



**UASLP**  
Universidad Autónoma  
de San Luis Potosí



FACULTAD DE  
**CIENCIAS DE LA  
INFORMACIÓN**

**METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION**

**ODONTOLOGIA**

Semestre 1 gpo 2

Lic. En Gestión de la Información

Sandra Bocanegra Valerio

03-12-2018

Buen su esfuerzo pero no se advierte q' los resultados sean fidedignos.

Faltó metodología y conclusión la bibliografía q' analiza en Marco Teórico no se relaciona con el problema.

Para la reducción abierta anatómica y fijación interna rígida (ORIF, de las siglas en inglés) de las fracturas del cóndilo mandibular existen clásicamente varias vías de acceso: retromandibular, preauricular, y transparotídea. Todas estas vías son útiles, pero no están exentas de riesgos: lesión del VII par craneal, fistula salival, cicatrices visibles e inestéticas, etc.

Con el fin de evitar estos abordajes y sus posibles complicaciones peri- y postoperatorias se describió el abordaje intraoral asistido por endoscopia (AIAE)<sup>5</sup>. Una incisión sobre la rama de la mandíbula, como si de una osteotomía rutinaria se tratara, parece la vía más natural para acceder a esta región de la mandíbula. El problema fundamental es lo estrecho y profundo del campo, aunque la experiencia quirúrgica de los últimos 15 años y las innovaciones técnicas de la industria facilitan el trabajo en quirófano.

El endoscopio de 4mm ofrece una visión detallada del alineamiento de los fragmentos y los sistemas de contra-ángulo, cada vez de menor perfil, permiten ubicar osteosíntesis a nivel sub capital. La combinación de visión directa y visión en 2 dimensiones durante el acto quirúrgico, así como el manejo del sistema de contra-ángulo, requieren un adiestramiento previo para el cirujano, que no siempre es fácil de adquirir. El presente trabajo describe con detalle el método quirúrgico, así como de los resultados clínicos de una serie 53 pacientes tratados de fractura extra capsular de cóndilo mandibular mediante ORIF con AIAE.

Se revisaron los archivos clínicos y de imagen de los pacientes con fractura del proceso condilar de la mandíbula intervenidos en nuestro servicio desde Abril de 2007 hasta Julio de 2011. Cincuenta y tres de 65 pacientes (81,65%) con fractura condílea (45 varones y 8 mujeres; edad media: 31 años (rango: 15-78 años) fueron intervenidos mediante ORIF con AIAE. Dos de estos 53 pacientes presentaron fracturas condíleas bilaterales, por lo que el número de fracturas intervenidas mediante esta técnica ascendió a 55. Los 12 pacientes restantes sufrieron fractura de la cabeza del cóndilo, que fue tratada mediante fijación intermaxilar (FIM) con o sin osteosíntesis por vía preauricular o que no precisaron actuación (observación). Todos los casos recogidos en la presente serie presentaban síntomas y/o signos al ingreso: dolor, impotencia funcional, disoclusión, asimetría, acortamiento de rama, retrusión mandibular o fracturas asociadas, que justificaron el tratamiento quirúrgico. Cuatro pacientes eran extranjeros no residentes. Cuatro pacientes eran internos de centros de reclusión.

Para el estudio preoperatorio se realizaron ortopantomografía y teleradiografía AP de cráneo al ingreso. Cuando existieron dudas sobre el trazo, el desplazamiento o las fracturas asociadas, se realizó TC facial con reconstrucción 3D, aunque este

# Tabla de contenido

1. Antecedentes.....	3
2. Introducción .....	5
3. Planteamiento del problema.....	5
4. Preguntas de investigación .....	5
5. Objetivos .....	5
6. Preguntas .....	6
7. Justificación .....	6
8. Marco teórico .....	6- 11
9. Encuesta .....	12
10. Resultados .....	13-17
11. Calendario de actividades.....	17
12. Referencias bibliográficas .....	18

