Pediatric Clinics of North America [Internet]. 2018; Volume 65: Pages 941-954.
- 5.- Valencia J, Almanza A, Félix V. Equia Forte. Innovación del futuro en obturación de cavidades. Rodyb [Internet]. Enero de 2017; 6 (1): 1-11.

# Manejo estomatológico en paciente con retraso psicomotor e hipotiroidismo congénito. Reporte de un caso

Laura del Carmen Almeida Jauregui<sup>a\*</sup>, Noé Gerardo Hernández Trejo<sup>b</sup>.

<sup>a</sup>Residente de primer año de la especialidad en estomatología pediátrica del Hospital para el niño poblano.

<sup>b</sup>Profesor titular de la especialidad en estomatología pediátrica del Hospital para el niño poblano.

\*E-mail: lau.jauregui96@hotmail.com

**Palabras clave:** Retraso psicomotor, hipotiroidismo, caries.

## Introducción

El desarrollo psicomotor es un proceso continuo y gradual que se inicia desde la concepción y finaliza en la madurez, a partir de cual se desarrollan las destrezas práxicas y motoras. Por lo que el retraso del desarrollo psicomotor es la adquisición lenta o anormal de los primeros hitos del desarrollo afectando cualitativa y cuantitativamente las áreas del desarrollo. Este retraso puede estar asociadas a causas prenatales, perinatales y postnatales, donde las manifestaciones estomatológicas más frecuentes es el riesgo a alto índice de caries y la presencia de enfermedad periodontal debido a la dificultad para realizar una buena técnica de higiene oral. El hipotiroidismo congénito generalmente, producido por una alteración en la embriogénesis de la glándula tiroidea o por una alteración en la síntesis de las hormonas tiroideas.

## Objetivo

Presentar el manejo de paciente con retraso psicomotor e hipotiroidismo congénito bajo anestesia general balanceada en el servicio de estomatología pediátrica.

## Caso clínico

Se describe el caso de una paciente femenina de 3 años de edad con diagnóstico de base retraso psicomotor e hipotiroidismo congénito. Paciente Frankl I, presenta múltiples lesiones cariosas ICDAS 3, 4, 5, 6, múltiples restos radiculares y pérdida de dimensión vertical a expensas de pérdida de estructuras dentarias.

## Tratamiento

Por diagnóstico de base y extensión del tratamiento se realiza rehabilitación bajo anestesia general.

## Resultado

Se concluye procedimiento sin eventualidades con una evolución favorable y protocolo de control con aplicación tópica de flúor 22 600 ppm cada 3 meses.

## Conclusiones

La promoción, prevención y recuperación de la salud oral de los pacientes con necesidades especiales, es imprescindible conocer y entender en profundidad la condición de los pacientes para así dar un óptimo manejo estomatológico y capacitación a tutores quienes puedan realizar las acciones preventivas facilitando estrategias y supervisando su implementación para mantener la calidad de la vida.

## Bibliografía

- 1.- Fernandez y cols. Detección y manejo del retraso psicomotor en la infancia. *Pediatr Integral*. 2015. 19 (8); 532- 539.
- 2.- Vericat. El desarrollo psicomotor y sus alteraciones: entre lo normal y lo patológico. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013. 18(10): 2977-2984.
- 3.- Ruiz. El retraso psicomotor en la consulta del pediatra. *Bol pediatra*. 2017. 57(1): 65-68.
- 4.- Bojórquez. Abordaje estomatológico en paciente pediátrico con microfelia y retraso del desarrollo psicomotor. *Rev. Odonto Latinoamericana*. 2015. 7(2): 71-74.
- 5.- Castellanos J. y Cols. *Medicina en Odontología, manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas*. 3ra Edición. México: El Manual Moderno; 2015.

# Anomalías dentales en paciente pediátrico: Reporte de un caso

Itzel Juan Velazquez<sup>1\*</sup>, Alejandra Peral García<sup>1</sup>, Abigail Martínez Guerrero<sup>1</sup>, Erika Beatriz Etcheverry Doger<sup>1</sup>, Gisela Nataly Rubin De Celis Quintana<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Maestría en Estomatología con terminal en Pediatría, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

\*E-mail: itzelvelazquez@outlook.com

**Palabras clave:** Retraso psicomotor, hipotiroidismo, caries.

## Introducción

Las anomalías dentales son condiciones que afectan la estética y funcionalidad de ambos maxilares, causadas por factores genéticos y alteraciones durante el desarrollo dental (1). Estas anomalías pueden afectar el número, tamaño, forma y posición de los dientes, tanto en la dentición temporal como en la permanente (2). Las anomalías dentales del desarrollo relacionadas con la forma son una parte integral de las variaciones morfológicas dentales. Son causadas por alteraciones que ocurren durante la etapa de morfodiferenciación del desarrollo dentario. Las anomalías que afectan la morfología de los dientes comprenden el talón cuspidé, el dens invaginatus, el dens evaginatus, la geminación, la fusión, las dilaceraciones radiculares, el taurodontismo, la concrecencia y las raíces supernumerarias. La anomalía dental relacionada con la forma que se observa con mayor frecuencia es la fusión dental (3,4). Las complicaciones asociadas dan como resultado maloclusiones, mayor susceptibilidad a la caries, así como la erupción compleja de los órganos dentarios sucedáneos (5).

## Objetivo

Describir un caso clínico de múltiples anomalías dentarias en un paciente pediátrico.

## Caso clínico

Paciente masculino de 8 años de edad, sin problemas médicos asociados acude a consulta la Clínica de Posgrado en Estomatología Pediátrica de la FEBUAP. Durante la exploración intraoral se observan anomalías dentales de tamaño y forma. Presenta dens invaginatus en los órganos dentarios: 11,12 ,21 y 22, microdoncia en el OD.22, fusión de los OD. 41 y 42, además de talón cuspidé en los órganos dentarios fusionados. Para confirmar el diagnóstico de estas anomalías dentales se toman radiografías periapicales.

## Conclusión

Identificar y diagnosticar la presencia de anomalías dentales es indispensable para disminuir el riesgo de caries, intervenir de manera temprana permitirá ofrecer distintas alternativas terapéuticas que minimizarán los efectos negativos en la salud oral infantil.

## Bibliografía

- 1.- Sella Tunis, T.; Sarne, O.; Hershkovitz, I.; Finkelstein, T.; Pavlidi, A.M.; Shapira, Y.; Davidovitch, M.; Shpack, N. Dental Anomalies' Characteristics. *Diagnostics* 2021, 11, 1161
- 2.- Ibarra M, Moyaho M, Carrasco R, Vázquez de Lara L, Lezama G, Leyva J. Anomalías de forma y número en dentición temporal en una población Mexicana. 9 de febrero de 2020;14(2):94-108.
- 3.- Fernandez CCA, Pereira CVCA, Luiz RR, Vieira AR, De Castro Costa M. Dental anomalies in different growth and skeletal malocclusion patterns. *Angle Orthod.* 2018;88(2):195–201.
- 4.- Goswami M, Bhardwaj S, Grewal N. Prevalence of Shape-related Developmental Dental Anomalies in India: A Retrospective Study. *Int J Clin Pediatr Dent* 2020;13(4):407–411.
- 5.- McKinney R, Olmo H. Developmental Disturbances of the Teeth, Anomalies of Shape and Size. 2023 Jul 17.

# Manejo estomatológico de celulitis facial en paciente con síndrome de Silver Russell

Pineda Noceda-Dante Alejandro<sup>1\*</sup>, Mendoza García-Raúl<sup>2</sup>, Llarena Del Rosario-María Elena<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Residente de Estomatología Pediátrica, Instituto Nacional de Pediatría, CDMX, México.

<sup>2</sup>Cirujano Maxilofacial adscrito al servicio de Estomatología, Instituto Nacional de Pediatría, CDMX, México.

<sup>3</sup>Jefe de servicio de servicio de Estomatología, Instituto Nacional de Pediatría, CDMX, México.

\*E-mail: dante.pinedanoceda@gmail.com

**Palabras clave:** Silver-Russell, celulitis facial, sistémicamente comprometido.

## Introducción

El síndrome de Silver-Russell se caracteriza por una restricción del crecimiento gestacional que da como resultado que los individuos nazcan con talla baja, macrocefalia relativa al nacer, protuberancia frontal, asimetría corporal, facies triangulares, micrognatia con mentón estrecho, comisuras labiales deprimidas, apiñamiento dental, dificultades en la alimentación, retraso en el neurodesarrollo, retraso en el habla, masa muscular reducida, retraso en el cierre de la fontanela anterior y cardiopatías congénitas.

La celulitis facial de origen odontogénico es una enfermedad de las estructuras dentales y periodontales, cuyo factor etiológico es caries dental. Las infecciones odontogénicas son frecuentes en pacientes pediátricos, especialmente en menores de 6 años.

## Objetivo

Describir las consideraciones para el manejo estomatológico de urgencia en pacientes pediátricos con síndrome de Silver Russell.

## Descripción del caso clínico

Paciente femenino de 3 años 8 meses con diagnóstico de Silver Russell la cuál presenta múltiples lesiones cariosas, inicia con sintomatología dolorosa y edema facial en región geniana de lado derecho con evolución desfavorable de 3 días aproximadamente por lo que acude al servicio de urgencias del INP para su valoración y manejo. Debido a nula cooperación y limitación en apertura bucal por diagnóstico de base, bajo estabilización protectora se realiza apertura bucal mediante abre bocas molt pediátrico, posterior canalización de órgano dental 54, se realiza permeabilización de conductos con lima tipo K del número 20, se irriga con solución fisiológica, se entrega a madre de menor receta con farmacoterapia. En cita subsecuente se observa adecuada evolución por lo que se concluye con extracción dental.

## Conclusiones

En el caso de esta paciente fue indispensable el manejo en conjunto con el servicio de cardiología pediátrica del instituto, tomando en cuenta que el tratamiento de pacientes

sistémicamente comprometidos siempre debe de ser integral y multidisciplinario, individualizando la atención y buscando siempre el bienestar en todos los pacientes.

