

Revista de la
Facultad de Odontología
de la Universidad de Cuenca

12
Edición
2020

Decana: Dra. Dunia Abad C.
Subdecana: Dra Andrea Carvajal E.
Editor: Dr. Cristian Abad C.



Publicación de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca
Edición 2020. Número 12.

Decana: Dra. Dunia Abad C.

Subdecana: Dra Andrea Carvajal E.

Editor: Dr. Cristian Abad C.

Correo de Correspondencia: cristian.abad@ucuenca.edu.ec

***Revista de Publicación Anual Indexada
en LATINDEX***

Sistema Regional de Información en Línea
para Revistas Científicas de América
Latina, el Caribe, España y Portugal.

ISSN: 1390-0889

Editorial, Prólogo y Artículos publicados en la presente Revista de la
Facultad de Odontología son de exclusiva responsabilidad de sus
autores.

**Prohibida su reproducción total o parcial sin permiso de los autores o editor, y citaciones
correspondientes.**

Diseño y maquetación



CONTENIDO

- 02** Manejo estético del sector anterosuperior, reporte de un caso clínico.
- 08** Trastornos témporomandibulares relacionados a factores oclusales: revisión de la literatura.
- 14** Eficacia de la bacterioterapia probiótica para la prevención de caries dental: Una revisión sistemática de la literatura.
- 22** Análisis Comparativo de las mallas digitales entre dos tipos de sistemas de escaneado y sus sistemas operativos.
- 28** Estrategias de inmunización en caries dental: Alcances y limitaciones.
- 36** Tratamiento quirúrgico para la liberación de anquilosis de la articulación témporomandibular. Reporte de un caso clínico y revisión de la literatura.
- 40** Etapas del sueño y su importancia en Odontología.
- 44** Granuloma telangiectásico en Cavidad oral: informe de dos casos.
- 48** Síndrome de Sjogren secundario a enfermedad mixta del tejido conectivo. Reporte de caso.
- 51** Manejo endodóntico de una lesión endoperiodontal en un incisivo lateral maxilar con surco palatogingival: Reporte de caso.
- 54** Odontoma . Caso clínico.

Editorial

“ La perspectiva histórica de la Facultad de Odontología guía esta nueva publicación ”



La Pandemia ha sido un factor común en el desarrollo de la vida cotidiana de este tiempo, sin ser ajena para todos y cada uno de los actores de la academia, la ciencia y la divulgación.

Por ende, el desarrollo de investigaciones, obtención de resultados y los procesos de publicación han sido dificultosos. Sin embargo, vencer los obstáculos, hace más exitoso el resultado. Al entregar este nuevo número, me gratifica la colaboración de los docentes de la Facultad que han hecho posible la continuidad de la Revista de la Facultad de Odontología, afianzándose como el medio oficial de divulgación de las acciones académicas e investigativas de la institución a la que representamos. Incluso, en este convulso tiempo, es una herramienta que permite la titulación de estudiantes que han egresado de la carrera, cumpliendo a cabalidad el requisito de publicación de un artículo, como rezan las exigencias reglamentarias.

Haber mantenido viable esta publicación, se debe al apoyo irrestricto de la Decana de la Facultad, quien ha plasmado el esfuerzo realizado durante su gestión en la materialización de este y otros proyectos en beneficio de la Facultad. También es justo, reconocer el apoyo de la empresa privada del sector dental como es el caso de la empresa Prodentec que no ha escatimado recursos en promover esta publicación.

Publicar 12 números dan cuenta de la vigencia de nuestra Revista, su contenido la fortalece y su mantención es una enorme responsabilidad que la hemos asumido con enorme placer e ímpetu, en beneficio de uno los pilares de la academia y la vida universitaria en grado y posgrado, como es la generación del conocimiento.

Esperamos que el lector disfrute de este ejemplar y recabe la información que con tanto esmero, sus autores han plasmado en los distintos artículos publicados.