Sandra Bocanegra Valerio

## Antecedentes

En el transcurso del tiempo la profesión Odontológica ha tenido una dinámica social desarrollando un sin número de funciones, hasta llegar a la situación actual en donde la investigación y el servicio son una prioridad. Los atributos de la profesión tienen inmersos valores humanos como el respeto, sabiduría, trabajo social y responsabilidad, hablese de en donde el área social constituye un órgano rector del desempeño de la profesión. Ofreciendo la experiencia un valor invaluable el enfoque social en donde las limitantes económicas sobrepasan las necesidades de la población, sin embargo, la Odontología ha tenido que replantearse en diferentes niveles de atención para hacer de la prevención un abordaje inicial, la comunicación debe ser clara para que la interrelación humana se dé y permita que todas las acciones se realicen sin cortapisas. La práctica profesional ha logrado sumergirse en un mar de antecedentes, la Odontología conduce a un imponente escenario histórico del mundo y cómo desde el pasado, abarcando la época glacial y prehistórica, hasta el presente éste campo lleva un largo camino recorrido, sin embargo, aún falta mucho para decir que la Odontología ha llegado a su punto más alto de desarrollo.

La odontología como en la actualidad se conoce, no siempre ha sido la misma, como los seres humanos, ésta ha evolucionado en la historia. Cuando el hombre primitivo creó el fuego, hablese de 3000 A.C., se sintió seguro, aprendió a conservarlo y a emplearlo para ablandar alimentos, usando principalmente el pescado para su dieta, esto lo llevó a vivir un gran periodo de tiempo a lo largo de los ríos en Egipto y China. Sin embargo, en Egipto y China, una considerable porción del alimento era trigo, maíz, cebada y arroz, con los cuales reemplazaron en su dieta a las raíces, semillas y pastos con los cuales el hombre se había alimentado por muchos años atrás.

Fue debido a este cambio en la alimentación, que sus dientes y encías comenzaron a sufrir modificaciones: los molares que a sus antepasados les habían durado toda la vida, comenzaron a caer; las encías se les inflamaban y en muchas ocasiones, hasta se les hinchaba el rostro. Esto quiere decir que la combinación y variedad de sus alimentos y la forma en que los preparaban (por lo general se colaba tierra y piedras a sus platillos) era la causante de dichas enfermedades dentales.

En los escritos más antiguos, los papiros egipcios de Ebers de aproximadamente 37 siglos A.C. se tiene registro del primer odontólogo conocido, llamado Hesi-Re, médico que indicó la asociación entre la medicina o la odontología y que además

se encargaba de las dolencias de los faraones, a quién se le describe como "el más grande de los médicos que tratan los dientes". Mientras que en las escrituras egipcias se describen dolores y abscesos de las encías en incisivos y prescripciones para su cura, la enfermedad periodontal es la más común encontrada en las momias embalsamadas por los egipcios hace 4000 años, lo que da a entender que la enfermedades dentales han existido desde mucho tiempo atrás y no es sólo cosa del presente. En los papiros chinos, se puede encontrar descritas nueve clases de enfermedades dentales y siete prescripciones para su cura. Además, encontraron 20 puntos por los cuales a través de la hemorragia el cuerpo podía sacar los humores y de ésta forma curar el dolor de muelas. En el año de 2900 A.C. en Saqqara, uno de los edificios antiguos que mejor se ha conservado, la pirámide escalonada de Zoser en Egipto, fue encontrada una mandíbula que muestra dos agujeros redondos del mismo diámetro y profundidad, los cuales presuntamente se taladraron para aliviar la presión del pus acumulado en un absceso dental, lo que resulta muy interesante pues quiere decir que a pesar de las carencias que tenían, por el hecho de no contar con anestésicos y los instrumentos adecuados, ya sentían la necesidad de aliviar sus males. Existen evidencias que muestran en el año 2700 A.C. que los chinos ya utilizaban acupuntura para tratar el dolor asociado a la caries dental y no sería sorpresa que emplearan otros recursos también para tratar los dolores. Los egipcios pues, sufrían de una gran variedad de enfermedades dentales, y los faraones no fueron inmunes a ellas. Sin embargo, parece que la extracción dentaria era la forma principal de aliviar este tipo de afecciones. Precisamente en el año 1300 A.C. Aesculapius, médico griego, fue reconocido por muchos por realizar la extracción de los dientes enfermos.<sup>4</sup> En el año 500 A.C., Hipócrates realizó escritos en los cuales hace referencias a los dientes, su formación y erupción, a las enfermedades de dientes y boca; y métodos de tratamiento; por lo que estos escritos demuestran que se tenía conocimiento de cómo se desarrollaban los dientes: los primeros se forman de la nutrición que recibe el feto en el vientre materno, y después del nacimiento, lo hacen de la leche materna. Los que salen después de que éstos se caigan, se forman de la comida y la bebida. La caída de los dientes generalmente ocurre a los siete años de edad y los dientes que salen después se hacen tan viejos como el hombre, a menos que alguna enfermedad los destruya. Aunque sus conocimientos no eran del todo correctos, resulta satisfactorio que buscaran una forma de explicar los fenómenos que ocurrían durante su crecimiento. (Anahí Paulina Leal-Fonseca,\* Yolanda Hernández-Molinar septiembre 12 del 2016)