## Bibliografía

- 1.- Crescente CG, de Facchin MS, Acevedo Rodríguez AM. Medical-dental considerations in the care of children with facial cellulitis of odontogenic origin. A disease of interest for pediatricians and pediatric dentists. Arch Argent Pediatr [Internet]. 2018;116(4).
- 2.-aal HM, Harbison MD, Netchine I. Synonym: Russell-Silver Syndrome [Internet]. Nih.gov. [citado el 30 de julio de 2024].
- 3.-Ślotwińska-Pawlaczyk A, Orzechowska-Wylęgała B, Latusek K, Roszkowska AM. Analysis of the clinical status and treatment of facial cellulitis of odontogenic origin in pediatric patients. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2023;20(6):4874.
- 4.-Abu-Amero S, Monk D, Frost J, Preece M, Stanier P, Moore GE. The genetic aetiology of Silver-Russell syndrome. J Med Genet [Internet]. 2007;45(4):193–9.
- 5.-Binder G, Seidel A-K, Martin DD, Roland Schweizer, Schwarze CP, Wollmann HA, et al. The endocrine phenotype in Silver-Russell syndrome is defined by the underlying epigenetic alteration. J Clin Endocrinol Metab [Internet]. 2008;93(4):1402–7.

# Rehabilitación estomatológica de un paciente pediátrico con discapacidad visual

Irene Graciela Navarro Pimentel<sup>1</sup>, Abigail Martínez Guerrero<sup>1</sup>, Alejandra García Peral<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Facultad de Estomatología, Maestría en Estomatología con Terminal en Pediatría, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

\*E-mail: irenegnavarrop@gmail.com

**Palabras clave:** Rehabilitación, paciente pediátrico, discapacidad visual.

## Introducción

El leucoma corneal es una condición que desarrolla una opacidad en la córnea (1), puede comprometer la agudeza visual como la estructura y función. Posibles causas: heridas cicatrizadas, quemaduras, úlceras, infecciones corneales o traumatismos, que pueden dificultar o incluso impedir la visión. (2)

Una de sus posibles secuelas es la queratitis numular, una condición benigna que se desarrolla de manera progresiva, generalmente afecta un ojo y con posibilidad de recurrencia. Se caracteriza por la aparición de opacidades en forma de disco con infiltrados subepiteliales en la córnea. Sus síntomas: sensibilidad a la luz, sensación de tener un objeto extraño en el ojo, disminución gradual y notable de la agudeza visual. Esta condición se ha asociado principalmente con infecciones virales como adenovirus y herpes zóster. (3)

## Objetivo

Facilitar la estancia del paciente en la clínica, recibéndole con actitud positiva y transmitirle confianza, por medio de un ambiente de inclusión y proporcionar alternativas para hacerle partícipe y cooperador ante su tratamiento.

## Caso clínico

Paciente femenina de 7 años que acude a la clínica del posgrado de Pediatría de la FEBUAP, para continuar tratamiento dental. En la evaluación, presenta diagnóstico de leucoma corneal en ambos ojos, secuela a queratitis numular debido a virus de herpes simple a los 4 años. Actualmente está para valorar trasplante de corneal en Hospital General de México e inicia enseñanza de sistema Braille.

## Conclusión

La mayoría de las habilidades y conocimientos que adquirimos y actividades que realizamos, están relacionados con la vista. (4) Ante su alteración, habrá limitaciones en la atención odontológica a nivel pediátrico, ya que tienen mayor tendencia al temor, desconfianza y son más impredecibles. Por lo cual, los aspectos psicológicos y educativos son muy importantes a tomar en consideración para un manejo adecuado de conducta que

garantice un éxito en los tratamientos dentales al ser los convencionales. (5)

## Bibliografía

- 1.- World Health Organization. World report on vision. 2019. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516570>
- 2.- Arenas E, Miethb A, Muñoz D. Inyección intraestromal combinada con ganciclovir y betametasona de depósito para el manejo de la queratitis numular: serie de casos. Arch Soc Esp Oftalmol. 2019;94(7):347–351.
- 3.- Moreno Cano F, Aliseda Redondo Y, Bella Gala R. Leucoma corneal lineal paracentral inferior por traumatismo corneal. Caso Clínico. Gaceta de optometría y óptica oftálmica. 2021; ISSN 2173-9366, N° 569.
- 4.- Organización mundial de la Salud. Ceguera y discapacidad visual [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>
- 5.- Rodríguez-Batllori L, Pérez P, Pérez -Grueso P, Rey E, Reyes E, Rodrigo N, Rodrigo L, Salgado OA, Feijóo García G, Planells P. Manejo odontopediátrico del paciente con discapacidad visual. ODONTOL PEDIÁTR (Madrid). 2013; 21(2): 122-130.

# Manejo estomatológico de paciente con Aplasia Medular en protocolo de trasplante de células progenitoras hematopoyéticas

Diana Vanesa Díaz Velázquez<sup>1</sup>, Ángeles Salazar Cruz<sup>2</sup>, Noé Gerardo Hernández Trejo<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Residente de segundo año de la especialidad en estomatología pediátrica del Hospital para el niño Poblano, Puebla, Mexico.

<sup>2</sup>Estomatólogo pediatra y adscrita del servicio de estomatología del Hospital para el Niño Poblano, Puebla, Mexico

<sup>3</sup>Estomatólogo pediatra, adscrito y profesor titular de la especialidad en estomatología pediátrica del Hospital para el Niño Poblano, Puebla, México.

\*E-mail: Diaanvadi@yahoo.com.mx

**Palabras clave:** Trasplante, Odontopediatria, Manejo estomatológico.

## Introducción

La aplasia medular es una patología que se caracteriza por una disminución o ausencia de precursores hematopoyéticos en la médula ósea, se expresa con distintos grados de citopenias.<sup>1</sup> Como opción de tratamiento está el TCPH, con el objetivo de reestablecer la función medular.<sup>2</sup>

El manejo estomatológico de un paciente en TCPH es fundamental, la prioridad es eliminar focos infecciosos, disminuyendo las posibles complicaciones después del mismo.<sup>3</sup>

## Objetivo

Describir el manejo estomatológico de un paciente pediátrico con diagnóstico de aplasia medular previo al TCPH.

## Descripción del caso clínico

Femenino de 5 años con aplasia medular severa en protocolo TCPH y caries de la infancia temprana OD 55, 54, 53, 52, 51, 61, 63, 64, 65, 75, 74, 73, 84, 85 códigos ICDAS 2 al 6, gingivitis y gingivorragias generalizadas. Se decide rehabilitación bajo anestesia general por extensión de tratamiento y valores citohematológicos (NT 0, PLT 33 mil y HB 11.9).

Servicio de Hematología ingresó a la paciente al hospital 3 días previos de la rehabilitación, realizaron transfusiones con concentrados eritrocitarios y plasma fresco. El día de la rehabilitación, los valores: NT 0, PLT 171 mil y HB 14.6. Previa profilaxis antibiótica. Se llevan a cabo restauraciones de adhesión directa, pulpotomías y coronas acero/cromo.

Posterior a la rehabilitación oral, hospitalizada durante 9 días para valorar evolución y descartar complicaciones. Se instruye en medidas higiénicas. Seguimiento a 2 y 4 meses.

## Conclusiones

La participación de EP dentro del equipo multidisciplinario en el TCPH es de relevancia durante el proceso de preparación del paciente para su trasplante, trabajando en conjunto con hematología, como en este caso, el médico tratante estabilizó a la paciente para su rehabilitación oral y así lograr que continúe dentro del protocolo, ya que en las condiciones bucodentales en las que se encontraba no era candidata para recibir el TCPH.

## Bibliografía

- 1.-León P, et al Aplasia medular adquirida, experiencia en un hospital público de referencia. Rev Med Chile. 2018; 146: 175-182
- 2.-Cedeño M, Godoy A, Rojas R, Hernández M. Trasplante de células madre hematopoyéticas: tratamiento de neoplasias malignas. Recimundo. 2020; 4 (1): 4-12
- 3.-Castellanos J, Díaz L, Lee E. Medicina en Odontología, manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas. 3ra Edición. México: El Manual Moderno; 2015.
- 4.-Solano C, et al. Guía para el diagnóstico y tratamiento de las insuficiencias medulares. Madrid: Secretaria Científica de GETH; 2024 [consultado 16 Jul 2024]. Disponible en: [https://www.geth.es/media/attachments/2024/06/04/gua\\_aplasia\\_medular\\_vok-sin-marcas.pdf](https://www.geth.es/media/attachments/2024/06/04/gua_aplasia_medular_vok-sin-marcas.pdf)
- 5.-Grupo Argentino de Trasplante de Médula Ósea y Terapia Celular. Trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (TCPH). Rev Hematol. 2020; 24: 1-4.

# Manejo mínimamente invasivo en dientes hipomineralizados: reporte de caso clínico

Alondra Lizeth Vázquez Espinoza<sup>1</sup>, José Alberto Hachity Ortega<sup>1</sup>, Mónica Sánchez Ortega, Víctor Hernández Vidal<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

\*E-mail: alondraesp2905@gmail.com

**Palabras clave:** Dientes hipomineralizados, técnicas mínimamente invasivas, resolución estética.

## Introducción

En los últimos años nos ha sorprendido el aumento en la incidencia de alteraciones estructurales del esmalte<sup>1</sup>, que afectan principalmente primeros molares<sup>4</sup>, e incisivos permanentes<sup>1,5</sup>. Se trata de lesiones de diferente magnitud<sup>3</sup>, que provocan la consulta de urgencia, por aumento en la sensibilidad<sup>1,2</sup> a los cambios térmicos e invalidando la función.

## Objetivo

Mostrar la secuencia de una técnica de procedimientos de mínima invasión para la resolución estética de dientes hipomineralizados en el sector anterior.

## Caso clínico

Femenina de 12 años de edad acudió a la clínica del posgrado de Estomatología Pediátrica de la FEBUAP. Como motivo de la consulta expresó la incomodidad de su sonrisa, limitación de la función y sensibilidad al comer. A la exploración clínica se observaron manchas blancas y marrones que fueron diagnosticadas como HMI e hipoplasias del esmalte. Se realizó microabrasión de la superficie del esmalte con la aplicación del ANTIVET® Kit. Posteriormente, la infiltración de resina de baja viscosidad con el sistema ICON-DMG® y finalmente se restauraron con resina compuesta. El pronóstico del tratamiento fue favorable al devolver función y estética. Mejoró la calidad de vida y su desarrollo social y emocional de la paciente. Se establecieron citas de control clínicas y radiográficas cada 3 meses para la evaluación de las restauraciones, control de biofilm y estado periodontal.