*Dr. Cristian Abad Coronel.
PhD.
Director de Publicaciones*

Prólogo



La Revista de la Facultad de Odontología es una publicación periódica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca que tiene como propósito

constituirse en el medio de difusión del quehacer científico en el ámbito de la Odontología a nivel local, nacional y por qué no internacional.

Uno de los objetivos de la investigación es dar a conocer a la comunidad científica, los resultados obtenidos en el proceso; para ello es fundamental contar con un medio de difusión y precisamente frente a esta necesidad de comunicar lo que en el campo de la Odontología se realiza, la Facultad no ha escatimado esfuerzo con el fin de mantener en el tiempo su órgano de difusión como lo es su revista, en la que docentes, estudiantes y profesionales tienen oportunidad de publicar sus manuscritos.

Ahora más que nunca, comunicar el quehacer científico es prioritario aprovechando los medios virtuales que han facilitado la información y la actualización; el esfuerzo realizado para elaborar los manuscritos en las condiciones de pandemia que hoy afectan a nivel mundial es loable y demuestra que las condiciones adversas constituyen un estímulo para quienes desean aportar al avance de la ciencia en pro del bienestar del ser humano particularmente de su salud y en este caso de la salud bucal.

Con mucha satisfacción la Facultad de Odontología pone a disposición de la comunidad odontológica su revista número 12, con artículos que abordan temas actuales y de mucho interés entre los que se incluyen manuscritos de estudiantes y docentes de Facultades de Odontología con las que se han suscrito convenios de cooperación académica durante este período de mi gestión al frente de la Facultad.

***Dra. Dunia Abad Coronel
DECANA DE LA FACULTAD
DE ODONTOLOGÍA.***

ODONTOMA

CASO CLÍNICO

Autores

Autores: Keyla Carpio y Karina Sangüil

Docente guía: Dr. Leonardo Cabrera

Introducción

El objetivo de la presentación es dilucidar las características fundamentales del odontoma, así como el manejo clínico y quirúrgico para tratar estas lesiones.

El odontoma es considerado como un tumor benigno, compuesto por componentes epiteliales y ectomesenquimales con un déficit en la disposición estructural, es decir tiene una colocación desorganizada de esmalte, dentina y cemento. Se encuentran generalmente ubicados en el maxilar inferior.

Se los conoce como tumores odontogénicos mixtos, ya que están es decir en la dentales por falta de morfodiferenciación normal. Generalmente se las descubre debido a un hallazgo casual. Se considera que los odontomas son lesiones hamartomatosas más que una verdadera neoplasia. (1)

Etiología

Los odontomas se heredan o se asocian con traumatismos durante la dentición temporal, así como con procesos inflamatorios e infecciosos, anomalías hereditarias (síndrome de Gardner, síndrome de Hermann y síndrome otodental)(2), presencia de restos de Malassez, hiperactividad odontoblástica y alteraciones de los componentes genéticos responsables del control del desarrollo dental.(3)

Prevalencia

Según la literatura, la prevalencia del odontoma es más común en mujeres y generalmente se observa en niños y adolescentes, con un pico de incidencia en la primera y segunda década de la vida. Las porciones anteriores

de las mandíbulas son el sitio más común de aparición. (4) Sin embargo, algunos autores mencionan que en realidad no existe una prevalencia de género. (5)

Clasificación

Compuesto

Los odontomas compuestos son más comunes que los odontomas complejos. Los odontomas compuestos muestran estructuras individualizadas radiopacas similares a dientes. (Figuras 1A y 2A)