Aquí decir lo que dio origen a su investigación

## Introducción

Se analizará el por qué las personas tienen los dientes chuecos, empalmados, como puede llegar a afectar tener los dientes chuecos, en el habla, como afectan estos problemas dentales en la persona, ya que solo no afecta nada más los dientes si no que también te puede llegar en el entorno que te rodea.

Hablaremos de la odontología, como es que afecta la salud bucal en el autoestima, de los problemas que hay si no se tiene una buena salud bucal, desde algo super sencillo hasta una ruptura en la mandíbula, de la serie de exámenes para llegar al diagnóstico, estos van desde un chequeo en el consultorio dental, hasta un examen radiográfico, para poderle dar el tratamiento adecuado, puede ser quirúrgico, o una corrección sencilla. También de cómo ayuda a que la familia este apoyándose socio afectivamente y socioeconómicamente, la familia es la que estará en todo momento, desde el momento en que se diagnostica al paciente y hasta el final del tratamiento, también como es que el odontólogo debe empatizar con el paciente, para que no sea difícil el atender al paciente.

## Planteamiento del problema

La mayoría de las personas cuando son niños, no tienen los dientes chuecos, están derechos, sino hasta después de que los dientes de leche se caen y salen los permanentes, es ahí cuando ya después es el problema, de los dientes chuecos. Cuando ya están grandes que ya tienen entre 40 a 80 años los dientes permanentes se empiezan a caer a algunos a una edad joven y a otros en una edad ya grande. Por que las personas no acuden al dentista cuando es necesario ir.

## Preguntas de investigación

¿Por qué cuando ven que tienen dificultades para comer, no acuden al dentista?

Ya una vez que salen los dientes permanentes por completo ¿Por qué no acuden al dentista para ver que todo esté bien si no ya hasta la adolescencia cuando ya avanzo más?

## Objetivos

Buscar información acerca de los tratamientos que la odontología

X NO  
responde a  
su pregunta  
5

Saber los cuidados adecuados que se deben tener después de que salen los dientes permanentes por completo, para que en un futuro no haya problemas con los dientes. ✓

## Preguntas

¿Cómo afecta tener los dientes chuecos?

¿Por qué cuando los dientes están chuecos afecta la autoestima?

*Así son  
2 preguntas  
y antes fueron  
otras 2*

## Justificación

La razón por la que voy a hacer esta investigación es porque quiero conocer más acerca de los problemas dentales que hay, también las razones por las que la mayoría de la gente no acude al dentista para una revisión, por lo menos una vez al año, conocer los tratamientos que hay para cada uno de los problemas dentales, y desde que edad es recomendable usar los diferentes tratamientos dentales que hay. Conocer el por qué en la edad adulta ya muy avanzada se empiezan a caer los dientes y saber si hay algo para evitar ese problema con las personas ya adultas.

## Marco teórico

Algunos pacientes con labio y paladar hendido presentan anomalías dentales, principalmente aquellas que incluyen anomalías de número, como, por ejemplo, el diente supernumerario. El diagnóstico y tratamiento son importantes, ya que ayudan a minimizar problemas funcionales y estéticos.

Las anomalías del desarrollo del diente varían desde alteraciones en número, erupción, localización, tamaño y forma hasta anormalidades estructurales. Entre las anomalías de número se encuentra el diente supernumerario que se define como aquel diente formado en número excesivo o el diente adicional en la dentición normal, sea temporal o permanente.

La prevalencia de dientes supernumerarios en la población general se reporta en rangos entre 0,1 y 3,8%, y de 0,1 a 11% en la dentición permanente y de 0,3 a 0,8% en la dentición temporal.

Este tipo de anomalía se presenta con mayor frecuencia en el hombre que en la mujer, con una variación en la proporción de 2:1 a 6:1, principalmente en la dentición permanente, no así en la dentición temporal, donde se percibe una distribución igual en cuanto al género.

Asimismo, aunque el diente supernumerario se reporta en cualquier tipo de pacientes sin ninguna enfermedad, se describe como una anomalía significativa en muchos síndromes y malformaciones faciales.

El diagnóstico temprano de dientes supernumerarios es importante para el buen manejo del paciente, debido a que permite escoger la más apropiada opción de tratamiento según las necesidades de este para minimizar futuras complicaciones, entre las cuales, se encuentran: alteración de la erupción dental, retención o retardo de erupción, rotación desplazamiento o erupción ectópica del diente permanente apiñamiento, espaciamiento o diastemas dilaceración o reabsorción radicular del diente permanente, formación de quistes, problemas de mal oclusión, caries dental en dientes vecinos debido a un aumento de retención de placa, lesiones periodontales debido a la compresión de raíces adyacentes y necrosis pulpar.

Los dientes supernumerarios se diagnostican generalmente por casualidad durante el examen intraoral o mediante examen radiográfico. La radiografía es una herramienta para el diagnóstico de este tipo de anomalía dental aunque debido a la superposición de las estructuras, algunas veces se dificulta el correcto diagnóstico del lugar del diente supernumerario. Las que se utilizan comúnmente son la ortopantomografía, la radiografía periapical y la radiografía oclusal. Estas dos últimas son las que ayudan a confirmar los hallazgos iniciales de la ortopantomografía. Cabe mencionar que a veces dichas radiografías no proveen la relación tridimensional del diente supernumerario con los demás dientes y estructuras vecinas, lo cual es importante para determinar un tratamiento. En la pasada década se utilizaba la tomografía axial computarizada convencional para facilitar la información de un diente impactado o supernumerario, evitando, así, la superposición de hueso y estructuras dentales, pero su desventaja era el alto costo y la alta dosis de radiación. Hoy en día existe la tomografía computarizada «cone beam» que es una tomografía volumétrica digital, que se utiliza en el área de radiología dental y maxilofacial para lograr no solo una imagen más detallada de la anatomía y estructuras de interés con una orientación espacial de los dientes en su totalidad y de las lesiones, sino también para dar un estudio con alta predictibilidad anatómica sin distorsión o artefactos para la cirugía, pues la imagen que presenta es tridimensional multiseccional. El tratamiento de los dientes supernumerarios depende de cada caso en particular, el cual varía desde observación y extracción hasta cirugía para su remoción.

Referente a la población con labio y/o paladar hendido, que presenta con frecuencia anomalías dentales congénitas como las ya mencionadas previamente, aquellas de número son las más comúnmente encontradas en este grupo, entre las que destaca más la hipodoncia (ausencia congénita de dientes) que los dientes



supernumerarios. Porejemplo, Haro Montero et al. (2005) describen un caso de una niña con hendidura facial medial, quien presentaba múltiples anomalías dentales, entre ellas, número anormal de dientes debido a fusión o a agenesia de estos, dientes supernumerarios y erupción ectópica de algunos dientes.

La incidencia de dientes supernumerarios en pacientes con labio y/o paladar hendido se describe en más de 28%<sup>1,16</sup>. En el estudio de Menezes et al. (2008), basado en la determinación de anomalías dentales en pacientes con labio y/o paladar hendido, se determinó una prevalencia de dientes supernumerarios del 2% asociados a las hendiduras. (Aparicio, 29-Marzo-2016)

La hiperodoncia o dientes supernumerarios corresponde a una anomalía del desarrollo dental de número, en donde se presentan uno o más dientes o estructuras odontogénicas adicionales a los 20 y 32 dientes de la serie normal de dentición primaria y permanente, respectivamente (Valmaseda-Castellón et al., 2001; Omer et al., 2010). La etiología de los dientes supernumerarios aún no está del todo clara y aunque en la literatura se presentan distintas teorías, la más aceptada se refiere a una actividad excesiva de la lámina dental durante etapas iniciales del desarrollo, en donde algunas vías de señalización molecular encargadas del control de estas etapas podrían alterarse y propiciar la formación de dientes supernumerarios (Ge & Wang, 2013; Juuri & Balic, 2017).

La investigación que se llevó a cabo fue retrospectiva y descriptiva, pues se basó en registros previos como es la radiografía para poder describir la presencia de dientes supernumerarios como anomalía dental, en la población con labio y/o paladar hendido en un periodo determinado.

También se ha asociado la presencia de dientes supernumerarios con algunos síndromes tales como la displasia cleidocranial, síndrome de Gardner y fisura labiopalatina (Lubinsky & Kantaputra, 2016); además de la interacción de factores genéticos, epigenéticos y ambientales (Montasser & Taha, 2012; Juuri & Balic). Pueden presentarse de forma única o múltiple, unilateral o bilateral y en cualquier lugar del arco dentario maxilar o mandibular, siendo más común en dentición permanente que primaria y más frecuentes en hombres que en mujeres (Juuri & Balic). Los dientes supernumerarios se pueden clasificar de acuerdo a su posición en mesiodens, paramolares, parapremolares y cuartos molares, y de acuerdo a su forma en suplementarios o eumórficos y rudimentarios o dismórficos, pudiendo estos últimos ser de tipo cónico, tuberculado, molariforme y odontoma (Primosch, 1981; Garvey et al., 1999; Sebastián Sebastián et al., 2016). En el siguiente reporte de caso exponemos el hallazgo casual de dos dientes supernumerarios suplementarios en la mandíbula de un paciente adulto parcialmente desdentado y

cuya ubicación hizo necesario considerar su manejo antes de comenzar un tratamiento rehabilitador con implantes.

Paciente masculino de 54 años, no sindrómico y que no reporta antecedentes médicos relevantes, acude a una consulta dental privada en la ciudad de Temuco, Chile, para realizar tratamiento rehabilitador con implantes. Al examen intraoral se observa desdentamiento parcial de la región posterior tanto en maxila como en mandíbula, sin otro hallazgo relevante. Se solicita de forma preliminar una radiografía panorámica de rutina en donde destaca el hallazgo de dos dientes de morfología similar a la de un premolar, ambos incluidos en el hueso de la región premolar derecha e izquierda. Llama la atención la ausencia de cortical alveolar por sobre la región coronal del diente identificado Reconstrucción tridimensional (CBCT) en la que se observa la cara externa de la mandíbula del lado derecho y en donde se aprecia un diente supernumerario suplementario (tipo premolar) en posición mesioinclinada, caudal a los dientes 4.4 y 4.5 e impactado en el tercio apical de este último. Reconstrucción tridimensional (CBCT) en la que se observa la cara externa de la mandíbula del izquierdo y en donde se aprecia un diente supernumerario incluido, en posición horizontal, caudal a los dientes 3.4 y 3.3 y de morfología rudimentaria de tipo molariforme. Corte coronal en el CBCT a nivel de las coronas de los supernumerarios. Se observa una leve expansión y adelgazamiento de tabla ósea lingual en ambos lados y una comunicación marginal de espacio pericoronario de supernumerario izquierdo en el lado izquierdo y la ausencia del segundo premolar, lo cual provoca confusión para un diagnóstico final. (Ramon Fuentes, Gianna Alvarez, Ivone Garay, Alian Arias y Fernando Jose Dias , 2018)

El tratamiento de las fracturas de mandíbula persigue la reducción anatómica y la fijación de fragmentos para conseguir la restitución de la oclusión, de la funcionalidad articular y del contorno facial. Estos principios se aplican a las distintas regiones de la mandíbula con excepción del área articular, localización para la cual no existe consenso sobre cuál es el método de elección.

El tratamiento clásico basada en la reducción cerrada obtiene resultados satisfactorios en un alto porcentaje de pacientes, a expensas de una fijación intermaxilar (FIM) con inmovilización ciega de los fragmentos y una rehabilitación funcional y oclusal prolongadas. Aquel tratamiento que acorta o evita esta fijación es mejor tolerado; la función masticatoria, la reintegración social y la incorporación a la actividad laboral se producen antes; y en general se reducen los costes asignables al sistema sanitario, a pesar de que, en un principio, pueden incrementarse el tiempo y la agresión quirúrgicos.