## Conclusiones

Los procedimientos de mínima invasión, en dientes que presentan defectos del esmalte contribuyen a una mayor longevidad de estos<sup>2</sup> y evitan que recaigan en un ciclo restaurativo repetitivo. La profundidad de la mancha, el diagnóstico y la elección de tratamiento<sup>3,4</sup>, determinan el éxito clínico.

## Bibliografía

- 1.- Ghanim A, Silva MJ, Elfrink MEC, Lygidakis NA, Mariño RJ, Weerheijm KL, et al. Molar incisor hypomineralisation (MIH) training manual for clinical field surveys and practice. *Eur Arch Paediatr Dent* [Internet]. 2017;18(4):225–42. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s40368-017-0293-9>.
- 2.- Brescia AV, Montesani L, Fusaroli D, Docimo R, Di Gennaro G. Management of enamel defects with resin infiltration techniques: Two years follow up retrospective study. *Children (Basel)* [Internet]. 2022;9(9):1365. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/children9091365>.
- 3.- Oliveira A, Felinto LT, Francisoni-Dos-Rios LF, Moi GP, Nahsan FPS. Dental bleaching, microabrasion, and resin infiltration: Case report of minimally invasive treatment of enamel hypoplasia. *Int J Prosthodont* [Internet]. 2020;33(1):105–10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11607/ijp.6232>.
- 4.- Theocharidou A, Arapostathis K. Adhesion to enamel of teeth affected by molar incisor hypomineralization: Literature review. *Balkan J Dent Med* [Internet]. 2018;22(3):57–63. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2478/bjdm-2018-0011>.
- 5.- Allam E, Ghoneima A, Kula K. Definition and scoring system of molar incisor hypomineralization: A review. *Dent Oral Craniofac Res* [Internet]. 2017;3(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15761/docr.1000197>.

# Absceso palatino en paciente pediátrico como resultado de caries en OD 26 reporte de caso

Elizabeth Guadalupe Hernández Rojas<sup>1\*</sup>, Abigail Martínez Guerrero<sup>1</sup>, Mario Alberto Lagunes López<sup>1</sup>, Jennifer Anton Sarabia<sup>1</sup>, Gisela Nataly Rubín de Celis Quintana<sup>1</sup>, Airam Selene Domínguez Quiroz<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

\*E-mail: lizhernandezrojas24@gmail.com

**Palabras clave:** Infección odontogénica, órgano dentario 26, paciente pediátrico.

## Introducción

Los abscesos en paladar duro se relacionan con incisivos laterales superiores o raíces palatinas de dientes posteriores, en primeros molares y premolares superiores. La infección comienza en el ápice del diente y erosiona por hueso palatino, acumulándose en mucoperiostio. La lesión es fluctuante, dolorosa y se localiza paramedialmente (1). Clínicamente se observa un aumento de volumen con zona purulenta (2). La inflamación del paladar puede surgir por múltiples razones como neoplasias, lesiones periapicales y abscesos periodontales (3). Se debe describir clínicamente el patrón de crecimiento, textura de la superficie, base y consistencia de la lesión (4). Las pruebas radiológicas contribuyen a un diagnóstico definitivo (5). En pacientes pediátricos, los abscesos dentales son comunes siendo las presentaciones palatinas más raras.

## Objetivo

Describir un caso de infección odontogénica proveniente del órgano dentario 26, diseminado atípicamente hacia paladar en paciente pediátrico.

## Descripción del caso clínico

Paciente masculino de 12 años de edad, valorado en el Posgrado de Pediatría de la FEBUAP, se observa ICDAS 6 en OD 26, presentó dolor y absceso palatino hace 8 meses el cual desapareció al tomar antibiótico y ser drenado, no volvió a tratar lesión cariosa y el absceso reincidió 2 semanas antes de presentarse a consulta, el paciente refiere haber “aplastado el bulto” y verlo desaparecer. Los estudios de imagenología (periapical y tomografía) muestran una reabsorción ósea en zona periapical. Se refirió a patología donde pidieron una radiografía oclusal ya para analizar mejor el caso ya que actualmente no presenta el absceso. Se introduce una gutapercha para ver la trayectoria de la lesión, esta atraviesa la furca y se decide realizar la extracción.

## Conclusión

El tratamiento oportuno de la caries dental puede evitar complicaciones como la aparición de un absceso palatino. El odontopediatra, debe dominar las opciones de tratamiento y tener distintos auxiliares de diagnóstico para determinar el tratamiento definitivo para resolver la patología.

## Bibliografía

- 1.- Jauch E, Valdez J. Hard palate abscess. *The Atlas of Emergency Medicine, 5e*. McGraw-Hill. 2021.
- 2.- Farias H, Coelho C, Costa C, et al. Absceso dentoalveolar crónico en paciente pediátrico con drenaje raro. *Rev Cubana Estomatol.* 2019;56(4):1-13.
- 3.- Namita K, Rishi T, Vargas N, Amit K, Tavisha G, Khadeeja K. An Unusual Case of Palatal Abscess in A Pediatric Patient: A Case Report. *J Dent Pathol Med* 2022, 6:3.
- 4.- Sanders J, Houck R. Dental Abscess. *StatPearls*. Treasure Island. 2023
- 5.- Patel N, Razzak A, Castling B. A large palatal swelling – not just a dental abscess. *J Dent Maxillofacial Res.* 2020;3(4).

# Manejo de una discromía por traumatismo en un incisivo central superior temporal en un paciente pediátrico. Reporte de caso

Elvia Alejandra Campos Gallardo<sup>1</sup>, Natalia Guadalupe Salazar Ladrón De Guevara<sup>1</sup>, Katia Vianey Gutiérrez Barragán<sup>2</sup>, María Fernandez Yáñez Acosta<sup>2</sup>, Sandra Berenice Vázquez Rodríguez<sup>2</sup>, Julieta Saraí Becerra Ruíz<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Residente especialidad en Odontopediatría, Centro Universitario de los Altos, Universidad de Guadalajara.

<sup>2</sup>Profesor especialidad en Odontopediatría, Centro Universitario de los Altos, Universidad de Guadalajara.

\*E-mail: alecampos2322@gmail.com

**Palabras clave:** Discromía, traumatismo, incisivo central superior temporal.

## Introducción

La discromía se describe como una alteración en el color del diente y puede ser por causas externas y/o internas. Las coloraciones intrínsecas en dientes primarios suelen surgir a partir de un material endógeno que se incorpora dentro del esmalte o dentina y no se removerán con una profilaxis con pasta dental ni piedra pómez. Aparecen usualmente por factores sistémicos o locales, siendo el más frecuente un trauma dentoalveolar que provoca la salida de sangre de la pulpa dental hacia los túbulos dentinarios de manera reversible (1)(2). El tratamiento en dientes temporales va a depender del caso, puede ir desde la observación, endodoncia, coronas estéticas (3).

## Objetivo

Obtener una disminución de la coloración intrínseca del órgano dental, con ausencia de lesiones periapicales y sintomatología.

## Descripción del caso clínico

Paciente masculino de 3 años acude a la clínica del posgrado de odontopediatría del Centro de Atención Médica Integral por motivo de cambio de color en su diente. Se diagnostica con discromía en el OD 51 que cursa asintomático con causa probable traumatismo. A la exploración intraoral no se observan alteraciones en tejidos blandos, el OD 51 presenta cambio de coloración, sin movilidad. Radiográficamente se observa aumento del espacio del ligamento periodontal. Se dice dar un manejo conservador, con citas periódicas de control. En seguimiento a 3 meses se observa una disminución en la coloración del órgano dental y radiográficamente se observa una reabsorción radicular externa sin lesión periapical. Se decide volver a citar el paciente en tres meses.

## Conclusión

El cambio de coloración y la reabsorción puede generar sospecha ante la presencia de necrosis pulpar, por lo cual es importante las citas control continuas para evitar complicaciones y dar un tratamiento adecuado hasta que el diente permanente erupcione.

## Bibliografía

- 1.- Brad W. Neville, Douglas D. Damm, Carl M. Allen, Angela C. Chi. Oral and Maxillofacial Pathology. Fourth Edition. La Vergne, TN, Estados Unidos de América: Elsevier; 2016.
- 2.- Noemí Bordoní, Alfonso Escobar, Ramón Castillo Mercado. Odontología Pediátrica “La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual”. Editorial Médica Panamericana; 2010.
- 3.- Laskaris G. Patologías de la cavidad bucal en niños y adolescentes. AMOLCA; 2001.
- 4.- Jardines DMG. Discromia en Incisivo central superior derecho [Internet]. Revista Cubana de Medicina Militar. 2015;44(4):441-445. 05 de junio de 2015 [citado el 8 de agosto de 2024]. Disponible en: <http://chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v44n4/mil09415.pdf>.
- 5.- Maylen Gumila Jardines MEGH. Caracterización clínica epidemiológica de pacientes con discromía dental [Internet]. Revista Cubana de Medicina Militar. 2020;49(4):e0200640. 2020 [citado el 8 de agosto de 2024]. Disponible en: <http://chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedmil/cmm-2020/cmm204h.pdf>

# Frenectomía lingual bajo sedación consciente con óxido nitroso: Reporte de caso clínico

Frida Hernández Quiroz<sup>1\*</sup>, Sandra Berenice Vázquez Rodríguez<sup>2</sup>, María Fernanda Yáñez Acosta<sup>2</sup>, Carmen Celina Alonso Sánchez<sup>2</sup>, Daniela Guzmán Uribe<sup>2</sup>, Julieta Saraí Becerra Ruíz<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Residente de la especialidad en Odontopediatria del Centro Universitario de los Altos, Universidad de Guadalajara.

<sup>2</sup> Profesor especialidad en Odontopediatria, Centro Universitario de los Altos, Universidad de Guadalajara.

\*E-mail: frida.hquiroz@alumnos.udg.mx

**Palabras clave:** anquiloglosia, sedación consciente, óxido nitroso.

## Introducción

La anquiloglosia es una afección congénita en la que la lengua se encuentra limitada en movimiento por el frenillo lingual, anclando la punta de la lengua en la base de la boca (1). En esta afección hay dificultad para extender o elevar la lengua (2). Puede causar problemas en la lactancia, alimentación y fonación (3). El abordaje incluye la realización de una frenilectomía, que consiste en eliminar la banda de tejido conectivo por vía quirúrgica (4). La sedación consciente con óxido nitroso controla de manera efectiva y segura el dolor y ansiedad durante el tratamiento (5).