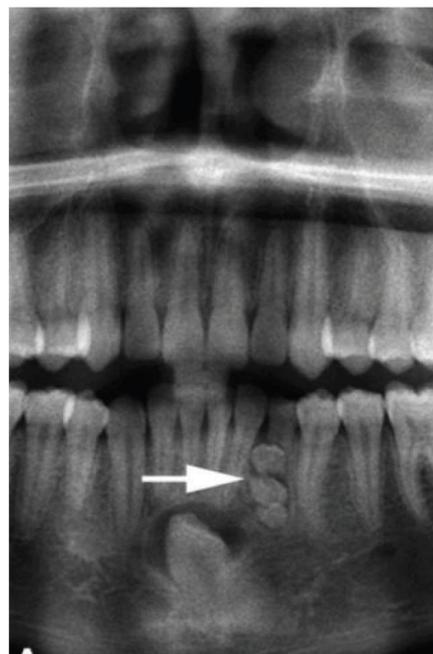


Figura 1A: Odontoma compuesto (flecha blanca) que muestra múltiples estructuras individualizadas radiopacas parecidas a dientes en la mandíbula anterior.



Figura 2A: Histología de un odontoma compuesto que muestra múltiples dientes individualizados con relaciones bien desarrolladas y ordenadas entre la dentina y el material del esmalte.

Los odontomas compuestos son más comunes en el maxilar anterior. Sus características radiográficas se consideran diagnósticas, con estructuras en forma de diente rodeadas por una zona radiolúcida. En el examen macroscópico, muestra tejidos duros con forma de diente. Su apariencia histológica es similar a un diente normal con dentina tubular madura, matriz de esmalte, cemento y tejido pulpar (Figura 2A)

Complejo

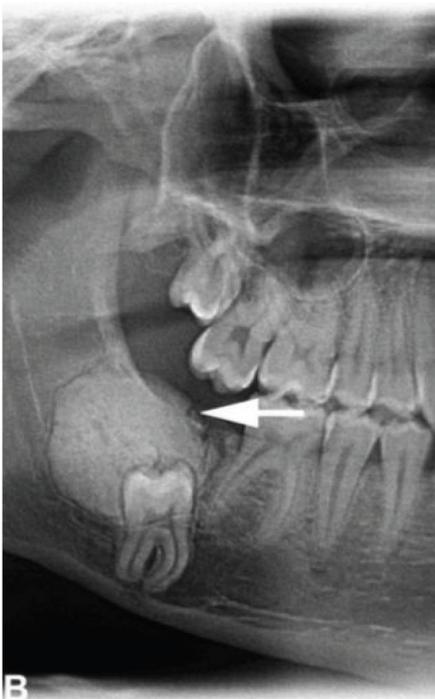


Figura 1B: Odontoma complejo (flecha blanca), que se presenta como una masa radiopaca que cubre un diente no erupcionado en la parte posterior de la mandíbula.

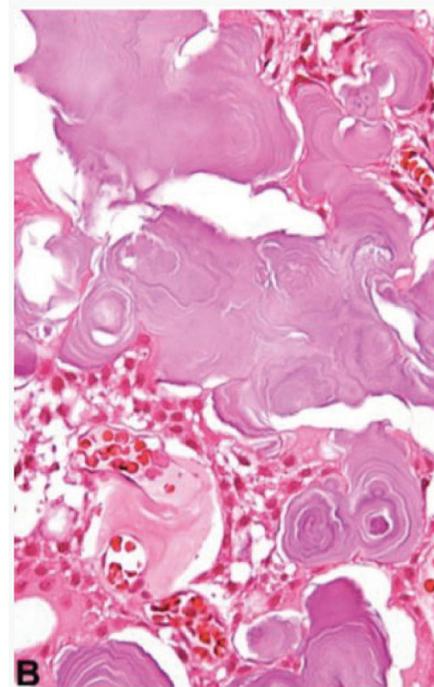


Figura 2B: Mezcla aleatoria de precursores odontogénicos, incluido material similar a la dentina, en este odontoma complejo.