## Objetivo

Realizar frenectomía lingual bajo sedación consciente con óxido nitroso.

## Descripción del caso clínico

Paciente femenino de 6 años se presenta a la Clínica de Odontopediatria del Centro de Atención Médica Integral de la Universidad de Guadalajara. Reporta antecedentes de nacimiento prematuro a las 33 semanas de gestación, bajo peso al nacer, hepatitis a los 6 años y dermatitis atópica. A la exploración clínica intraoral se observa anquiloglosia clase III de Kotlow. Se suministra oxígeno y óxido nitroso por inhalación y se realiza infiltración local con lidocaína al 2% con epinefrina. Se realiza técnica de sutura en punta de la lengua para su elevación y se realiza la incisión del frenillo lingual con electrobisturí.

## Conclusiones

La anquiloglosia es un defecto congénito que restringe el movimiento normal de la lengua, adhiriéndola al piso de la boca de manera anormal. El tratamiento quirúrgico es utilizado para corregir esta anomalía. El uso del electrobisturí mostró ser una técnica segura y eficaz para realizar este procedimiento. En el

control postoperatorio a una semana, se observaron los tejidos en perfecto estado. El uso de sedación consciente con óxido nitroso en este tipo de intervenciones brindó seguridad y comodidad al operador y al paciente.

## Bibliografía

- 1.- Messner AH, Walsh J, Rosenfeld RM, Schwartz SR, Ishman SL, Baldassari C, et al. Clinical Consensus Statement: Ankyloglossia in Children. *Otolaryngology - Head and Neck Surgery (United States)*. 2020 May 1;162(5):597–611.
- 2.- Hatami A, Dreyer CW, Meade MJ, Kaur S. Effectiveness of tongue-tie assessment tools in diagnosing and fulfilling lingual frenectomy criteria: a systematic review. Vol. 67, *Australian Dental Journal*. John Wiley and Sons Inc; 2022. p. 212–9.
- 3.- Wang J, Yang X, Hao S, Wang Y. The effect of ankyloglossia and tongue-tie division on speech articulation: A systematic review. Vol. 32, *International Journal of Paediatric Dentistry*. John Wiley and Sons Inc; 2022. p. 144–56.
- 4.- Scarano A, Di Giulio R, Gehrke SA, Di Carmine M, Bugea C, Lorusso F, et al. Orofacial-Myofunctional therapy after lingual frenectomy in patient with tongue-tie: a systemic postural approach with mezieres method and postural bench. *Eur J Paediatr Dent*. 2023;24(3):201–6.
- 5.- Khinda V, Rao D, Sodhi SPS. Nitrous Oxide Inhalation Sedation Rapid Analgesia in Dentistry: An Overview of Technique, Objectives, Indications, Advantages, Monitoring, and Safety Profile. Vol. 16, *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry*. Jaypee Brothers Medical Publishers (P) Ltd; 2023. p. 131–8.

# Frenectomía labial en paciente masculino de 10 años. Reporte de caso

Marisol González Padilla<sup>1</sup>, Laura Esmeralda Pérez Gutiérrez<sup>1</sup>, Katia Vianey Gutiérrez Barragán<sup>2</sup>, Alberto González Padilla<sup>2</sup>, David Masuoka Ito<sup>2</sup>, Rubén Alberto Bayardo González<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Residente de la Especialidad en odontopediatría, Centro Universitario de los Altos, Universidad de Guadalajara.

<sup>2</sup>Profesor de la Especialidad en odontopediatría, Centro Universitario de los Altos, Universidad de Guadalajara.

\*E-mail: marisol.gpadilla@alumnos.udg.mx

**Palabras clave:** Frenectomía labial, paciente pediátrico, tratamiento integral.

## Introducción

El frenillo labial es una banda de tejido fibroso cubierto por mucosa, se inserta en el labio llegando hasta la encía adherida en la línea media del maxilar (1), conforme erupcionan los incisivos centrales, la apófisis alveolar se elonga de manera vertical logrando que su inserción llegue al límite mucogingival (2). En algunas circunstancias desciende hasta el borde alveolar provocando alteraciones en el crecimiento como problemas para amamantar, incompetencia labial, dificultad para la fonación, recesión de tablas óseas y diastemas (2), teniendo una incidencia del 25% de la población (3). Su tratamiento consiste en la frenectomía. Es una técnica quirúrgica que elimina el frenillo con su unión al hueso adyacente (4) mediante incisiones o láser (5).

## Objetivo

Realizar frenectomía labial en paciente masculino de 10 años.

## Descripción del caso clínico

Paciente masculino de 10 años acudió a consulta a la Clínica de Odontopediatría del Centro Universitario de los Altos, con motivo de consulta de presencia de diastema en centrales superiores. A la exploración intraoral se observó diastema entre órganos dentarios 11 y 21, frenillo labial corto y fibroso que llega hasta la papila incisal. Radiográficamente no se observó alguna estructura causante del diastema, por lo que se decidió realizar la frenectomía labial. Se anestesió localmente con articaína al 4% con epinefrina. Se pinzó el frenillo y se realizó la incisión en forma de V, desde la encía adherida hasta el fondo de saco, se debridaron los tejidos rompiendo las fibras internas del frenillo. Se suturó la incisión con VYCRYL 3-0. Se le dio seguimiento a los 7 días y a 1 mes, derivándose a ortodoncia.

## Propuestas/conclusiones

Es fundamental planificar cuidadosamente los tratamientos integrales para pacientes con frenillo corto, con el fin de corregir las variaciones anatómicas. Si no se interviene en el momento adecuado, existe el riesgo de recidiva.

## Bibliografía

- 1.- Larrázabal MAPM. Frenillos bucales. Tratamiento quirúrgico y consideraciones ortodónticas. Research gate. 2003;19:11.
- 2.- Ahn JHB, Newton T, Campbell C. Labial frenectomy: current clinical practice of orthodontists in the United Kingdom. Angle Orthod. 2022;92(6):780–6. doi: 10.2319/011822-56.1.
- 3.- Tados, S., Ben-Dov, T., Catháin, É. Ó., Anglin, C., & April, M. M. (2022). Asociación entre el frenillo labial superior y el diastema de la línea media maxilar: una revisión sistemática. *Revista internacional de otorrinolaringología pediátrica*, 156, 111063. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2022.111063>.
- 4.- Fioravanti M, Zara F, Vozza I, Polimeni A, Sfasciotti GL. The efficacy of lingual laser frenectomy in pediatric OSAS: A randomized double-blinded and controlled clinical study. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(11):6112. doi: 10.3390/ijerph18116112.
- 5.-Sarmadi R, Gabre P, Thor A. Evaluation of upper labial frenectomy: A randomized, controlled comparative study of conventional scalpel technique and Er:YAG laser technique. Clin Exp Dent Res. 2021;7(4):522–30. doi: 10.1002/cre2.374.

# Manejo de urgencia estomatológica bajo sedación endovenosa en un paciente con síndrome de Kempe

Fernanda Peruyero Pineda<sup>1</sup>, Luis Américo Duran Gutiérrez<sup>2</sup>, María Elena Llerena del Rosario<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Residente de Estomatología Pediátrica, Instituto Nacional de Pediatría, CDMX, México.

<sup>2</sup>Adscrito al servicio de Estomatología, Instituto Nacional de Pediatría, CDMX, México.

<sup>3</sup>Jefe de servicio de Estomatología, Instituto Nacional de Pediatría, CDMX, México.

\*E-mail: fernanda.peruyero@gmail.com

**Palabras clave:** Sedación endovenosa, contención, manejo de conducta en pacientes síndrome de kempe.

## Introducción

Se presenta el caso de un paciente femenino de 4 años de edad con síndrome de Kempe (maltrato infantil), que sufrió traumatismo en tejidos blandos y requirió atención de urgencia bajo sedación endovenosa para asegurar la calidad de la atención y seguridad del paciente.

## Objetivos

Reconocer las ventajas que tiene la sedación endovenosa mediante manejo multidisciplinario para la resolución de urgencias odontológicas.

## Descripción del caso

El síndrome de Kempe es una enfermedad social que incluye una lesión física o mental infligida a un niño por los padres, tutores o responsables de su cuidado como resultado de descuido o negligencia. En estomatología pediátrica existe una diferencia en relación al trato con los pacientes, debido al manejo de la conducta (técnicas básicas o avanzadas), la habilidad del operador y del equipo multidisciplinario. El manejo de la conducta debe ser elegido conforme a características específicas del paciente y nunca mediante prueba y error. Se recomienda la sedación endovenosa (técnica avanzada del manejo de la conducta) para la atención de pacientes con traumatismos y así evitar la contención física proporcionando un tratamiento más humano y respetuoso a la población infantil.

Se presenta el caso de un paciente femenino de 4 años de edad con síndrome de Kempe que presenta laceración lingual, el cual debido a sus condiciones cognitivas, sociales y de la urgencia, se decide hacer el procedimiento bajo sedación endovenosa con un equipo multidisciplinario integrado por los servicios de pediatría y anestesiología; así como estomatología pediátrica, el cual realiza la síntesis de la laceración lingual en sala de choque, poniendo en primera instancia la seguridad del paciente y la calidad de la atención.

## Conclusiones

La sedación endovenosa es efectiva para resolución de urgencias estomatológicas, proporcionando calidad y seguridad para los pacientes pediátricos.

## Bibliografía

- 1.- Chen H-Y, Yang H, Chi H-J, Chen H-M. Physiologic and behavioral effects of papoose board on anxiety in dental patients with special needs. *J Formos Med Assoc* [Internet]. 2014, 113(2):94–101.
- 2.- American Academy of Pediatric Dentistry. Management of dental patients with special health care needs. *The Reference Manual of Pediatric Dentistry*. American Academy of Pediatric Dentistry. 2023:337–44.
- 3.- Perlman SP, Wong A, Waldman HB, Friedman C, Webb J, Rader R, et al. From restraint to medical immobilization/protective stabilization. *Dent Clin North Am* 2022;66(2):261–75.
- 4.- Use of anesthesia providers in the administration of office-based deep sedation/ general anesthesia to the pediatric dental patient. *The Reference Manual of Pediatric Dentistry*. American Academy of Pediatric Dentistry. 2023:429–33.
- 5.- Lee D-W, Kim J-G, Yang Y-M. The influence of parenting style on child behavior and dental anxiety. *Pediatr Dent*. 2018;40(5):327–33.

# Seguimiento interdisciplinario a 10 años en paciente pediátrico con Displasia Ectodérmica Hipohidrótica

Elsa Mariana Valdez-Guerra<sup>a</sup>, Alejandro Aguilera-Flores<sup>b</sup>, Claudia Alicia Meléndez-Wong<sup>c</sup>, Lourdes Patricia Valdés Abularach<sup>d</sup>, José Antonio González Murillo<sup>e</sup>, Ivonne Campillo Amuzurrutia<sup>f</sup>.

<sup>a</sup>Alumno del Posgrado de la Maestría de Ciencias Odontológicas con acentuación en Odontología Infantil, Universidad Autónoma de Coahuila, Facultad de Odontología, Tercero de Cobián Centro, 27000 Torreón, Coahuila, México.

<sup>b</sup>M.S.P. Alejandro Aguilera Flores, Coordinador del Posgrado de la Maestría de Ciencias Odontológicas con acentuación en Odontología Infantil, Universidad Autónoma de Coahuila, Facultad de Odontología, Unidad Torreón.

<sup>c</sup>D.C.F. Claudia Alicia Meléndez Wong, Coordinador General de Maestría de Ciencias Odontológica, Universidad Autónoma de Coahuila, Facultad de Odontología, Unidad Torreón, México.

<sup>d</sup>D.C.F. Lourdes Patricia Valdés Abularach, Docente del Posgrado de la Maestría de Ciencias Odontológicas con acentuación en Odontología Infantil, Universidad Autónoma de Coahuila, Facultad de Odontología, Unidad Torreón, México.

<sup>e</sup>M.O. José Antonio González Murillo, Docente del Posgrado de la Maestría de Ciencias Odontológicas con acentuación en Ortodoncia y Ortopedia Mafilofacial, Universidad Autónoma de Coahuila, Facultad de Odontología, Unidad Torreón, México.

<sup>f</sup>D.C.F. Ivonne Campillo Amuzurrutia, Docente del Posgrado de la Maestría de Ciencias Odontológicas con acentuación en Endodoncia, Universidad Autónoma de Coahuila, Facultad de Odontología, Unidad Torreón, México.

\*E-mail: elsamarianav@gmail.com

**Palabras clave:** Displasia ectodérmica hipohidrótica, seguimiento interdisciplinario, manejo integral.

## Introducción

La displasia ectodérmica es una condición clínica y heterogénea que incluye más de 200 trastornos y afecta el desarrollo de dos o más derivados ectodérmicos (1–3). Su clasificación se basa en vías moleculares y su presentación más común es la hipohidrótica (HED) con síntomas como hipohidrosis, hipotricosis, hipodoncia (4–7) y dismorfología craneofacial y dental (8–15). Se encuentra ligada al cromosoma X y causada por mutaciones del gen EDA, con una prevalencia de 1:5,000/10,000 (5,6).

## Objetivo

Describir el manejo integral del paciente pediátrico con Displasia Ectodérmica Hipohidrótica con enfoque interdisciplinario, incluyendo intervenciones preventivas, ortodónticas y de rehabilitación dental, con el fin de mejorar la salud bucal y la calidad de vida.

## Descripción del caso clínico

Paciente masculino de 4 años con Displasia Ectodérmica Hipohidrótica acude a la clínica de la Maestría en Odontología Infantil en el año 2015. Se lleva a cabo protocolo de prevención y reposición de función masticatoria con arco lingual fijo y

aditamentos protésicos acrílicos y se mantiene seguimiento durante 6 años. Debido a contingencia sanitaria por COVID-19, se reanudó tratamiento hasta 2022, a los 11 años, cuando se realiza alineación y nivelación para cierre de diastema y ameloplastía para reconstruir con resina compuesta centrales superiores. Con apoyo del Departamento de Cirugía se realizó un examen radiográfico observándose zona radiolúcida asociada a corona de canino inferior izquierdo permanente, sometindose a un análisis histopatológico que dio como resultado folículo dental hiperplásico y posteriormente se coloca botón de tracción en el canino permanente inferior derecho para redirigir su erupción. Se ha seguido monitoreando su evolución.

## Propuestas/Conclusiones

Abordar interdisciplinariamente, acompañando su crecimiento y desarrollo, con el objetivo de mantener la dentición existente, mejorar la estética, habla y función masticatoria. Ayudando de esta manera la autoaceptación y favoreciendo su bienestar biopsicosocial.

## Bibliografía

- 1.-Dev A, Malhi K, Mahajan R. Ectodermal Dysplasia – An Overview and Update. *Indian Dermatol Online J.* mayo de 2024;15(3):405–14.
- 2.-Schneider H. Ectodermal dysplasias: New perspectives on the treatment of so far intractable genetic disorders. *Front Genet.* el 6 de septiembre de 2022;13.
- 3.-Wright JT, Fete M, Schneider H, Zinser M, Koster MI, Clarke AJ, et al. Ectodermal dysplasias: Classification and organization by phenotype, genotype and molecular pathway. *Am J Med Genet A.* el 1 de marzo de 2019;179(3):442–7.
- 4.-Yu K, Huang C, Wan F, Jiang C, Chen J, Li X, et al. Structural insights into pathogenic mechanism of hypohidrotic ectodermal dysplasia caused by ectodysplasin A variants. *Nat Commun.* el 1 de diciembre de 2023;14(1).
- 5.-Wohlfart S, Meiller R, Hammersen J, Park J, Menzel-Severing J, Melichar VO, et al. Natural history of X-linked hypohidrotic ectodermal dysplasia: A 5-year follow-up study. *Orphanet J Rare Dis.* el 10 de enero de 2020;15(1).
- 6.-Peschel N, Wright JT, Koster MI, Clarke AJ, Tadini G, Fete M, et al. Molecular Pathway-Based Classification of Ectodermal Dysplasias: First Five-Yearly Update. *Genes (Basel).* el 1 de diciembre de 2022;13(12).
- 7.-Cluzeau C, Hadj-Rabia S, Jambou M, Mansour S, Guigue P, Masmoudi S, et al. Only four genes (EDA1, EDAR, EDARADD, and WNT10A) account for 90% of hypohidrotic/anhidrotic ectodermal dysplasia cases. *Hum Mutat.* 2011;32(1):70–2.
- 8.-Niekamp N, Kleinheinz J, Reissmann DR, Bohner L, Hanisch M. Subjective oral health-related quality of life and objective oral health in people with ectodermal dysplasia. *Int J Environ Res Public Health.* el 1 de enero de 2021;18(1):1–10.
- 9.-Bergendal B. Orofacial manifestations in ectodermal dysplasia-A review. *Am J Med Genet A.* el 1 de octubre de 2014;164(10):2465–71.
- 10.-Bondarets Jones F McDonald NR, Bondarets N, Jones R, McDonald F, Thomas S, -Bondarets AN. Analysis of facial growth in subjects with syndromic ectodermal dysplasia: a longitudinal analysis. *Orthod Craniofac Res.* 2002;5:71–84.
- 11.-Nejabi MB, Anwari A, Shadab H, Mtawakel N, Omarzad F, Ahmadi ME. Prosthodontic Management of a Patient with Ectodermal Dysplasia: Case Report. *Clin Cosmet Investig Dent.* el 7 de agosto de 2023;15:133–41.
- 12.-Semmler M, Kniesburges S, Pelka F, Ensthaler M, Wendler O, Schützenberger A. Influence of Reduced Saliva Production on Phonation in Patients With Ectodermal Dysplasia. *Journal of Voice.* el 1 de noviembre de 2023;37(6):913–23.
- 13.-Ding M, Fan Y, Qin M, Claes P, Matthews H, Peng H, et al. Facial Morphological Changes Following Denture Treatment in Children with Hypohidrotic Ectodermal Dysplasia. *Pediatr Dent.* 2020;42(4):315–20.
- 14.-Cerezo-Cayuelas M, Pérez-Silva A, Serna-Muñoz C, Vicente A, Martínez-Beneyto Y, Cabello-Malagón I, et al. Orthodontic and dentofacial orthopedic treatments in patients with ectodermal dysplasia: a systematic review. Vol. 17, *Orphanet Journal of Rare Diseases.* BioMed Central Ltd; 2022.
- 15.-Montanari M, Grande F, Lepidi L, Piana G, Catapano S. Rehabilitation with implant-supported overdentures in preteens patients with ectodermal dysplasia: A cohort study. *Clin Implant Dent Relat Res.* el 1 de diciembre de 2023;25(6):1187–96.

## Tratamiento integral en odontopediatría: Reporte de un caso

Melanie Preciado-Valenzuela<sup>a\*</sup>, Siria Ofelia García-Vázquez<sup>b</sup>, Violeta Janeth Langarica-Lizárraga<sup>c</sup>, Emmanuel Jacobo-Quintero<sup>d</sup>.

<sup>a, b</sup> Alumna de la Maestría en odontología integral del niño y adolescente. Blvd. De las Américas y Av. Universitarios S/N Ciudad Universitaria C.P. 80010, Culiacán Sin., México.

<sup>c, d</sup> Docente de la maestría en odontología integral del niño y adolescente, Blvd. De las Américas y Av. Universitarios S/N Ciudad Universitaria C.P. 80010, Culiacán Sin., México.

\*E-mail: melaniepv281098@gmail.com

**Palabras clave:** Caries de la infancia temprana, mantenedor de espacio, factores de riesgo, coronas acero cromo.

### Introducción

La caries de infancia temprana (CIT) se define como la presencia de una o más superficies cariadas, faltantes u obturadas en un órgano dental temporal antes de los 71 meses de edad.<sup>1</sup> Su causa es multifactorial, resulta de la interacción de factores como microorganismos cariogénicos, carbohidratos fermentables y una superficie dental susceptible por los procesos de desmineralización y remineralización.<sup>2</sup> La CIT se clasifica dependiendo la etapa de desarrollo del paciente y el grado de severidad incluyendo tres categorías; leve-moderada, moderada-severa y severa.<sup>3</sup> Su tratamiento dependerá de la extensión de la lesión, la edad, el comportamiento y la cooperación de los padres.<sup>4</sup> En casos de pérdida prematura de órganos dentales se emplean mantenedores de espacio con el fin de preservar los espacios posteriores a una extracción dental.<sup>5</sup>

### Objetivo

Recuperar la funcionalidad masticatoria, estética y fonética del paciente, mejorando su calidad de vida.