Los odontomas complejos muestran un agregado desordenado de esmalte y dentina. Son más comunes en la mandíbula en la sección posterior (Figura 1B). Las características radiográficas se consideran diagnósticas, mostrando una masa radiodensa con una zona radiolúcida. En el examen macroscópico, muestra una masa desorganizada de tejidos duros de color blanco amarillento; ambos tipos (compuesto y complejo) están asociados con el tejido conectivo fibroso. Su apariencia histológica muestra una disposición desordenada de dentina tubular, matriz de esmalte, cemento, y a veces células fantasmas epiteliales (Figura 2B)(6)

Tratamiento

La escisión simple es curativa para la posterior enucleación, sin riesgo de recurrencia.

Consecuencias de no realizar el tratamiento

- Retraso en la erupción de los dientes permanentes
- Erupción asimétrica de los dientes
- Mal posicionamiento
- Desplazamiento
- Reabsorción o desvitalización ocasional de los dientes adyacentes.
- Maloclusiones y trastornos de la ATM
- Dilaceración
- Anquilosis
- Enfermedad periodontal
- Presencia de dientes supernumerarios
- Complicaciones y posible desarrollo de algún tipo de patología tumoral o quística (7)

Diagnóstico diferencial

- Dientes retenidos.
- Dientes supernumerarios (hiperdoncia).
- Lesiones quísticas.
- La punta de la raíz debido a una extracción incompleta del diente.(8).

Presentación del caso

Paciente sexo Masculino.

Edad: 13 años.

Antecedentes Patológicos:Hospitalización por un cuadro de bronquitis bacteriana hace 6 meses, antes de llegar a nuestra consulta.

Antecedentes Odontológicos:Extracción de los dientes deciduos del sector anterior con la finalidad de que suceda el recambio dentario, adicionalmente se realizó extracciones de algunos órganos dentales definitivos por la presencia de caries extensas.

Motivo de consulta:Nuestro paciente fue derivado por un ortodoncista de la ciudad de Cuenca al área de cirugía de nuestra facultad.

El paciente no reporta sufrir de alergias y a sido anestesiado con anterioridad y no ha presentado ninguna complicación ni reacción adversa.

Exámenes complementarios

Cumpliendo los protocolo de la facultad solicitamos un hemograma y el perfil de coagulación, estas pruebas son fundamentales y útiles para determinar la presencia de ciertas condiciones médicas o enfermedades que pudieran complicar la cirugía y poner en riesgo la vida del paciente.

Examen intraoral

Al realizar la exploración intraoral se pudo observar la zona edéntula en el sector anterior y la erupción ectópica de la pieza 2.3,también se observa la mala posición dental por lo cual la oclusión se ve comprometida y adicionalmente se evidencia la presencia de una higiene oral deficiente.

Radiografía panorámica

Podemos observar la neumatización de los senos maxilares, adicionalmente se aprecia la inclusión de la pieza 2.1.

Se evidencia la presencia de estructuras radiopacas en el sector anterior, también se confirma en la radiografía la ausencia de las piezas dentales definitivas 2.5, 3.6, 4,6, se aprecia la presencia de zonas radiopacas extensas en las piezas 1.6 y 2,4 compatible con restauraciones.

Al tratarse de una inclusión lo ideal sería trabajar con una tomografía computarizada sin embargo por falta de recursos económicos del paciente para la realización de esta se tomó la decisión de seguir trabajando con esta radiografía panorámica para planificar nuestro plan de tratamiento.

Diagnóstico

Presencia de estructuras radioopaca compatibles con un odontoma compuesto y la presencia de un diente incluido.

Tratamiento

Enucleación quirúrgica y la colocación de un botón de tracción.

Preparación del campo quirúrgico

Siguiendo los protocolos del área de cirugía procedemos a preparar nuestro campo de trabajo, mientras mayor asepsia y antisepsia proporcionamos en cada tiempo quirúrgico que realicemos mayor será el éxito de nuestra cirugía.

Preparación del paciente

Para disminuir la carga bacteriana del paciente antes de la cirugía le pedimos que realice un enjuague bucal con clorhexidina en una concentración del 0,12% por un periodo de 1 min.

Con la ayuda de gasas estériles y yodo povidona realizamos la limpieza de la zona en la que trabajamos.

Tiempos quirúrgicos

1. Anestesia

Con la finalidad de disminuir el dolor que puede experimentar el paciente con la infiltración del anestésico a través del carpule, optamos por la colocación de anestesia tópica a base de benzocaína con la ayuda de una torunda de algodón.

Posteriormente, procedemos a infiltrar anestesia a base de lidocaína al 2% con epinefrina 1:100000 , realizando el bloqueo troncular del nervio infraorbitario junto con el bloqueo infiltrativo del nervio nasopalatino.

Al realizar la anestesia del nervio INFRAORBITARIO Debemos recordar que este nervio es la rama terminal del nervio maxilar superior y el agujero infraorbitario se localiza y se palpa debajo del reborde inferior de la órbita a unos 2 cm del ala de la nariz. (9)

-Utilizar la Técnica de anestesia por la vía intraoral
Primero realizamos el reconocimiento del elemento anatómico, posteriormente levantamos el labio, dejando al descubierto la región del ápice del canino Y puncionamos en el fondo del surco vestibular, llevando el aguja desde el canino en dirección

a la pupila, hasta llegar al orificio infraorbitario.

Las Áreas anestesiadas van a ser el:

1. Tejido óseo
2. Periodonto
3. Periostio del lado vestibular de incisiva a caninos de la hemiarcada.
4. Labio superior
5. Párpado inferior
6. Zona lateral de la nariz. (10)

Al realizar la anestesia del nervio NASOPALATINO Recordamos que este se ubica entre ambos incisivos centrales superiores.

A 5 mm por detrás del reborde alveolar de los incisivos, cubierto por la papila. (9)

Las Áreas Anestesiadas van a ser:

1. Porción anterior del paladar duro entre los caninos.
2. Tejidos duros y blandos de esta zona. (9)

2. Incisión

Esta fue realizada con una hoja de bisturí No. 15 y mango No. 3.

La literatura nos recomienda realizar una incisión que nos permita tener una buena visibilidad por lo cual realizamos una incisión a espesor total denominada Newman parcial o triangular desde el cuello dentario de la pieza 1.1 hasta la pieza 2.3. con una descarga a distal de manera divergente.

Para tener una mayor visibilidad durante todo el procedimiento utilizamos un aspirador de alta vacío que nos ayudó a mantener el campo quirúrgico despejado.

3. Levantamiento del colgajo

Con la ayuda de un periostotomo del molt N9 y apoyándonos con el extremo romo entre los labios de la incisión.

Empleando tres movimientos básicos que son empujar, levantar y retirar y así realizamos el desplazamiento del colgajo a espesor total en toda su extensión. (11)

4. Osteotomía

Realizamos la osteotomía a nivel de la cortical vestibular con instrumento de baja rotación para poder abordar la lesión.

5. Extracción

Una vez que logramos abordar la lesión, realizamos la enucleación y procedemos con la eliminación de la cápsula y los dentículos con la ayuda de una cureta de lucas uno a uno verificando la remoción de todas las estructuras que conforman el odontoma.

6. Limpieza

Continuamos con la limpieza de la cavidad ósea con solución salina y regularizamos los bordes del hueso y procedemos a realizar la hemostasia necesaria de esta zona.

7. Colocación de un botón

Se coloca un botón redondo con una cadena de alambre para la tracción ortodóntica de la pieza 2.1.

la colocación del botón fue realizada con la utilización de:

- Ácido
- Adhesivo
- y Resina

8. Reposición del colgajo y Sutura

Se utiliza una seda negra 3-0 y realizamos puntos simples no continuos.

Se recolectó 12 dentículos de diferentes tamaños, los cuales estaban formados por tejidos dentales y como podemos observar algunos de estos presentan la estructura similar de la corona y raíz de un diente.

9. Postoperatorio

Para el postoperatorio inmediato administramos por vía intramuscular 75 mg de diclofenaco sódico.

En base al peso de nuestro paciente que es de 50 kg recetamos la toma de antibióticos y analgésicos, la toma de antibióticos como preparación debido a que el paciente no era colaborador y se apreciaba que su higiene bucal no era lo adecuado.

Antibiótico

- AMOXICILINA 500 mg Y ACIDO CLAVULANICO 125 mg cada 8h

Analgésico

- IBUPROFENO 400 mg cada 8h

Conclusiones

Después de la revisión bibliográfica y la realización de este procedimiento quirúrgico llegamos a tres conclusiones básicas:

1. Los odontomas compuestos son más comunes que los odontomas complejos.
2. Son de naturaleza asintomática.
3. El tratamiento quirúrgico de elección es la enucleación quirúrgica SIN RECIDIVA.

Bibliografía:

1. Nevárez Rascón M, Muela Campos D, Thistle Barba L, Ríos Barrera V, Nevárez Rascón A. Aspectos descriptivos del odontoma: revisión de la literatura [Internet]. Elsevier. 2016 [cited 30 October 2020]. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-odontologica-mexicana-90-articulo-aspectos-descriptivos-del-odontoma-revision-S1870199X16300611#:~:text=Los%20odontomas%20corresponden%20a%20los,formar%20esmalte%2C%20dentina%20y%20cemento.>
2. Urzúa-Orellana B, Ulloa C, Xaus G, Ortega-Pinto A. Manifestaciones maxilofaciales en una familia chilena con adenomatosis poliposa familiar [Internet]. Scielo.conicyt. cl. 2018 [cited 1 November 2020]. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/piro/v11n3/0719-0107-piro-11-03-157.pdf>

3. Barba L. Aspectos descriptivos del odontoma: revisión de la literatura [Internet]. 2016 [cited 2 November 2020]. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-199X2016000400272
4. Muthu K, Saravanan R, Sathyasree V, Manikandhan R, Deepshika S. Sequential removal of a large odontoma in the angle of the mandible. *Annals of Maxillofacial Surgery*. 2019;9(2):429.
5. Martinovic Guzmán G, Santorcuato Cubillos B, Alister Herdener J, Plaza Álvarez C, Raffo Solari J. Odontoma Compuesto: Diagnóstico y Tratamiento Reporte de Casos & Revisión de la Literatura [Internet]. Scielo.conicyt.cl. 2017 [cited 1 November 2020]. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijodontos/v11n4/0718-381X-ijodontos-11-04-00425.pdf>
6. Lester T. Odontoma. SAGE [Internet]. 2019 [cited 26 October 2020];:1-2. Available from: <http://journals.sagepub.com/home/ear>
7. Falkinhoff P, García Reig E. Los odontomas y sus implicancias [Internet]. Docs.bvsalud.org. 2019 [cited 1 November 2020]. Available from: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/06/998717/4-los-odontomas-y-sus-implicancias.pdf>
8. Sapp P, Eversole L, Wysocki G. Patología oral y maxilofacial contemporánea [Internet]. Google Books. 2006 [cited 2 November 2020]. Available from: <https://books.google.com.ec/books?id=quNVwwFomfgC&printsec=frontcover&dq=sapp+patologia+oral+y+maxilofacial+contemporanea+pdf&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwjJsPDOz-LsAhXhp1kKHZK1CzkQ6AEwAHoECAQQAQ#v=onepage&q&f=false>
9. Rouvière H., y Delmas A. Anatomía Humana. Descriptiva, Topográfica y Funcional. 11ª edición.
10. Martínez Martínez A., Díaz Caballero A., López Aparicio E.. Bloqueo del nervio infraorbitario: realidades sobre su uso en odontología. [Internet]. 2017. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852017000100005&lng=es
11. Gay C, Berini L. Tratado de Cirugía bucal. [Internet]. Reimpresión 2011. Available from: https://gravepa.com/granaino/biblioteca/publicacionesmedicas/Odontologia%20y%20Estomatologia/cirugia/Tratado_De_Cirugia_Bucal_-_Tomo_.pdf