### Caso Clínico

Paciente masculino sano de cuatro años de edad. Acude a consulta refiriendo dolor en la zona postero-inferior derecha, presentando múltiples lesiones de caries con diversos grados de severidad en ambas arcadas, categorizándolo como un paciente de riesgo alto en la evaluación con el instrumento CAMBRA. Para su rehabilitación integral se elaboró un plan de tratamiento de siete citas breves y eficientes, utilizando materiales bioactivos e inertes en donde se realizaron distintos procedimientos como resinas, pulpotomías y coronas de acero cromo, así como extracciones

dentales y colocación de mantenedores de espacio en órganos dentales que presentaron reabsorciones radiculares.

### Conclusión

Es de suma importancia realizar el tratamiento de rehabilitación de acuerdo a las necesidades individualizadas de cada paciente pediátrico y en conjunto con los padres implementar medidas

preventivas con relación a los hábitos de higiene y dieta, así como establecer revisiones periódicas de control con el odontopediatra, esperando influir favorablemente en su desarrollo psicosocial, funcional y estético.

### Bibliografía

- 1.- The global prevalence of early childhood caries: A systematic review with meta-analysis using the WHO diagnostic criterion. Uribe, S. E., Inés, N., Maldupa, I. 18 de marzo 2021. International Journal of Paediatric Dentistry.
- 2.- Early childhood caries. Seow WK. Octubre 2018. Pediatric clinic of North America. Volumen 65, Numero 5, Paginas 941-954.
- 3.- Early Childhood Caries: Prevalence, Risk Factors, and Prevention. Sukumaran A., Pradeep S. 18 Julio 2017. Department of preventive dental sciences, college of dentistry. Frontier in pediatrics.
- 4.- Caries temprana de la infancia. Caso clínico. Ferreira Espinola B. E., Jacquet Toledo N. L., Ibarrola Castro M. Diciembre 2018. Universidad Autónoma del Paraguay, Facultad de Odontología "Pierre Fauchard". Asunción, Paraguay.
- 5.- Digitainers—Digital Space Maintainers: A Review. Dhanotra K., Bathia R. 2021. Department of Pediatric and Preventive Dentistry, DY Patil University School of Dentistry, Navi Mumbai, Maharashtra, India.

## Disgenesia Gonadal Mixta. Presentación de caso

Valeria Y. Rivera-Domínguez<sup>1\*</sup>, Violeta Magaña-Barrios<sup>2</sup>, Verónica Avalo-Arenas<sup>3</sup>, Rocio E. Zayas-Carranza<sup>3</sup>, Karina Pacheco-Galván<sup>3</sup>, Vicente Cuairán-Ruidíaz<sup>4</sup>.

<sup>1</sup>Residente de 1er año de Estomatología Pediátrica. Hospital Infantil de México Federico Gómez de la Ciudad de México.

<sup>2</sup>Profesor titular del curso de Estomatología Pediátrica, Hospital Infantil de México Federico Gómez de la Ciudad de México.

<sup>3</sup>Odontopediatras Adscritas de Estomatología Pediátrica, Hospital Infantil de México Federico Gómez de la Ciudad de México.

<sup>4</sup>Jefe del departamento de Estomatología, Hospital Infantil de México Federico Gómez de la Ciudad de México.

\*E-mail: valeriyatzin@hotmail.com

**Palabras clave:** Disgenesia, Talla baja, Gónadas.

### Introducción

La diferenciación sexual es el proceso por el cual el embrión desarrolla sus órganos genitales. Este proceso tiene lugar durante la 5a semana de gestación.<sup>1</sup> La Disgenesia Gonadal Mixta (DGM); es un desorden de la diferenciación sexual (DDS) caracterizado por presencia de tejido testicular inmaduro o disgenético de un lado y estría gonadal contralateral, con frecuencia asociado a un mosaico cromosómico tipo 45 X / 46XY.<sup>2</sup> Las manifestaciones clínicas son variables, desde virilización parcial y genitales ambiguos al nacimiento hasta pacientes con fenotipo completamente masculino o femenino, talla baja que puede estar presente en ambos sexos, en cavidad bucal se puede apreciar paladar profundo y falta de dimensión en las arcadas. La disgenesia gonadal genera problemas de identidad de género que en edades avanzadas requieren apoyo psicológico y psiquiátrico.<sup>3,4,5</sup>

### Objetivo

Dar a conocer el manejo estomatológico de una paciente con DGM .

### Caso clínico

Paciente femenino de 8 años 4 meses de edad, con diagnóstico de DGM, en tratamiento farmacológico con somatotropina.

Intraoralmente se observan mucosas hidratadas y vascularizadas, paladar estrecho y profundo, dentición mixta, lesiones cariosas de diversos grados de evolución.

Tratamiento restaurativo: Consistió en restauraciones a base de ionómero de vidrio, coronas acero cromo y selladores de fosetas y fisuras.

Tratamiento preventivo: Técnica de cepillado (Fones) supervisada por cuidador primario después de cada alimento con uso de dentífrico fluorado a 1450 ppm, profilaxis dental cada 3 meses con aplicación de fluoruro en barniz a 22,600 ppm

### Conclusión

La DGM es un desorden de la diferenciación sexual, el cual requiere de un enfoque integral e interdisciplinario donde el odontopediatra debe conocer como dirigirse, tratar y realizar el acompañamiento de estos pacientes al momento del tratamiento dental, así como durante su desarrollo.

### Bibliografía



## Atresia esofágica tipo III (AE). Presentación de caso

Griselda Garay-Perdomo<sup>1\*</sup>, Violeta Magaña-Barrios<sup>2</sup>, Verónica Ávalos-Arenas<sup>3</sup>, Rocio Elizabeth Zayas-Carranza<sup>3</sup>, Karina Pacheco-Galván<sup>3</sup>, Vicente Cuairan-Ruidiaz<sup>4</sup>.

<sup>1</sup>Residente de 1er año de estomatología pediátrica, Hospital Infantil de México Federico Gómez de la Ciudad de México.

<sup>2</sup>Profesor titular del curso de estomatología pediátrica, Hospital Infantil de México Federico Gómez de la Ciudad de México.

<sup>3</sup>Odontopediatras adscritas del departamento de estomatología pediátrica, Hospital Infantil de México Federico Gómez de la Ciudad de México.

<sup>4</sup>Cirujano Maxilofacial del departamento de estomatología, Hospital Infantil de México Federico Gómez de la Ciudad de México.

\*Email: grisgaray@icloud.com

**Palabras clave:** Malformación congénita, reflujo gastroesofágico, erosión dental.

### Introducción

La formación del esófago y tráquea ocurre alrededor de la 4<sup>ª</sup>SDG, ambos provienen de un divertículo ventral del intestino anterior que dará origen en su porción ventral a la tráquea y en su posición dorsal al esófago.<sup>1</sup> Esta patología es una malformación congénita que consiste en la interrupción de continuidad del esófago, que puede tener o no comunicación con la tráquea.<sup>2</sup>

### Manifestaciones clínicas

Distrés en los primeros intentos de alimentación, problemas respiratorios, vómito.<sup>2</sup> Al realizar un ultrasonido, la presencia de polihidramnios durante la gestación puede sugerir la posibilidad de AE. Postnatalmente, se puede diagnosticar sí al realizar las aspiraciones orales con sonda, está no se desliza a lo largo del esófago.<sup>3</sup> El tratamiento siempre es quirúrgico dentro de las primeras 24 horas después del nacimiento.<sup>3,4</sup>

Manifestaciones bucales: Ardor, xerostomía, halitosis, eritema en paladar blando, úvula, lengua, sialorrea, erosión dental.<sup>5</sup>

### Caso clínico

Paciente femenino de 6 a 4m, con diagnóstico de Atresia esofágica tipo III.

Intraoralmente se observan mucosas hidratadas, dentición temporal completa, lesiones cariosas de diversos grados de evolución, manchas blancas. Posterior a la rehabilitación bucal, el tratamiento preventivo implementado fue: Técnica de cepillado (Bass modificada) asistida por cuidador primario después de cada alimento, uso de dentrífico fluorado 1100ppm, profilaxis dental y aplicación de barniz de flúor cada 3 meses, aplicación de ClinPro XT en manchas blancas.

### Conclusión

La atresia esofágica es una patología congénita incompatible con la vida, por lo que un diagnóstico precoz es ideal para disminuir las complicaciones inmediatas y futuras en el recién nacido.

Un gran porcentaje de pacientes con AE deben seguir dietas especiales para contrarrestar complicaciones como el reflujo, dentro de estas se indican alimentos altos en azúcares o carbohidratos, que son perjudiciales para la salud bucal, por lo que se debe hacer énfasis en reforzar las medidas de higiene y revisiones periódicas.

### Bibliografía



# Tumor Neuroectodérmico Primitivo Cervical: presentación de caso

Anel Milene Chávez-Soriano<sup>1</sup>, Guadalupe Violeta Magaña-Barrios<sup>2</sup>, Verónica Ávalos-Arenas<sup>3</sup>, Rocío Elizabeth Zayas-Carranza<sup>3</sup>, Karina Itzel Pacheco-Galván<sup>3</sup>, Vicente Cuairán-Ruidíaz<sup>4</sup>.

<sup>1</sup>Residente de 1° año del curso de especialización de Estomatología Pediátrica en el Hospital Infantil de México Federico Gómez de la Ciudad de México.

<sup>2</sup>Profesor titular del curso de Estomatología Pediátrica del Hospital Infantil de México Federico Gómez de la Ciudad de México.

<sup>3</sup>Odontopediatra Adscrito del Hospital Infantil de México Federico Gómez de la Ciudad de México.

<sup>4</sup>Jefe del Departamento de Estomatología Pediátrica del Hospital Infantil de México Federico Gómez de la Ciudad de México.

\*Email: milene-06@hotmail.es

**Palabras clave:** cresta neural, mucositis oral, profilaxis antimicrobiana.

## Introducción

Los tumores Neuroectodérmicos Primitivos pertenecen a la familia de neoplasias malignas del Sistema Nervioso, <sup>2</sup>caracterizados por células pequeñas y redondeadas poco diferenciadas que, derivan de la cresta neural, son de crecimiento rápido, altamente agresivos y poco frecuentes<sup>1-2</sup>.

## Objetivo

Dar a conocer el manejo estomatológico del paciente con neoplasia maligna cervical y tener conocimiento sobre las alteraciones craneofaciales y dentales como tamaño, forma, número, estructura que se puedan desarrollar a consecuencia del tratamiento médico<sup>3</sup>.

## Caso clínico

Femenino de 10 años de edad con diagnóstico de Tumor Neuroectodérmico Primitivo Cervical. A la exploración intraoral se observan mucosas pálidas y deshidratadas, procesos óseos íntegros y continuos, dentición mixta, presencia de lesiones cariosas de diferentes grados de evolución, paladar profundo, apiñamiento dental, manchas blancas, radiográficamente se observa alteración en longitud y forma de raíces de órganos dentarios anterosuperiores. Paciente que requirió profilaxis antimicrobiana y biometría hemática para la realización de procedimientos dentales de acuerdo a las guías de la AAPD 2022<sup>4</sup>.

## Tratamiento

consistió en colocación de selladores de fosetas y fisuras y extracciones. Como medidas preventivas se instruyó técnica de cepillado al paciente y cuidadores primarios, después de cada alimento con pasta fluorada a 1450 ppm, uso de hilo dental por las noches, y continuar con revisiones periódicas cada 3 meses para profilaxis dental y aplicación de barniz de fluoruro<sup>5</sup>.

## Conclusión

El manejo oportuno interdisciplinario y estrategias de cuidado dental en pacientes que serán sometidos a quimioterapia y/o radioterapia en zonas cercanas a cavidad bucal debe ser prioridad para el odontopediatra ya que deberá tratar los problemas del desarrollo craneofacial y dental para proporcionar una mejor calidad de vida.

## Bibliografía



# Manejo interdisciplinario en un paciente con síndrome de Beckwith Wiedemann.

## Presentación de caso clínico

Marco Antonio González-Rosales<sup>1</sup>, Violeta Magaña-Barrios<sup>2</sup>, Verónica Ávalos-Arenas<sup>3</sup>, Rocío Elizabeth Zayas-Carranza<sup>4</sup>, Karina Itzel Pacheco-Galván<sup>5</sup>, Norma Villanueva Moreno<sup>6</sup>.

<sup>1</sup>Residente de primer año del curso de especialización en Estomatología Pediátrica, Hospital Infantil de México Federico Gómez de la Ciudad de México.

<sup>2</sup>Profesor titular del curso de estomatología pediátrica, Hospital Infantil de México Federico Gómez de la Ciudad de México.

<sup>3,4,5</sup>Odontopediatras adscritas del departamento de estomatología, Hospital Infantil de México Federico Gómez de la Ciudad de México.

<sup>6</sup>Cirujano Maxilofacial adscrita del departamento de estomatología, Hospital Infantil de México Federico Gómez de la Ciudad de México.

\*Email: mant.rosales@gmail.com

**Palabras claves:** Síndrome, Macroglosia, Hipercrecimiento.

### Introducción

El síndrome de Beckwith-Wiedemann (SBW) es un trastorno que involucra genes reguladores del crecimiento ubicado en el locus 11p15. Alrededor del 85% de los casos se consideran una mutación in novo, el 15% restante es compatible con transmisión autosómico dominante. Se caracteriza por crecimiento acelerado y excesivo de algunas partes del cuerpo pre y posnatal<sup>1,2,3</sup>. Los pacientes presentan una amplia expresividad clínica: sobrecrecimiento, hemihiperplasia corporal, defectos cardiacos y en pared abdominal, visceromegalia, neoplasias, disnea. Presentan hipoplasia medio facial, prognatismo, paladar hendido, sialorrea, macroglosia<sup>2,3,5</sup>.

### Objetivo

Describir el manejo interdisciplinario en pacientes con síndrome de Beckwith Wiedemann.

### Descripción

Masculino de 5 años con SBW, hipoplasia del cuerpo calloso, retraso global del desarrollo, hepatomegalia y SAHOS severo.

Intrabucalmente: Gingivitis, macroglosia (62 mm de ancho), frenillo lingual con base amplia, deglución atípica, paladar profundo, arcos dentales amplios, sialorrea, caries de la infancia temprana, prognatismo, radiográficamente se observa dientes supernumerarios entre los O.D 11-21 y fusión dental del O.D 51-52. Además de alteraciones

funcionales básicas: respiración, fonación, deglución y masticación.

Una vez concluida la rehabilitación bucal, el manejo preventivo incluyó SFF, técnica de cepillado Fones, barniz de flúor al 5% cada 3 meses. Al mismo tiempo se implementaron ejercicios GOPex (Good Oral Posture Exercises) y miofuncionales para ayudar corregir la posición de la lengua<sup>4</sup>.

De acuerdo a criterios clínicos y valoración por Cirugía maxilofacial se realiza glosectomía parcial para mejorar las funciones básicas y características propias del síndrome<sup>3,5</sup>.

### Conclusión

El odontopediatra tienen un papel muy importante en el manejo interdisciplinario de estos pacientes desde las primeras etapas del desarrollo y el seguimiento a largo plazo para interceptar y tratar de forma oportuna algunas de las alteraciones ya descritas, por lo tanto, es primario participar en la atención integral del paciente, favoreciendo el desarrollo del sistema estomatognático, mejorando la apariencia estética y su integración social.

### Bibliografía



# Niveles de contaminación acústica en la clínica del posgrado de odontopediatría

Nancy Paloma Navarrete Flores<sup>1\*</sup>, Irene Aurora Espinosa De Santillana<sup>1</sup>, Gabriel Muñoz Quintana<sup>1</sup>, Adriana María Martínez Hernández<sup>1</sup>, Olga Patricia López Soto<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

\*E-mail: paloma.n.f@hotmail.com

**Palabras clave:** Niveles de contaminación acústica, clínica de posgrado, pediatría.

## Introducción

Los estomatólogos enfrentan riesgos laborales significativos por la contaminación acústica (CA) del equipo dental (68-92 dB) (1). Los odontopediatras están más expuestos debido a los gritos y llantos de los pacientes (110 dB). En México, la NOM-011-STPS-2001 permite hasta 90 dB durante 8 horas, mientras que otras instituciones recomiendan 85 dB. La OMS sugiere no superar los 70 dB en 24 horas, la ISO recomienda 55 dB y la Academia Americana de Pediatría apoya un límite de 50 dB (2).

## Problema de investigación

La exposición a la CA puede causar cefalea, insomnio, estrés, mareo y enfermedades cardiovasculares. Prolongar esta exposición daña al oído interno, lo que provoca pérdida auditiva inducida por ruido (NIHL) y tinnitus, además de efectos no auditivos como aislamiento y demencia (3).

## Objetivo

Evaluar los niveles de contaminación acústica en una clínica universitaria de Pediatría.

## Hipótesis

La CA de la clínica supera las normas establecidas por las instituciones de salud.

## Metodología

Bajo diseño descriptivo y transversal, se registró la CA con el sonómetro Extech 407732 y calibrador. Se registraron 16 mediciones diarias en ambos turnos. Se manejó estadística descriptiva e inferencial; ANOVA de medidas repetidas y U de Mann-Whitney.

## Resultados y discusión

Se realizaron 647 mediciones (media  $67.2 \pm 8.9$  dB). Media superior en el turno matutino. Los intervalos de confianza al 95% muestran una contaminación acústica superior los lunes. El 5% del tiempo se superan los niveles máximos permitidos por el NIOSH y la OSHA, el 25% según la OMS

y prácticamente todo el tiempo se trabaja por encima de los decibeles permitidos según la AAP.

## Conclusión

Los niveles de CA superan los niveles permitidos. Lo anterior, coloca al odontopediatra en un riesgo alto de afección de la agudeza auditiva que requiere concientización y acciones.

## Bibliografía

- 1.-Choi HJ, Hwang TY, Jeon MJ. Awareness of occupational hazards and personal protective equipment use among dental hygienists. *Yeungnam Univ J Med.* 2019;36(1):20–5.
- 2.-Baseer M, Al Saffan A, AlMasoud S, Dahy W, Aldali H, Walid Bachat A, et al. Noise levels encountered in university dental clinics during different specialty treatments. *J Family Med Prim Care.* 2021;10(8):2987.
- 3.-Ahmad JG, Allen DZ, Erickson S, Hasan S, Shenouda M, Jiang ZY, et al. Noise exposure in pediatric otolaryngology clinic: A sound survey of a single-institution tertiary care facility. *Am J Otolaryngol.* 2023;44(4):103913.

# Cronología y secuencia de erupción dentaria de los pacientes con hipotiroidismo congénito.

Lessly Yossadara Villafuerte Chávez<sup>1\*</sup>, Noé Gerardo Hernández Trejo<sup>2</sup>, Jessica Chantal García Téllez<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Médico Residente de segundo año de la Especialidad en Estomatología Pediátrica.

<sup>2</sup>Profesor titular de la Especialidad en Estomatología Pediátrica del Hospital para el Niño Poblano, Puebla.

<sup>3</sup>Médico adscrito al servicio de endocrinología del Hospital para el Niño poblano, Puebla.

\*E-mail: lesslychavez20@gmail.com

**Palabras clave:** Hipotiroidismo, cronología y secuencia, erupción dental.

## Introducción

El hipotiroidismo congénito es una condición endocrina caracterizada por la producción insuficiente de hormonas tiroideas. Su impacto en la secuencia y cronología de erupción es importante pues, puede causar un retraso en este proceso, que afecta a la masticación, fonación y estética del paciente.

## Problema de investigación

El retraso en la cronología y secuencia de erupción dental ocasiona alteraciones en el aparato estomatológico. Se debe considerar que el hipotiroidismo puede causar retraso en la edad ósea y simular un retraso en este proceso. Por lo que, conocer si existe alguna alteración dental en pacientes con hipotiroidismo considerando su edad ósea y cronológica permitiría dar un manejo integral y oportuno al paciente pediátrico.

## Objetivo

Identificar la cronología y secuencia de erupción dentaria que presentan los pacientes con hipotiroidismo congénito.

## Hipótesis

Los pacientes con hipotiroidismo congénito presentan alteraciones en la cronología y secuencia de erupción dental además de estar retrasados en su edad ósea.

## Metodología

Fue un estudio observacional retrospectivo en el cual se estudiaron 28 pacientes 17 mujeres y 11 hombres con hipotiroidismo congénito de 6 a 12 años en control médico del HNP, en un periodo de marzo a junio del 2024 los cuales se evaluaron mediante fotografía clínica y radiografía carpal con previo consentimiento y asentimiento informado, los datos recabados se analizaron mediante estadística descriptiva en el programa SPSS IBM, versión 29.

## Resultados y discusión

Se pudo observar que el 75% de los pacientes se encuentran atrasados en la cronología y secuencia de erupción, además el 71.4% presento un retrasado en edad ósea, lo cual no concuerda con la edad cronológica que reportaron los pacientes.

## Conclusiones

Dentro de la investigación se observó retraso en la cronología y secuencia de erupción, así como otras alteraciones dentales los cuales pueden ocasionar complicaciones en el aparato estomatológico.

## Bibliografía

Chaker, L., Razvi, S., Bensenor, I.M. et al. Hypothyroidism. Nat Rev Dis Primers 2022; 8, (3):24-36. <https://doi.org/10.1038/s41572-022-00357>.

# Glosopexia vs distracción mandibular como tratamiento primario en pacientes con Secuencia de Pierre Robin

Sandra Velázquez Maldonado<sup>a\*</sup>, Jose Luis Lastiri Barrios<sup>b</sup>, Noé Gerardo Hernández Trejo<sup>c</sup>.

<sup>a</sup>Residente de segundo año de la especialidad de estomatología pediátrica del Hospital Para el Niño Poblano.

<sup>b</sup>Cirujano Maxilofacial.

<sup>c</sup>Profesor titular de la especialidad en estomatología pediátrica del Hospital para el Niño Poblano.

\*E-mail: sandi.vm95@gmail.com

**Palabras clave:** Secuencia de Pierre Robin, glosopexia, distracción mandibular.

## Introducción

La Secuencia de Pierre Robin es una anomalía congénita que presenta una serie de desafíos clínicos, especialmente en el manejo de la vía aérea y la alimentación en los neonatos afectados. Esta condición, caracterizada por micrognatia, glosoptosis y la obstrucción de las vías respiratorias superiores, requiere una intervención temprana y cuidadosa para evitar complicaciones graves.

## Problema de investigación

¿Cuál es el tratamiento primario con mejor evolución postquirúrgica en el manejo de pacientes con secuencia de Pierre Robin?

## Objetivo

Comparar la evolución postquirúrgica de la glosopexia vs distracción mandibular en pacientes con secuencia de Pierre Robin del Hospital para el Niño Poblano.

## Hipótesis

La glosopexia es el tratamiento con mejor evolución postquirúrgica vs distracción mandibular en pacientes con SPR con una reducción del 30% de días de estancia intrahospitalaria, por lo tanto se consideraría el tratamiento con mejor evolución postquirúrgica inmediata.

## Metodología

Fue un estudio retrospectivo observacional en el cual se estudiaron 24 pacientes, 17 hombres y 7 mujeres con Secuencia de Pierre Robin el rango de edad fue menos de un mes y 2 meses de edad, y solo 2 pacientes por arriba de los

10 meses de edad en un periodo del año 2018 al 2022. Los cuales se evaluaron recabando información de las dos técnicas quirúrgicas empleadas en la base de datos del HNP.

## Resultados y discusión

En el análisis de frecuencias se pudo observar que un 62.5 % de la población pediátrica tenían entre menos de un mes y dos meses de edad, y se demostró que hay una mejoría inmediata en la saturación de O<sub>2</sub> con el tratamiento de Glosopexia así como una reducción de complicaciones postquirúrgicas.

## Conclusiones

Se puede concluir este estudio demostrando que la Glosopexia es el mejor tratamiento primario en pacientes con Secuencia de Pierre Robin con la mejora inmediata de la saturación de O<sub>2</sub>.

## Bibliografía

Gómez Clemente y cols. Síndrome de Pierre Robin. Diagnóstico y protocolo terapéutico actual (parte II). *Odontol Pediatr.* 2013; 21 (2): 139-150.

# Efecto *in vitro* del extracto metanólico de nuez moscada sobre colonias formadoras de *S. mutans*

Laura Elena Luna Camacho<sup>a\*</sup>, Alejandro Aguilera Flores<sup>b</sup>, Claudia Alicia Meléndez Wong<sup>c</sup>, Lourdes Patricia Valdés Abularach<sup>d</sup>, Cecila Hernández Morales<sup>d</sup>, Luisa fernanda Armijo Mena<sup>f</sup>.

<sup>a</sup>Alumno del posgrado de la Maestría en ciencias odontológicas con acentuación en odontología infantil, Universidad Autónoma de Coahuila, facultad de odontología, Unidad Torreón, Tercero de cobian centro 27000 Torreón, Coahuila, México.

<sup>b</sup>M.S.P. Alejandro Aguilera Flores, coordinador del posgrado de la maestría de Ciencias Odontológicas con acentuación en Odontología infantil. Universidad Autónoma de Coahuila, Facultad de Odontología, Unidad Torreón, México.

<sup>c</sup>D.C.F. Claudia Alicia Meléndez Wong, Coordinador General de Maestría de Ciencias Odontológicas, Universidad Autónoma de Coahuila, Facultad de Odontología, Unidad Torreón, México.

<sup>d</sup>D.C.F. Lourdes Patricia Valdés Abularach, Docente del posgrado de la Maestría en Ciencias Odontológicas con acentuación en Odontología infantil, Universidad Autónoma de Coahuila, Facultad de Odontología, Unidad Torreón, México.

<sup>e</sup>Rn Dr. Cecila Hernández Morales, Docente de la Universidad Autónoma de Coahuila, Facultad de Odontología, Unidad Torreón México.

<sup>f</sup>M.C.O Luisa Fernanda Armijo Mena, ex alumno de la maestría en ciencias odontológicas.

\*E-mail: lauralunac629@gmail.com

**Palabras clave:** *Myristica fragrans*, macelignano, *Streptococcus mutans*.

## Introducción

La prevalencia de caries en Coahuila es de 84% en niños de 6 años(1); y está vinculada particularmente al *Streptococcus mutans*(2). Un análisis de antibacterianos mostró que el extracto *Myristica fragrans*, exhibe capacidad para inhibir al *S. mutans* por su compuesto anticariogénico macelignano(3,4).

## Problema de investigación

La población infantil muestra una alta incidencia de caries desde una edad temprana, por lo que buscamos alternativas para poder controlarla(5,6).

## Objetivo

Determinar la disminución de las UFC de *Streptococcus mutans* en la saliva de niños de 6 a 12 años con extracto metanólico de *Myristica Fragrans* *in vitro*.

## Hipótesis

El extracto metanólico de *Myristica fragrans* reduce las Unidades formadoras de colonia de *S. mutans* en saliva.

## Metodología

Estudio experimental, transversal e *in vitro*, se recolectó saliva no estimulada durante 5 minutos en vaso de plástico

estéril de 100 ml de 40 niños entre 6 y 12 años, sin enfermedades sistémicas ni aparatología ortodóncica, se dividió en dos tubos de ensayo, en una se agregó el extracto metanólico de *Myristica fragrans* y en otra 1 ml de caldo Brain Heart Infusion (BHI) se incubaron a 37° por 24 horas para su lectura en placas petri y evaluar el efecto del extracto en programa estadístico Probit(3,4).

## Resultados

El extracto de *Myristica fragrans* presentó reducción de 70% de *S. Mutans* con valores no tóxicos para la *Artemia Salina*, gracias a que contiene un antibacteriano natural, el macelignano, que tiene la capacidad de inhibir en 1 minuto al *S. Mutans*(7).

## Discusión

El estudio reveló que el extracto metanólico de *Myristica Fragrans* resulta benéfico en la disminución de UFC de *S. Mutans* muy rápida y efectivamente y podría ser una alternativa en la odontología preventiva (8,9).

## Conclusión

El extracto metanólico de *Myristica fragrans* disminuye las unidades formadoras de colonias *Streptococcus mutans* y tiene baja toxicidad(10).

## Bibliografía

- 1.- Secretaría de salud subsecretaría de prevención y promoción de la salud dirección general de epidemiología. Perfil epidemiológico de la salud bucal en México 2010. [[https://epidemiologiatlax.files.wordpress.com/2012/10/p\\_epi\\_de\\_la\\_salud\\_bu\\_c](https://epidemiologiatlax.files.wordpress.com/2012/10/p_epi_de_la_salud_bu_c)]
- 2.- Pérez, C. and C. Anesini, Antibacterial activity of alimentary plants against *Staphylococcus aureus* growth. The American journal of Chinese medicine, 1994. 22(02): p. 169-174.
- 3.- Chung, J., et al., Anticariogenic activity of macelignan isolated from *Myristica fragrans* (nutmeg) against *Streptococcus mutans*. Phytomedicine, 2006. 13(4): p. 261-266.
- 4.- Rosmalia, D. and M.R. Marjoni, Effect of Nutmeg (*Myristica Fragrans*) Methanolic Extract to the Growth of Dental Plaque Bacteria. DENTA, 2022. 16(2): p. 74-80.
- 5.- Ojeda-Garcés, J.C., E. Oviedo-García, and L.A. Salas, *Streptococcus mutans* y caries dental. CES odontología, 2013. 26(1): p. 44-56.
- 6.- Vásquez Ibarra, S., O. Lobos Gilbert, and C. Padilla Espinoza, Presencia de genes de virulencia *gtfB* y *spaP* en *Streptococcus mutans* aislados desde saliva y su relación con el índice COPD y ceod. Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral, 2014. 7(2): p. 65-71.
- 7.- Palombo, E.A., Traditional medicinal plant extracts and natural products with activity against oral bacteria: potential application in the prevention and treatment of oral diseases. Evidence-based Complementary and Alternative Medicine, 2011. 2011(1): p. 680354.
- 8.- Krzyściak, W., et al., The virulence of *Streptococcus mutans* and the ability to form biofilms. European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases, 2014. 33: p. 499-515.
- 9.- Yanti, et al., In vitro anti-biofilm activity of macelignan isolated from *Myristica fragrans* Houtt. against oral primary colonizer bacteria. Phytotherapy Research: An International Journal Devoted to Pharmacological and Toxicological Evaluation of Natural Product Derivatives, 2008. 22(3): p. 308- 312.
- 10.- Shafiei, Z., et al., Antibacterial activity of *Myristica fragrans* against oral pathogens. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicin

