LIBRO DE RESÚMENES DE ESTOMATOLOGÍA

II JORNADA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA ESTOMATOLÓGICA

FONDO EDITORIAL
Universidad César Vallejo

LIBRO DE RESÚMENES DE ESTOMATOLOGÍA

II JORNADA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA ESTOMATOLÓGICA

FONDO EDITORIAL
Universidad César Vallejo

Libro de Resúmenes de Investigaciones:
II JORNADA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA ESTOMATOLÓGICA

Escuela de Estomatología Universidad César Vallejo. Piura

© Universidad César Vallejo S.A.C.
Av. Alfredo Mendiola 6232 , Panamericana Norte
Los Olivos, Lima Perú.

Edición y diseño: Fondo Editorial de la Universidad César Vallejo
Primera edición digital, julio 2020
Libro eléctronico disponible en http://repositorio.ucv.edu.pe

ISBN: 978-612-4435-26-3

Todos los derechos reservados. La reproducción parcial o total de esta obra en cualquier tipo de soporte está prohibida sin la autorización expresa de los editores.

Contenido

PRESENTACIÓN 11

REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS 15

MANEJO CONDUCTUAL DEL PACIENTE PEDIÁTRICO MEDIANTE TÉCNICAS PSICOLOGICAS Crista Gadith Palacios Rivas, Macarena Tenorio Olavarria, Ana María Aguirre Aguilar. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo Filial Piura 17

MÉTODOS DE ESTUDIO DE LA CONFIGURACIÓN DE LOS CONDUCTOS RADICULARES Débora Brenda Bernardes Pereira, Gabriela Stefania Hurtado Jalangui, Paul Martín Herrera Plasencia. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo Filial Piura 18

ANTISEPSIA Y ESTERILIZACIÓN EN EL CAMPO OPERATORIO PREVIO A LA CIRUGÍA Gabriela Alexandra Pingo Tume, Paola Yupanqui Tejero, Paul Martín Herrera Plasencia. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo Filial Piura 19

CARIES DE INFANCIA TEMPRANA Adriana García Lecarnaqué, Clara Luisa del Carmen Henckell Sime. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallego Filial Piura..... 20

ADAPTACIÓN MARGINAL DE LAS RESINAS BULK FILL. UNA REVISIÓN Vivian Karol García León, Lucy Gabriela Cutipa Torres, Julio César Romero Gamboa. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo Filial PIURA 21

RESISTENCIA A LA FATIGA CÍCLICA DE DOS LIMAS DE PERMEABILIZACIÓN CON DISTINTAS ALEACIONES Mari Carmen González Zuñe, María Elena Requejo Regalado, Julio César Romero Gamboa. Escuela de Estomatología. Universidad Particular de Chiclayo..22

CONSIDERACIONES SOBRE EL USO DE RESINAS PRECALENTADA Norka Nohelia Canchero Mayo, Gerardo Augusto Rodríguez Alayo. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo Filial Piura 23

DIABETES Y ENFERMEDADES BUCODENTALES EN PACIENTES ADULTOS MAYORES Martín Vargas Cornejo, Bettsy Zegarra Ramírez, Clara Luisa del Carmen Henckell Sime. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo Filial Piura 24

CONTAMINACIÓN DE LOS GUANTES DE LÁTEX UTILIZADOS EN LOS TRATAMIENTOS DENTALES Becky Stefanie Domínguez Puémape, Paul Martín Herrera Plasencia. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo Filial Piura 25

ANATOMÍA DEL NERVIO MANDIBULAR: PARESTESIA DEL RAMO LINGUAL Hisbeth Geraldine Ávila Mena, Gisela Abanto Mori, Alexander Roger Espinoza Salcedo. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo Filial Piura 26

EXPLORACIÓN ANATÓMICA DE REGIONES SUBMANDIBULARES: CASO DE ANGINA DE LUDWING Gabriela Paola Bruno Ayala, Gianella Antuanet Juárez Arenas, Alexander Roger Espinoza Salcedo. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo Filial Piura 27

ANATOMÍA QUIRÚRGICA DE MAXILAR SUPERIOR Y MÚSCULOS ASOCIADOS: CASO DE DESPLAZAMIENTO DEL TERCER MOLAR Marleny Camacho Pacherres, Jennifer Ashly Ojeda Anastasio Alexander Roger Espinoza Salcedo. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo Filial Piura 28

FAGOTERAPIA: LA FORMA MÁS EFICIENTE DE CONTROLAR A LOS MICROORGANISMOS PATÓGENOS ORALES Arelyn Carolina Cruz Zurita, Miguel Angel Ruiz Barrueto. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo Filial Piura 29

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN 31

ESTUDIO IN VITRO DE LA ANATOMÍA INTERNA DEL PRIMER PREMOLAR INFERIOR Endrina Abigail Huertas Sánchez, Carmen Teresa Ibáñez Sevilla. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo Filial Piura.....33

EFECTO ANTIFÚNGICO IN VITRO DEL EXTRACTO ETANÓLICO DE PROSOPIS PALLIDA SOBRE CANDIDA ALBICANS Lucero Yvette Vasquez Cachay, Enrique Moroni Gómez Vera, Miguel Angel Ruiz Barrueto. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo Filial Piura 34

MICROBIOTA PRESENTE EN LAS SUPERFICIES DE CONTACTO DE LAS UNIDADES DENTALES Y DEL SERVICIO RADIOLÓGICO DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO, PIURA 2017 Diana Alexandra Chong Calle, Fiorella Paola Inga Chumacero, Miguel Angel Ruiz Barrueto. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo Filial Piura 35

RIESGO CARIOGÉNICO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD I-III NUEVA SULLANA, 2017 Maria Yessenia Rodríguez Campos, Miguel Angel Ruiz Barrueto. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo Filial Piura 36

CALIDAD MICROBIOLÓGICA DEL AGUA DE LAS UNIDADES DENTALES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO, PIURA 2017 Karly Y. Alburqueque Chorres, Miguel Angel Ruiz Barrueto. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo Filial Piura 37

INFORMES DE INVESTIGACIÓN 39

PREVALENCIA DE LESIONES NO CARIOSAS EN DEPORTISTAS QUE PRACTICAN EL CULTURISMO EN LA CIUDAD DE PIURA, 2017 Roberto Gabriel García Carrillo, Paul Martín Herrera Plasencia. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo Filial Piura 41

EFECTO ANTIBACTERIANO IN VITRO DEL EXTRACTO ALCOHÓLICO DE LAS HOJAS DE *Prosopis pallida* (ALGARROBO) SOBRE *Enterococcus faecalis ATCC29212* Stephany Lizbeth Alvarado Saavedra, Paul Martín Herrera Plasencia. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo Filial Piura 42

MESAS CLÍNICAS.....43

ALTERACIONES EMBRIOGÉNICAS EN LAS DIFERENTES ETAPAS DEL DESARROLLO DENTAL Juan Rubén Bautista Robles, Daniela Mercedes Flores Moscol, José Augusto Agüero Alva. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo Filial Piura 45

CONECTORES MAYORES EN PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE Miriam Paiva Rumiche, Antonhy Zapata García, Edward Demer Infantes Ruiz. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo Filial Piura.....46

CONECTORES MENORES EN PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE Yacmi Rivera Amaningo, Edgar Aníbal López Agurto, Edward Demer Infantes Ruiz. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo Filial Piura.....47

DISEÑO DE UNA APLICACIÓN (APP) EN PLATAFORMA WAP/ WEB PARA MEJORAR EL APRENDIZAJE SOBRE PROTECCIÓN DENTINOPULPAR Daniela Cornejo Jarufe, Ana Lucía Carrasco Valle, Dora Denisse Cruz Flores. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo Filial Piura.....48

RETENEDORES EN BARRA EN PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE Leonardo Cortéz Concha, Alejandra Mamani Fernández, Edward Demer Infantes Ruiz. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo Filial Piura 49

IDENTIFICACIÓN RECONSTRUCTIVA ODONTOANTROPOLÓGICA DE CADÁVERES NN Gian Giuseppe Petrozzi Jiménez, Sofía Lussiana Delta Varillas, Jaime Uxon Plasencia Castillo. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo Filial Piura.....51

DETERMINACIÓN DE LA ABSORCIÓN DE SUSTANCIAS POR LA RESINA COMPUESTA MEDIANTE ESPECTROFOTOMETRÍA UV-VIS Ingrid Jacquelinny Dominguez Huamán, Dora Denisse Cruz Flores. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo Filial Piura. 52

OBTENCIÓN DEL MODELO DEFINITIVO EN PRÓTESIS TOTAL UTILIZANDO LA TÉCNICA DE ZOCALADO Kenyi Ruiz Duque, Katerine Guzmán Ramos, Wilmer Ticona Cari. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo Filial Piura. 53

TÉCNICA DE IMPRESIÓN PARA PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE CON DIFERENTES CONSISTENCIAS DE SILICONA Kenyi Ruiz Duque, Katerine Guzmán Ramos, Wilmer Ticona Cari. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo Filial Piura. 54

CONFECCIÓN DE GIJ ESTÉTICO MULTIPROPÓSITO Lissette Rimarachin Guevara, María de la Cruz Laines Ochoa, Gerardo Augusto Rodríguez Alayo. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo Filial Piura. 56

RETENEDORES DIRECTOS TIPO CIRCUNFERENCIAL EN PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE Claudia Morellia Chihuala Vilela, Edward Demer Infantes Ruiz. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo Filial Piura. 58

POSGRADO LIBRE..... 61

ANÁLISIS DE COSTO Y PROPUESTA DE TARIFA PARA TRATAMIENTO DE ORTODONCIA EN MALACLUSIÓN CLASE I EN UN CONSULTORIO DENTAL PRIVADO Raciel José Ajalcrina Hernández, Antonio Armando Aguirre Aguilar. Facultad de Estomatología. Universidad Nacional de Trujillo. 63

EFECTO DE UNA PASTA DENTAL CON XILITOL SOBRE EL PERFIL SALIVAL EN NIÑOS DE CINCO AÑOS, TRUJILLO 2016 Gerardo Augusto Rodríguez Alayo, Antonio Armando Aguirre Aguilar. Facultad de Estomatología. Universidad Nacional de Trujillo 65

NIVEL DE FLUJO Y PH SALIVAL EN GESTANTES Y NO GESTANTES DE 18-35 AÑOS DE EDAD QUE ACUDIERON AL HOSPITAL IV VÍCTOR LAZARTE ECHEGARAY Diego Armando Chero Nepo, Miguel Angel Ruiz Barrueto. Escuela de Estomatología. Universidad Señor de Sipán. Universidad César Vallejo Filial Piura 67

COLGAJO P&R: UNA ALTERNATIVA EN EXODONCIA DE TERCEROS MOLARES MANDIBULARES Oskar E. Prada Vidarte, Marco A. Reátegui Navarro. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo Filial Piura 68

EFECTO DE LA BROMELINA, PAPAÍNA Y GLUCANASA INMOVILIZADAS SOBRE LA DESINTEGRACIÓN IN VITRO DE LA PLACA Y CARIES DENTAL EN UN MODELO DE BOCA ARTIFICIAL Diego A. Chero Nepo, Miguel A. Ruiz-Barrueto. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo Filial Piura 69

Presentación

La investigación en Estomatología viene obteniendo logros determinantes a nivel mundial, su diversificación a otras áreas de la biomedicina la ha convertido en una ciencia importante en el quehacer científico y social de los países. Es función de la Estomatología promover, prevenir y restablecer la salud del sistema estomatognático de los individuos y de la comunidad bajo los principios humanistas. El cirujano Dentista debe tener la capacidad de identificar los problemas estomatológicos en sus pacientes y proponer soluciones, correctamente fundamentadas y refrendadas en la evidencia científica.
El incremento de la tecnología en el mundo y la facilidad del acceso a la información científica ha permitido identificar los factores determinantes para la mayoría de patologías bucodentales de la población. Pero aún hay mucho campo desconocido por descubrir. Aún se sigue considerando a la salud bucodental un problema de muchos pero un privilegio de pocos. Las altas prevalencias de enfermedades como la Caries Dental y enfermedad periodontal, causas de pérdida dentaria, es un indicador de que aún hay mucho por hacer.
Esta situación nos obliga como Universidad a aperturar espacios que propicien y fomenten la investigación. En ese sentido la Universidad César Vallejo a través de la Escuela de Estomatología realizó con éxito la II Jornada de Investigación Científica Estomatológica desarrollada en el marco del II Congreso Internacional de Estomatología, en los ambientes del Hotel Costa del Sol en la ciudad de Piura, Perú los días 25, 26 y 27 de octubre del 2017. El cual contó con la participación de 6 ponentes internacionales (Brasil, Argentina y Ecuador) y 13 nacionales de muy reconocida trayectoria.

La II Jornada de Investigación Científica Estomatológica contó con la participación de más de 50 trabajos de investigación en las modalidades de Revisión Bibliográfica, Proyecto de Investigación, Informe de Investigación, Casos Clínicos, Mesas Clínicas e Investigaciones de Posgrado. Se buscó fomentar la participación en la investigación de los alumnos de la Escuela de Estomatología para discutir y difundir los resultados de sus investigaciones. Asimismo, se espera compartir las técnicas innovadoras, e información actualizada referente a las diferentes especialidades Estomatológicas.

Consideramos que el esfuerzo desplegado por el Comité Organizador de este evento Científico - Académico nos permitió cumplir los objetivos trazados y nos involucra a continuar propiciando la comunicación científica en aras del desarrollo científico tecnológico de nuestra Universidad y del país.

EL COMITÉ ORGANIZADOR

Institución Organizadora

Universidad César Vallejo – Filial Piura
Resolución de Comité Directivo No 245-2017-CD-UCV PIURA.
Que aprueba el desarrollo del II Congreso Internacional
de Estomatología y la II Jornada de Investigación Científica
Estomatológica.

Comité Organizador

Presidenta:
Dra. CD. Erika Raquel Enoki Miñano

Vicepresidente:
Mg. CD. Wilfredo Terrones Campos

Secretaria ejecutiva:
Mg. CD. Dora Denisse Cruz Flores

Miembros

MSc. Mblgo. Miguel Ángel Ruiz Barrueto
Mg. CD. Paul Martín Herrera Plasencia
Mg. CD. Eric Giancarlo Becerra Atoche
Mg. CD. Cynthia Carolina Yarleque Maticorena
CD. Guillermo Leonel Enríquez Pérez
CD. Sadot Severo Yupanqui Pizarro
Sra. Carol Vanessa Rodríguez Guerrero

REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS

Manejo conductual del paciente pediátrico mediante técnicas psicológicas

Crista G. Palacios Rivas[1], Macarena Tenorio Olavarría[1], Ana M. Aguirre Aguilar[2]

La Odontopediatría es la especialidad odontológica que más comprensión y habilidad exige por parte del profesional para manejar la conducta del paciente infantil. Los miedos y temores en el ámbito de la Odontología tienen mayor incidencia en esta población; el manejo de la conducta del paciente pediátrico por parte del odontólogo tiene una influencia en el comportamiento del niño, aunque los padres y el entorno juegan un papel importante en la adaptación del infante.

El miedo al dentista es una emoción común, esencial e inevitable que aparece como una respuesta al estrés, lo que eleva el nivel de ansiedad de los niños, teniendo como resultado una menor demanda de atención odontológica pediátrica. La primera experiencia dental es importante para moldear la actitud del niño hacia la Odontología y el resultado dental. La cooperación del niño durante el tratamiento dental es vital para brindar un tratamiento exitoso y de calidad. El desarrollo cognitivo de un niño dictará el nivel y la cantidad de intercambio de información que puede tener con el dentista.

Una de las técnicas más utilizadas por los dentistas pediátricos para controlar la ansiedad dental en una visita pre-tratamiento son el modelado directo y TSD (decir-mostrar-hacer). Luego dicha técnica se modificó por la técnica TPD (decir-juego-hacer), utilizando el concepto de aprender en la reducción de la ansiedad y el miedo de los niños a un tratamiento dental y la promoción de la conducta adaptativa.

De acuerdo a los estudios realizados en La India y México, en la que se modifica la técnica TSD (decir - mostrar -hacer) por la técnica TPD (decir-jugar-hacer), donde se utiliza el concepto 'aprender', se logra la disminución de la ansiedad y el miedo en los niños hacia el tratamiento. El objetivo de este estudio fue realizar una revisión bibliográfica acerca de la utilización del modelado directo en comparación con la técnica TPD entre los niños de 5-7 años de edad.

PALABRAS CLAVE: Paciente pediátrico, manejo conductual, modelado directo.

1. Estudiante de Pregrado. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo – Filial PIURA.
2. Cirujano Dentista. Docente Tiempo Parcial. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo – Filial PIURA.

Métodos de estudio de la configuración de los conductos radiculares

Gabriela S. Hurtado Lalangui[1], Débora B. Bernardes Pereira[1], Paul M. Herrera Plasencia[2]

Introducción: El estudio de la anatomía interna de los dientes humanos es indispensable ya que puede presentar gran cantidad de variaciones anatómicas. Al final del siglo pasado mejoraba el conocimiento de la anatomía de los dientes, verificándose lo complejo que era el sistema de conductos radiculares. Los estudios de los conductos fueron realizados con las diferentes técnicas como, inyección de metal fluido, estudio topográfico, diafanización, cortes histológicos, radiografías, entre otros. El objetivo de la presente revisión bibliográfica es revisar los diferentes métodos de estudio de la configuración interna de los conductos radiculares a través del tiempo en revistas, según sciencedirect Journal Endodontic, Journal of dental sciences. Asimismo, en google académico y google.com.br.

Resultados: Entre los mejores métodos más antiguos está la diafanización y de la actualidad la Microtomografía Computarizada. Según los autores Y. Greco-Machado, J.A. García-Molina, V. Lozano-De Luaces, M.C. Manzaranes-Céspedes, la técnica de diafanización proporciona una visión tridimensional de conductos radiculares, no requiere de equipos especializados, y retiene la forma original y la configuración de los conductos y de sus anastosis. Según Carolina Altagracia Filpo Pérez, la principal ventaja de la técnica de Microtomografía Computarizada en relación a las demás metodologías ya consagradas para ese tipo de evaluación, está en la capacidad de demostrar las características morfológicas dobladas del canal radicular, de manera precisa y de forma no invasiva. Además, este recurso tecnológico ofrece datos reproductivos en tres dimensiones que permiten comparaciones antes y después de la instrumentación.

Conclusión: Entre los mejores métodos del estudio de los conductos radiculares, el que más resaltó en el siglo XIX por brindar una visión tridimensional es la diafanización, y como el método más actual y avanzado está la Microtomografía Computarizada, la cual resalta por tener una amplia visión de la orientación, la forma y la cantidad de los conductos radiculares.

PALABRAS CLAVE: Configuración de conductos radiculares, diafanización.

1. Estudiante de Pregrado. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo – Filial PIURA.
2. Magister. Cirujano Dentista. Docente Tiempo Completo. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo – Filial PIURA.

Antisepsia y esterilización en el campo operatorio previo a la cirugía

Gabriela Pingo Tume[1], Paola Yupanqui Tejero[1], Paul M. Herrera Plasencia[2]

Introducción: La cavidad oral es un foco infeccioso y completamente contaminado. Se pueden usar técnicas o procedimientos que nos darán mayor seguridad en el campo operatorio. La asepsia hace referencia a la utilización de procedimientos que impiden el acceso de microorganismos patógenos a un medio libre de ellos, por ejemplo, mediante el lavado de manos, la instauración de técnicas de barrera o la limpieza habitual. El cirujano inglés Joseph Lister fue el primero en percatarse de la importancia de la asepsia en el campo quirúrgico, y desarrolló por primera vez la idea de prevenir las infecciones de herida quirúrgica con el uso de métodos antisépticos.

El concepto de esterilidad se refiere a un determinado objeto o superficie sin microorganismos; puesto que la esterilidad no puede demostrarse de manera absoluta siempre existe el riesgo de la transmisión de las enfermedades infecciosas no solo para el dentista y auxiliar de odontología, sino especialmente para los pacientes, pues si el primer paciente atendido presentase alguna enfermedad infectocontagiosa (VIH, candidiasis, herpes) y no se utiliza el instrumental esterilizado, existe el grave riesgo de diseminar una infección a todos los pacientes atendidos seguidamente. La contaminación en las superficies de trabajo dental a veces es inevitable y la asepsia y la esterilización son importantes en la prevención y control de la infección previa a una intervención quirúrgica. Objetivos: Realizar una revisión en las revistas sobre antisepsia y esterilización.

Metodología: Se incluyeron cinco artículos mayoritariamente estudios y de revistas entre los años 2006 a la actualidad. Resultado: Existe una gran gama de procedimientos que aseguran poder proteger de una posible infección en el campo preoperatorio pero también existe un gran desconocimiento acerca del uso de los mismos en los centros de salud. Conclusiones: Dentro de los métodos de esterilización el mejor en su tipo es por medio de la autoclave y en antisépticos Intraoral el Gluconato de Clorhexidina 0.12% y como Antiséptico Extra oral Povidona Yodada.

PALABRAS CLAVE: Desinfección, asepsia, antisépticos, esterilización.

1. Estudiante de Pregrado. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo – Filial PIURA.
2. Magister. Cirujano Dentista. Docente Tiempo Completo. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo – Filial PIURA.

Caries de infancia temprana

Adriana García Lecarnaqué[1], Clara L. Henckell Sime[2]

En la actualidad, la caries dental es un problema de salud pública que afecta a millones de personas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), puede tomar los siguientes criterios: Caries inicial, caries de esmalte, caries de dentina y caries con afección pulpar, según la severidad del caso. La Caries de Infancia Temprana (CIT) es una enfermedad bucal que afecta a niños desde su nacimiento hasta los 71 meses de edad y obedece a todo un universo de factores entre los que se incluyen, físicos, biológicos, alimenticios, sociales, económicos, ambientales, conductuales e incluso políticos.

Es de preocupación en salud pública porque si no es tratada a tiempo puede influenciar negativamente en el estado de salud general del niño, es decir, en su crecimiento, estética, dificultades para alimentarse y del lenguaje y en maloclusiones. Por otro lado, estudios demuestran que es más barato prevenir que curar la caries, por tanto, hay necesidad de plantearse políticas públicas dirigidas a ese fin. La presente revisión bibliográfica tiene como propósito la búsqueda de información que revela la actual situación de esta enfermedad en la población peruana, los factores que influyen en su presencia y la identificación de acciones de prevención para minimizar su prevalencia e incidencia.

Se revisaron 07 artículos científicos (4 nacionales, 02 cubanos y 01 mexicano) y 5 tesis realizadas en el Perú sobre CIT, de los cuales se pudo inferir que dicha patología se presenta en nuestro país con prevalencia aumentada conforme avanza la edad cronológica, teniendo la prevalencia más baja el grupo de niños menores de 1 año. Asimismo, se encontró que el origen de las CIT se debe a múltiples factores, incluyendo el ph salival y el índice de desnutrición.

Dentro de las recomendaciones para prevenir la CIT están la educación, la orientación en higiene bucal, el cepillado dental, los buenos hábitos alimenticios para eliminar las dietas cariogénicas y el control de la madre en el cuidado durante el embarazo en la reducción de conductas que favorezcan la transmisión temprana de ciertos microorganismos causantes del CIT.

PALABRAS CLAVE: Caries de Infancia temprana, dientes, factores cariogénicos.

1. Estudiante de Pregrado. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo – Filial PIURA.
2. Doctora. Cirujano Dentista. Docente Tiempo Parcial. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo – Filial PIURA.

Adaptación marginal de las resinas Bulk Fill. Una revisión.

Vivian García León[1], Gabriela Cutipa Torres[1], Julio C. Romero Gamboa[2]

Las resinas Bulk Fill tienen una similitud a las resinas compuestas en cuanto a sus propiedades mecánicas y a la filtración marginal, estas varían según sus fabricantes y su fluidez. Hicimos una revisión de los últimos años puesto que es lanzada recientemente al mercado y aún se realizan estudios para comprobar su efectividad. Hay una tendencia en la elaboración de las restauraciones de resinas compuestas más rápidas y con técnicas más eficientes. Lo más conocido por todos es que al realizar una restauración con resina convencional se usa la técnica incremental, aplicando incrementos no mayores a 2mm para poder reducir el factor C. ya que con el tiempo empezaron a buscar una resina que se realizará en poco tiempo y que se aplique en un solo incremento. Algunos propusieron una técnica alternativa llamada técnica monoincremental con las resinas Bulk Fill, la cual se aplica a un solo incremento en la cavidad, para ser continuamente fotopolimerizado. Tradicionalmente esta técnica no es aplicada en resinas compuestas convencionales debido a que hay problemas en la contracción y estrés de la polimerización así como las desadaptaciones marginales las cuales podrían causar caries secundarias, irritación pulpar o sensibilidad post operatoria. Por ello dentro de las características de la resina Bulk Fill encontramos el mitigador de estrés de contracción, la mejor del espectro de absorción y la reacción a la luz de los iniciadores.

Esta resina rompe los métodos tradicionales de aplicación, debido a que su uso no es por capas delgadas sino en bloques de hasta 4 a 5 mm y esto se realiza típicamente por la mejora de la traslucidez. La literatura es ambigua en cuanto a la profundidad de curado, el grado de conversión, las características físicas, y la inducción de estrés en la interfase diente/restauración cuando se comparan las resinas Bulk-Fill con las resinas convencionales aplicada por incrementos. Un estudio realizado por Alves E. intentó determinar la adaptación marginal en restauraciones clases II con resinas Bulk-Fill y demostró mediante la aplicación de simples técnicas de estratificación que los materiales Bulk-Fill no permiten una mejor adaptación marginal de un compuesto estándar. Las resinas Bulk-Fill exhiben una adaptación marginal adecuada y similar a los resultados de la resina compuesta estándar. Furness A. examinó los efectos de la aplicación de resinas convencionales con la técnica incremental de 2mm y resinas Bulk-Fill con la técnica monoincremental de 4mm. No encontraron diferencias significativas en los márgenes de free-GAP entre las distintas técnicas de aplicación. A excepción de la resina fluida SDR Bulk-Fill, el porcentaje de márgenes libres de GAP fue significativamente más baja en la interfase piso pulpar que en la interfase de esmalte.

PALABRAS CLAVE: Resinas, adaptación marginal, Bulk Fill.

1. Estudiante de Pregrado. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo – Filial PIURA.
2. Magister. Cirujano Dentista. Docente Tiempo Parcial. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo – Filial PIURA.

Resistencia a la fatiga cíclica de dos limas de permeabilización con distintas aleaciones

María E. Requejo Regalado[1], Marielena Gonzáles Zuñe[1], Julio C. Romero Gamboa[2]

Introducción: Los instrumentos endodónticos con flexibilidad mejorada reducen los errores iatrogénicos causados por la deformación del conducto y mejoran la eficiencia y seguridad de la preparación del conducto radicular. La fractura de limas endodónticas puede ocurrir de dos formas: por torsión o por flexión. La primera se produce por el atrapamiento de un segmento del instrumento rotatorio dentro del conducto radicular. Este, al continuar girando, sobrepasa su límite elástico e inicia la deformación plástica que lleva posteriormente a la fractura del instrumento. Por otra parte, la fractura por flexión se produce cuando el instrumento gira libremente en una curvatura y genera en la lima ciclos de tensión/compresión. El objetivo de la presente revisión bibliográfica es proporcionar la información necesaria sobre la fatiga cíclica de Pro Glider y Path file.

Metodología: Se revisaron revistas indexadas en las bases de datos biomédicas Pubmed, Scielo y Science Direct, tomando en cuenta todos los artículos sin restricción de idioma y con un parámetro temporal de antigüedad máximo de 5 años en relación con la fecha actual. Discusión: Empleando la descripción de los diferentes autores ante la fatiga cíclica, se realizó una comparación de factores y se pudo determinar: Parashos determinó que la fatiga cíclica de instrumentos rotatorios disminuye con el aumento del diámetro del instrumento. Capar , mostró que diferentes instrumentos sometidos a la misma longitud de trabajo se fracturaron en diferentes longitudes, el diámetro de todos los instrumentos era el mismo (4 mm de la punta). Para Gambarini , la resistencia a la fatiga cíclica puede ser influenciada por la aleación y/o el proceso de manufactura del instrumento.

Conclusiones: Proglider tiene mayor resistencia a la fractura cíclica con respecto a Pathfile. Un inconveniente importante de la mayoría de los estudios de laboratorio que han probado el comportamiento a la fatiga de los instrumentos de niti es que los diversos factores como las propiedades metalúrgicas, diseño y dimensiones de cada instrumento, son específicas para cada marca ya que contribuyen a ello.

PALABRAS CLAVE: Fatiga cíclica, aleaciones, Proglider.

1. Estudiante de Pregrado. Escuela de Odontología. Universidad de Chiclayo. Chiclayo – Perú.
2. Magister. Cirujano Dentista. Docente Tiempo Parcial. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo – Filial PIURA.

Consideraciones sobre el uso de resinas precalentadas

Norka Canchero Mayo[1], Gerardo A. Rodríguez Alayo[2]

Introducción: La resina compuesta es el material de restauración directa más usada en el mundo, ya que por sus propiedades y ventajas ha logrado excelentes resultados clínicos, y para mejorar más estas propiedades, diversos autores han optado por calentarlas antes de su aplicación con resultados favorables. Objetivo: Revisar y analizar la literatura científica de los últimos once años sobre la aplicación clínica de resinas compuestas precalentadas. Metodología: Se realizó una búsqueda de la literatura realizada desde el 2007 hasta el 2017, en la base de datos PubMed y Medline, con los términos: resin preheating, composite preheating, prewarming resin. Resultados: Después de analizar 45 títulos y resúmenes, seleccionaron 27 artículos (experimentales in vitro y en vivo), se excluyeron casos clínicos, consensos y revisiones bibliográficas, no se encontraron metaanálisis.

Discusión: Al aumentar la temperatura de la resina compuesta, produce que los radicales libres y las cadenas poliméricas crecientes se vuelven más fluidos como consecuencia de una menor viscosidad y más móviles y reaccionan en mayor cantidad dando como resultado una reacción de polimerización más completa con una mayor reticulación. Los resultados de los estudios primarios indican que precalentar las resinas compuestas producen: mayor polimerización, mayor sellado y adaptación marginal (a mayor temperatura menor formación de gaps), menor filtración en todas las cavidades de Black, disminuye su solubilidad, produce mayor adhesión a la estructura dentaria, aumenta su dureza compresiva y tensional. Por otro lado, los estudios muestran que precalentar la resina compuesta: produce mayor contracción, aumenta su módulo de elasticidad, mayor movimiento cuspídeo, (en cavidades amplias), mayor espesor de película, aumenta la temperatura pulpar (pero sin dañarla), además, precalentar varias veces no afecta sus propiedades.

Conclusiones: Precalentar cualquier tipo de resina compuesta mejoras sus propiedades mecánicas al usarlo como material restaurador y agente cementante, pero debe usarse con el conocimiento de sus limitaciones. Las principales temperaturas para precalentar las resinas compuestas estudiadas fueron a 45, 55, 60 y 68 grados centígrados.

PALABRA CLAVE: Resin composite.

1. Estudiante de Pregrado. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo – Filial PIURA.
2. Magister. Cirujano Dentista. Docente Tiempo Parcial. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo – Filial PIURA.

Diabetes y enfermedades bucodentales en pacientes adultos mayores

Héctor M. Vargas Cornejo[1], Bettsy J. Zegarra Ramírez[1], Clara L. Henckell Sime[2]

La práctica estomatológica en pacientes con diabetes mellitus debe ser llevada a cabo con suma responsabilidad, y más aún en aquellos mayores de 60 años, considerados como adultos mayores. En el Perú, la Norma Técnica N° 043-MINSA/DGSP-V.011, considera a los adultos mayores en cuatro grupos claramente definidos: Adulto Mayor Activo Saludable; Adulto Mayor Enfermo; Adulto Mayor frágil (> 80 años y con dependencia parcial) y Paciente Geriátrico Complejo (> 80 años con dependencia total). Generalmente la diabetes mellitus tipo II viene asociada con el incremento de la edad y con una serie de padecimientos propios debido a los trastornos metabólicos que ésta produce. Aún cuando hay cambios bucales propios del envejecimiento, éstos se agravan o son más difíciles de tratar cuando están presentes en pacientes adultos mayores diabéticos. En el presente artículo de revisión se indagó información a través de Google scholar sobre las enfermedades bucodentales que se presentan con mayor frecuencia en adultos mayores diabéticos y en los que no lo son con la finalidad de plantear algunas recomendaciones para su prevención y para una mejor práctica estomatológica.

Se tuvieron como criterios de exclusión, a los artículos no latinoamericanos y en inglés. Se revisaron 12 artículos (2 originales), una norma técnica y una base de datos del INEI peruano. De la información revisada, se encontró que las enfermedades bucodentales más frecuentes en los adultos mayores son: La caries dental, la enfermedad periodontal (periodontitis) y la xerostomía. Sin embargo, no se descarta la presencia de otras enfermedades bucodentales menos frecuentes como la candidiasis y el cáncer bucal. Mientras que para los adultos mayores diabéticos se encontraron las mismas pero con el agravante de ser más difíciles de tratar y de presentarse asociadas (para el caso de las lesiones bucales). Esta investigación colaborará con la función del estomatólogo en ayudar a estos pacientes a mantener una buena salud bucal mediante la identificación de los factores de riesgo, el reconocimiento y diferenciación de los cambios normales propios de la edad de los patológicos y la solución de los problemas de salud bucal que les afectan para ofrecerles una mayor calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: Diabetes, enfermedad bucodental, adulto mayor.

1. Estudiante de Pregrado. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo – Filial PIURA.
2. Doctora. Cirujano Dentista. Docente Tiempo Parcial. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo – Filial PIURA.

Contaminación de los guantes de látex utilizados en los tratamientos dentales

Becky Domínguez Puémape[1], Paul M. Herrera Plasencia[2]

Introducción: La práctica odontológica trae consigo el contacto directo e indirecto con microorganismos presentes en el ambiente, en el campo operatorio y en los pacientes que llegan a consulta. Esta contaminación debería ser evitada mediante las barreras de bioseguridad, en especial los guantes de látex, sin embargo, tras ser expuestos a largas horas de trabajo, estos se contaminan.

Objetivos: Determinar las principales vías de contaminación de los guantes de látex e identificar los microorganismos presentes en sus superficies a través de la búsqueda de información en las revistas científicas de mayor impacto.

Metodología: Se realizó una búsqueda de fuentes primarias en 5 bases de datos, 7 artículos fueron seleccionados; en la búsqueda de fuentes secundarias, 2 artículos quedaron seleccionados y en la revisión sistemática realizada en la base de datos de Pubmed encontrándose 1 revisión sistemática. Resultados: El principal mecanismo de contaminación de los guantes de látex es la permeabilidad luego de un determinado tiempo de uso, las perforaciones durante la práctica odontológica y la desintegración que estos presentan al ser expuestos a cierto tipo de materiales dentales. Los principales microorganismos presentes en la superficie de los guantes de látex son: *Escherichia coli, Staphylococcus aureus, Staphylococcus epidermidis, Propionibacterium acnes* y *Candida albicans.*

Conclusión: La principal vía de contaminación de los guantes de látex es la exposición constante a fluidos como la saliva, sangre, no lavarse las manos antes y después de cada procedimiento, el uso inadecuado, el uso prolongado durante los tratamientos odontológicos perdiendo sus cualidades y haciéndose permeable a microorganismos patógenos. Además se reconocen los microorganismos presentes tales como: *Staphylococcus aureus, Propionibacterium acnes, S. epidermidis, Escherichia coli* y *Candida albicans.* Este es un hallazgo preocupante para la comunidad odontológica que se expone sin conocer los riesgos que trae consigo el inadecuado uso de los guantes de látex.

PALABRAS CLAVE: Guantes de látex, contaminación, tratamiento dental.

1. Estudiante de Pregrado. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo – Filial PIURA.
2. Magister. Cirujano Dentista. Docente Tiempo Completo. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo – Filial PIURA.

Anatomía del nervio mandibular: parestesia del ramo lingual

Hisbeth G. Ávila Mena[1], Gisela Abanto Mori[1], Alexander R. Espinoza Salcedo[2]

Introducción: Ante un tratamiento odontológico quirúrgico, se debe reconocer la anatomía de los tejidos maxilofaciales, como la anatomía del nervio mandibular llamado el (V3), y de sus ramos que involucran a los tejidos del sistema estomatognático, como hueso, músculos y mucosas. En la presente revisión, se ha conocido la anatomía completa del (V3) y sus ramas; y se analizó un caso clínico de Parestesia del nervio lingual (NL), con sus implicancias clínicas y cómo se comprometió la salud de un paciente. Objetivos: Conocer la anatomía descriptiva, topográfica y funcional del (V3), reconocer la importancia de sus ramas y analizar en un caso clínico las implicancias de una Parestesia del (NL).

Metodología: Se realizó una revisión bibliográfica especializada en la Biblioteca de la Universidad César Vallejo, en revistas y artículos científicos indexados.

Resultados: El (V3), presenta ramos con funciones sensitivas y motoras, una división anterior con 5 ramos nerviosos y una Posterior con 4 ramos, involucran tejidos orales como la lengua. El caso clínico analizado presentó una parestesia del (NL) post exodoncia de un tercer molar inferior incluido, ocasionando la afectación temporal del (NL).

Discusión: La parestesia del (NL), puede presentarse como complicación post exodoncia, y puede ser lesión temporal o permanente, y puede resultar en una neuropatía. Dependerá de los procedimientos diagnósticos y del abordaje del acto quirúrgico, donde estudios han registrado lesiones temporales entre el 2% y 10% de los casos, asociados a la técnica anestésica, posición del diente y de la experiencia del operador.

Conclusión: Que el (V3) presenta ramos sensitivos y motores en el sistema estomatognático, involucra al funcionamiento de la lengua entre sus ramos, por último, es necesaria la planificación radiográfica, anatómica, quirúrgica e interconsulta, para un correcto abordaje en la extracción de un tercer molar inferior, y así evitar cualquier complicación post exodoncia, el cual deberá ser asumido con responsabilidad y capacidad.

PALABRAS CLAVE: Anatomía del Nervio mandibular, Ramo lingual, Parestesia.

1. Estudiante de Pregrado. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo – Filial PIURA.
2. Magister. Cirujano Dentista. Docente Tiempo Parcial. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo – Filial PIURA.

Exploración anatómica de regiones submandibulares: caso de Angina de Ludwing

Gabriela P. Bruno Ayala[1], Gianella A. Juárez Arenas[1], Alexander R. Espinoza Salcedo[2]

Introducción: La exploración anatómica y clínica de las regiones maxilofaciales, es necesaria para tener diagnósticos más acertados, para una terapia de intervención oportuna. El evaluar la región submandibular (RSub), como submentoneana, sublingual y submaxilar; se identificaría alguna patología que afecte la salud e incluso la vida del paciente, como en la Angina de Ludwing (Alu). La presente revisión, reconoció la anatomía fundamental de las (RSub), y se analizó dos casos clínicos con (ALu) con implicancias clínicas y de salud del paciente.

Objetivos: Conocer la anatomía topográfica y funcional de las (RSub); reconocer la importancia de su evaluación, fisiología y clínica; y analizar dos casos clínicos con diagnósticos de (ALu). Metodología: Mediante una revisión bibliográfica en la Biblioteca de la Universidad César Vallejo, anotaciones de aula del docente, y búsqueda informativa en las revistas científicas.

Resultados: Las (RSub), deben ser evaluadas con criterios clínicos adecuados, desde la anatomía a la semiología. La (ALu), tiene su origen en las infecciones odontogénicas de dientes mandibulares, se evidencia celulitis de avance progresivo y exudado sanguinolento que afecta a las (RSub) e incluso piso de boca. Se puede complicar con Trismus, apertura bucal corta, odinofagia, disfagia, elevación de lengua, edema, fascitis necrotizante o mediastinitis y cierre vía aérea superior.

Discusión: El diagnóstico de (ALu), se hace por criterios clínicos, debe identificarse prontamente para el inicio de su tratamiento. Se debe evaluar la terapia antibiótica, por cuadros de resistencia a su acción, de realizarse incisión de drenaje debe ser con el entrenamiento adecuado para lograr resultados óptimos. Conclusión: Las (RSub), deben ser bien identificadas y evaluadas desde la anatomía a la semiología. Es importante identificar características de asimetrías, fluctuaciones y otros que adviertan alguna posible patología. La (Alu), tiene su origen en las infecciones odontogénicas, afecta a las (Rsub), evidenciando una celulitis de avance progresivo y exudado sanguinolento.

PALABRAS CLAVE: Región submandibular, Angina Ludwing, Celulitis.

1. Estudiante de Pregrado. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo – Filial PIURA.
2. Magister. Cirujano Dentista. Docente Tiempo Parcial. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo – Filial PIURA.

Anatomía quirúrgica de maxilar superior y músculos asociados: Caso de desplazamiento del tercer molar

Marleny Camacho Pacherres[1], Jennifer A. Ojeda Anastasio[1], Alexander R. Espinoza Salcedo[2]

Introducción: Un tratamiento quirúrgico, nos compromete a conocer la anatomía específica de los tejidos óseos y blandos, ante la extracción de un tercer molar superior (3MS). Se debe reconocer la anatomía quirúrgica para su intervención, asociado a los músculos, mucosas, nervios y otros. La presente revisión, reconoció la anatomía completa del hueso maxilar superior (MxS) y los músculos de la expresión asociados; y se analizó un caso clínico de desplazamiento de un (3MS) a un espacio facial bucal (EFb).

Objetivos: Conocer la anatomía topográfica y descriptiva del (MxS) y de los músculos asociados. Reconocer la anatomía quirúrgica y analizar un caso clínico de un desplazamiento del (3MS) a un (EFb), en un tratamiento de exodoncia. Metodología: A través de la revisión bibliográfica en la Biblioteca de la Universidad César Vallejo, en revistas y artículos científicos indexados y asesorado por el docente.

Resultados: (MxS) presenta reparos anatómicos a considerar en su aplicación quirúrgica; así como los músculos asociados, como buccinador, risorio, cigomáticos, espacio facial, bucal y otros. El caso clínico analizado presentó un desplazamiento del (3MS) que invadió el (EFb), por una extracción errada, resultado en sintomatología, músculos y tejidos vásculo nervioso, donde se procedió a la enucleación del diente, curetaje alveolar, reposición y sutura muscular, y terapia antibiótica.

Discusión: Que el desplazamiento del (3MS), sucedió por la equivocada acción y excesiva fuerza de un acto quirúrgico. Que al lesionar el músculo buccinador, puede verse afectado el nervio bucal, producir posterior parestesia, hasta una parálisis facial, teniendo en cuenta la lesión a otros tejidos, como arterias y glándulas asociadas.

Conclusión: Es necesario reconocer los reparos anatómicos del (MxS), y los músculos asociados a su anatomía. El desplazamiento del (3MS) al (EFb) se produjo por movimientos incorrectos en una extracción, y pueden comprometer los músculos y tejidos vásculo nerviosos que afectarán al paciente.

PALABRAS CLAVE: Maxilar superior, tercer molar, espacio facial bucal.

1. Estudiante de Pregrado. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo – Filial PIURA.
2. Magister. Cirujano Dentista. Docente Tiempo Parcial. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo – Filial PIURA.

Fagoterapia: la forma más eficiente de controlar a los microorganismos patógenos orales

Arelyn C. Cruz Zurita[1], Miguel A. Ruiz-Barrueto[2]

Introducción: En la actualidad la resistencia bacteriana es un problema de salud pública. Las terapias antibióticas están fallando porque cada vez hay más bacterias resistentes. A nivel oral la prevalencia de caries y de la enfermedad periodontal es muy alta a nivel mundial. Se ha establecido que debido a la resistencia bacteriana en poco tiempo no existirán antibióticos para controlar a los microorganismos por lo que la única alternativa sería recurrir a los virus. La utilización de estos para eliminar bacterias específicas como las orales se le denomina terapia fágica o fagoterapia. Las ventajas de esta terapia es la alta especificidad de los fagos, su capacidad de auto replicación, su inocuidad y seguridad.

Objetivo: Determinar mediante una revisión bibliográfica si la fagoterapia o utilización de los virus para combatir a las bacterias es la forma más eficiente para controlar a los microorganismos patógenos orales. Metodología: Se realizó una revisión bibliográfica de artículos científicos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, web of Science, ebsco, Science Direct, google académico. El criterio de selección de los artículos fue la temática y el tiempo de antigüedad de publicación del artículo con respecto a la fecha actual no mayor a cinco años.

Resultados: La fagoterapia no es nueva. Existe desde los años 50. Su uso se está diversificando a áreas como la veterinaria y la agricultura donde se han obtenido buenos resultados. Se sabe que cada bacteria de nuestro cuerpo presenta un fago específico. Esta conclusión indicaría que las bacterias patógenas orales también podrían ser controladas mediante esta biotecnología. Discusión: Se ha demostrado hasta este momento que el uso de bacteriófagos presenta mayores ventajas que los antibióticos ya que podrían eliminar bacterias patógenas multirresistentes a antibióticos y, al contrario de estos, lograr un efecto muy específico ya que actúa a nivel de especie o cepa sin alterar la microbiota normal del organismo tratado. Conclusión: Tal vez la fagoterapia no sea muy conocida aún, muchas investigaciones vienen teniendo resultados esperanzadores que permiten creer que muy pronto daremos el salto de la terapia antibiótica que genera multirresistencia a la fagoterapia eficiente e inocua para el ser humano.

PALABRAS CLAVE: Fagoterapia, patógenos orales, bacteriófagos.

1. Estudiante de Pregrado. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo – Filial PIURA.
2. Maestro en Ciencias. Biólogo Microbiólogo. DTC. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo – Filial PIURA.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Estudio in vitro de la anatomía interna del primer premolar inferior

Endrina A. Huertas Sánchez[1], Carmen T. Ibáñez Sevilla[2]

El primer premolar mandibular es una pieza que presenta en su mayoría de casos un conducto radicular único, amplio y de fácil acceso (66,6%) pero como toda pieza dental, no es ajena a las variaciones en sus conductos radiculares internos lo cual nos puede causar problemas al momento de realizar una endodoncia, este problema radica cuando se encuentran dos o tres conductos, de difícil acceso, sobre todo si la división del conducto principal se produce a nivel del tercio apical, como es usual.

Esta investigación descriptiva del diseño transversal, tuvo como objetivo principal determinar la anatomía interna del primer premolar inferior en la ciudad de Piura, lo cual involucra: el número de raíces, el número de conductos y la clasificación de los conductos utilizando Vertucci. Al ser una población infinita, se procedió a realizar un muestreo no probabilístico por conveniencia, tomando en cuenta la cantidad de dientes que utilizaron las investigaciones anteriores en diversas partes del mundo se realizó una prueba piloto utilizando 10 piezas dentales recolectadas de diversos consultorios en Piura, como criterios de exclusión se tomó en cuenta que estas piezas estuvieran en buen estado, con el ápice completo y sin destrucción que afecte la cavidad pulpar.

Estas piezas dentales pasaron por un protocolo de diafanización utilizando la técnica de Robertson: descalcificación dental, deshidratación y transparentación. Se obtuvo como resultados en cuanto al número de raíces: 90% presentaron 1 raíz, y un 10% presentó 2 raíces. Un 70% presentó un conducto y un 30% 2 conductos. De acuerdo a la clasificación de Vertucci un 60% presenta clase I, 10% presenta clase II, 10% clase III, 10% clase V y 10% no puede observar su anatomía interna. Se estima el desarrollo de este proyecto en los semestres 2017 I y II, con un costo de S/.3,947.000 nuevos soles.

PALABRAS CLAVE: Conductos radiculares, Clasificación de Vertucci, premolares, endodoncia.

1. Estudiante de Pregrado. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo – Filial PIURA.
2. Magister. Cirujana Dentista. Docente Tiempo Parcial. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo – Filial PIURA.

Efecto antifúngico del extracto etanólico de *Prosopis Pallida* sobre Candida Albicans

Lucero I. Vásquez Cachay[1], Enrique M. Gómez Vera[1], Miguel A. Ruiz-Barrueto[2]

Introducción: En la actualidad diversas investigaciones se han enfocado en encontrar beneficios y soluciones para las enfermedades más prevalentes en la población mundial, teniendo como iniciativa primordial los recursos naturales especialmente la flora. La incidencia de enfermedades fúngicas en la población ha aumentado en los últimos años. Se considera que 4 de cada 100 pacientes que acuden al servicio de Odontología, presentan síntomas de infección por candidiasis, es frecuente en niños, ancianos, enfermos de VIH-SIDA, fumadores y diabéticos. Las infecciones por *Candida albicans* presentan una frecuencia del 24-60 % en pacientes que portan prótesis dentales. El algarrobo es una planta que crece en todo el territorio peruano y presenta múltiples principios activos con características medicinales.

Objetivo: Evaluar el efecto antifúngico del extracto etanólico de *Prosopis pallida* (algarrobo) sobre *Candida albicans* mediante la determinación de la concentración mínima fungistática y la concentración mínima fungicida. Población y Muestra: Se utilizará un cepa de *Candida albicans* ATCC 90028 a partir del cual se realizará una suspensión semejante al tubo No 0.5 del nefelómetro de McFarland. Cada unidad de ensayo se realizará por duplicado. Se realizarán también cuatro repeticiones de los experimentos.

Metodología: Es una investigación experimental con diseño de estímulo creciente, con postprueba únicamente y grupo control. Para evaluar el efecto antifúngico se utilizarán los métodos estandarizados de difusión en disco (medición del halo de inhibición en mm) y microdilución (diámetro de botón de crecimiento). La obtención del extracto alcohólico de *Prosopis pallida* (algarrobo) se realizará por el método de maceración y extracción etanólica en frío.

Resultados probables: Se espera que las diferentes concentraciones del extracto de *Prosopis pallida* inhiba de forma permanente el crecimiento de *Candida albicans.* El hablar de inhibición permanente quiere decir que el efecto del extracto debe ser fungicida.

PALABRAS CLAVE: *Candida albicans, Prosopis pallida*, extracto alcohólico.

1. Estudiante de Pregrado. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo – Filial PIURA.
2. Maestro en Ciencias. Biólogo Microbiólogo. DTC. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo – Filial PIURA.

Microbiota presente en las superficies de contacto de las unidades dentales y del servicio radiológico de la clínica estomatológica de la Universidad César Vallejo, Piura 2017

Diana A. Chong Calle[1], Fiorella P. Inga Chumacero[1], Miguel A. Ruiz-Barrueto[2]

Introducción: En los últimos años la bioseguridad ha sido un tema muy cuestionado en el ámbito de la salud; pues con el pasar del tiempo se han implementado, realizado y actualizado investigaciones con la finalidad de mejorar dichos protocolos. El profesional de la salud y los pacientes no son ajenos a este cambio; debido a que generalmente están en contacto directo con las enfermedades que traen consigo un riesgo de contaminación alto ya sea de odontólogo-paciente o viceversa. Algunos requisitos necesarios para disminuir el riesgo de adquisición de enfermedades dentro de la Clínica Estomatológica es cumplir con el protocolo de esterilización del instrumental, así como de las normas de bioseguridad.

Objetivo: El presente proyecto de investigación ha sido realizado con la finalidad de determinar qué microorganismos están presentes en las superficies de contacto de las unidades dentales y del servicio radiológico. Población y Muestra: La población estará constituida por todos los puntos de muestreo de superficies (5 para la unidad dental y 5 para el servicio radiológico) de todas las unidades dentales y de todos los servicios radiológicos. Las muestras serán todos los hisopados obtenidos de cada punto de muestreo. Se realizarán diluciones de la muestra si fuera necesario.

Metodología: La presente es una investigación descriptiva transversal. Para la recolección de los datos se utilizará el método de hisopado (recomendado para superficies homogéneas). Para el procesamiento de las muestras de hisopado se utilizará el método de siembra en superficie con asa de drigalsky, también llamado método de dispersión en superficie. Las muestras serán sembradas en medios de cultivo bacterianos selectivos y serán incubados en una estufa a 37oC durante 24 horas.

Resultados probables: Se espera obtener el aislamiento y recuento de microorganismos patógenos como *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Candida albicans*. Pero también de microorganismos indicadores de contaminación o manipulación excesiva de dichas superficies. Por regla general se sabe que donde existe un microorganismo indicador puede estar presente un patógeno.

PALABRAS CLAVE: Microbiota, unidad dental, equipo de rayos x.

1. Estudiante de Pregrado. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo – Filial PIURA.
2. Maestro en Ciencias. Biólogo Microbiólogo. DTC. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo – Filial PIURA.

Riesgo cariogénico en gestantes atendidas en el establecimiento de salud I-III Nueva Sullana, 2017

María Y. Rodríguez Campos[1], Miguel A. Ruiz-Barrueto[2]

Introducción: A nivel mundial la caries en el ámbito de la salud pública es un problema. El estado a raíz de esto ha puesto en marcha programas que abarcan limpieza, fluorización dental y sensibilización a la población llevando a cabo controles cada cierto tiempo, cuya finalidad es lograr reducir el impacto que esta causa en la sociedad. Los cambios que se producen durante la etapa del embarazo favorecen al desarrollo de las caries, ya que existe un aumento de bacterias cariogénicas por lo que el riesgo de infección es mayor. La caries dental debido a su acción catabólica realizada por las bacterias ácidogénicas que son parte de la microbiota de la cavidad oral, se posicionan en el esmalte del diente; el cual, presenta una estructura acelular no regenerable y su capacidad reparativa es bastante limitada.

Objetivo: Evaluar el riesgo cariogénico que existe en las gestantes que son atendidas en el establecimiento de Salud Nueva SullanaI- III, 2017. Población y Muestra: La población lo constituyen las 50 gestantes que se atienden regularmente en el Establecimiento de Salud I-III Nueva Sullana, hasta setiembre del año 2017. Las muestras de saliva de cada una de las gestantes constituirán la muestra poblacional.

Metodología: Es una investigación descriptiva transversal. Se utilizarán métodos microbiológicos para la determinación del riesgo cariogénico. Los cuáles son: Método de muestreo: Saliva no estimulada, dicha muestra será diluida a fin de facilitar el recuento de unidades formadoras de colonia. Método de cultivo: Siembra en superficie con asa de drigalsky. Se utilizará el medio selectivo Agar mitis-salivarius con bacitracina. Método de Análisis: Recuento de *S. mutans* por mL/Saliva, el cual se realizará con un contador de colonias CC-1 BOE 5157000 BOECO.

Resultados probables: Se espera realizar el recuento de *Streptococcus mutans* por mililitro de saliva obtenida de las gestantes. Se ha establecido que recuentos de *Streptococcus mutans* superiores a 500 000 hasta 1 000 000 de UFC/mL corresponden a un riesgo cariogénico alto de 100 000 a 250 000 riesgo cariogénico medio y de 10 000 a 50 000 riesgo cariogénico bajo.

PALABRAS CLAVE: Riesgo cariogénico, Gestante, *Streptococcus mutans.*

1. Estudiante de Pregrado. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo – Filial PIURA.
2. Maestro en Ciencias. Biólogo Microbiólogo. DTC. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo – Filial PIURA.

Calidad microbiológica del agua de las unidades dentales de la clínica estomatológica de la Universidad César Vallejo, Piura 2017

Karly Y. Alburqueque Chorres[1], Miguel A. Ruiz-Barrueto[2]

Introducción: En la práctica profesional estomatológica, el agua es un recurso altamente utilizado en la mayoría de tratamientos dentales. Asimismo, no existe organismo viviente que no requiere de agua para sus procesos vitales. Esta condición se convierte también en un medio fácilmente contaminable y que puede constituirse en un vehículo de transmisión de microorganismos patógenos. El riesgo de infección en pacientes y odontólogos en la Clínica Estomatológica siempre está presente dado que se exponen a fluidos biológicos (sangre, saliva) que pueden entrar en contacto por medio de gotas, aerosoles e instrumentos contaminados. La presencia de biopelículas en instrumental odontológico está relacionada con infecciones de tipo nosocomial. El agua en la Clínica Estomatológica puede presentar contaminación microbiana, a partir de la fuente de distribución hacia las múltiples unidades dentales que cuentan con un sistema hidráulico constituido por mangueras de plástico que distribuye al dispensador de agua, a la jeringa triple y al dispositivo usado para enjuagar la boca lo que contribuiría a la formación de biofilms patogénicos.

Objetivo: Determinar la calidad microbiológica del agua de las unidades dentales de la Clínica Estomatológica de la Universidad César Vallejo, Piura 2017. Población y Muestra: La población la constituyen todos los puntos de muestreo de la unidad dental (pieza de mano, jeringa triple y botella). La muestra será 100 mL de agua de los puntos de muestreo de las unidades dentales mencionados anteriormente.

Metodología: La presente corresponde a una investigación descriptiva transversal. Se utilizará el método de recuento en placa petri. Las muestras serán sembradas en medios de cultivo bacterianos selectivos y serán incubados en estufa a 37oC durante 24 horas. Los recuentos serán comparados con los límites microbiológicos establecidos por la Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA).

Resultados probables: Se espera realizar el aislamiento y recuento de microorganismos patógenos como: *Staphylococcus aureus, Escherichia coli, Pseudomonas aeruginosa.* Y microorganismos indicadores como: Mesófilos aerobios viables y coliformes totales.

PALABRAS CLAVE: Agua de Unidad dental, calidad microbiológica, límite microbiológico

1. Estudiante de Pregrado. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo – Filial PIURA.
2. Maestro en Ciencias. Biólogo Microbiólogo. DTC. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo – Filial PIURA.

INFORMES DE INVESTIGACIÓN

Prevalencia de lesiones no cariosas en deportistas que practican el culturismo en la ciudad de Piura, 2017

Roberto Gabriel García Carrillo[1], Paul Martín Herrera Plasencia[2]

Introducción: La pérdida de la estructura dental se ve comprometida debido a diversos factores como la ingesta de alimentos, bebidas ácidas y por motricidad. Estas lesiones se manifiestan en las superficies dentarias, vestibular, lingual, oclusal, borde incisal. Comúnmente se aprecian en cualquier tipo de persona, pero mucho más en los deportistas culturistas. Esta población posee una dieta rica en proteínas (entre 6 a 7 comidas al día), y hábitos durante sus ejercicios. La Odontología deportiva en el Perú va generando mucho interés. Busca prevenir ciertas lesiones dentales en las diferentes disciplinas deportivas.

Objetivo: Determinar la prevalencia de las lesiones no cariosas en los deportistas que practican el culturismo en la ciudad de Piura 2017 según el grupo dentario y el tipo de lesión no cariosa.

Metodología: El presente estudio fue de tipo descriptivo transversal. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia la que constituyó una muestra de 80 culturistas. Se realizó la calibración entre el Cirujano Dentista especialista. La calibración consistió en la evaluación in situ de pacientes culturistas por parte del experto y en paralelo por parte del investigador. A los datos obtenidos se les aplicó un análisis de varianza (anova de un factor). La muestra fue obtenida de 3 gimnasios durante el periodo de mayo a junio del 2017. El instrumento de recolección de datos fue el Odontograma.

Resultados: Se encontró que la prevalencia de las lesiones no cariosas de los deportistas culturistas fue de 90%, siendo los incisivos el grupo dentario más afectado (86.3%), la atrición fue la lesión no cariosa más prevalente (87.5%), asimismo, la atrición y erosión se presentó en mayor cantidad en el grupo de los incisivos (86.3% y 46.3% respectivamente), la abrasión en los premolares (50%) y sólo se presentó un caso de abfracción en un premolar (1.3%), la lesión combinada más frecuente fueron la atrición y abrasión (27.5%).

Discusión y Conclusiones: Los resultados de esta investigación evidencian la presencia de lesiones no cariosas en la mayoría de los deportistas que practican el culturismo, probablemente esté relacionado a factores como el apretamiento dental durante el ejercicio, la ingesta de bebidas energizantes y el frecuente y excesivo cepillado dental.

PALABRAS CLAVE: Lesión no cariosa, abrasión, erosión, atrición, culturismo.

1. Egresado. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo – Filial PIURA.
2. Magister. Cirujano Dentista. Docente Tiempo Completo. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo – Filial PIURA.

Efecto antibacteriano in vitro del extracto alcohólico de las hojas de *Prosopis pallida* (algarrobo) sobre *Enterococcus faecalis* ATCC29212

Stephany L. Alvarado Saavedra[1], Paul M. Herrera Plasencia[2]

Introducción: La persistencia de infecciones orales se debe a varios factores, entre ellos la supervivencia de *Enterococcus faecalis,* este coco Gram positivo anaerobio facultativo forma parte de la microbiota del ser humano, siendo su hábitat natural el tracto gastrointestinal y a veces se ha podido aislar en la cavidad oral. Este microorganismo es muy prevalente en pacientes que están recibiendo un tratamiento o retratamiento endodóntico relacionándose con las infecciones persistentes y siendo capaz de sobrevivir a los protocolos de la terapia pulpar. Es el causante del 70% de fracasos en los tratamientos endodónticos. Objetivo: Evaluar el efecto antibacteriano in vitro del extracto alcohólico de las hojas de Prosopis pallida (algarrobo) sobre E. faecalis ATCC 29212 mediante el método de difusión en disco y el método de microdilución.

Metodología: La presente investigación fue de tipo experimental con diseño de estímulo creciente con post prueba únicamente y grupo control. Se utilizaron diez concentraciones del extracto (de 10 a 100 mg/mL); y un control positivo glutamato de clorhexidina al 2% y uno negativo SSFE. Se utilizó el método de difusión en discos donde previamente se inoculó la cepa de *Enterococcus faecalis* ATCC 29212 sobre la superficie de una placa Petri que contenía agar Müller Hinton, después se colocaron los discos embebidos con las concentraciones del extracto incubándolas por 24 horas a 37°.

Para determinar la concentración mínima inhibitoria (CMI) y la concentración mínima bactericida (CMB) se utilizó el método de microdilución.

Resultados: Las concentraciones del extracto que presentaron mayor halo de inhibición fueron las de 80 mg/ml y 90 mg/ml obteniendo un diámetro 16.00 y 16.09 mm respectivamente, y el control positivo Glutamato de Clorhexidina al 2%, obtuvo un halo de 16.9 mm a diferencia del control negativo donde no se obtuvo halo de inhibición. La concentración mínima inhibitoria (CMI) y la concentración mínima bactericida (CMB) fueron menores a 10 mg/ml para ambos.

Conclusión: Se concluyó que no hay diferencia significativa entre el extracto alcohólico de las hojas de *Prosopis pallida* en concentraciones de 80 mg/ml y 90mg/ml y el gluconato de clorhexidina al 2% sobre *Enterococcus faecalis* ATCC 29212 ($p>0.05$).

PALABRAS CLAVE: Extracto alcohólico, *Prosopis pallida*, Enterococcus faecalis.

1. Egresada. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo – Filial PIURA.
2. Magister. Cirujano Dentista. Docente Tiempo Completo. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo – Filial PIURA.

MESAS CLÍNICAS

Alteraciones embriogénicas en las diferentes etapas del desarrollo dental

Juan R. Bautista Robles[1], Daniella M. Flores Moscol[1], José A. Agüero Alva[2]

Introducción: La naturaleza es tan maravillosa que desde la fecundación pasa por una serie de etapas donde se va formando el hombre y los dientes. Durante estas etapas pueden ocurrir alteraciones que interfieran en sus caracteres finales. Estas alteraciones dentales ocurren desde la formación del casquete aproximadamente entre la cuarta de vida intrauterina debido a que en este periodo se produce la transformación de las estructuras importantes como son el saco dentario, papila dentaria y el órgano dentario que en el proceso de histodiferenciación darán lugar a la formación del esmalte, dentina y cemento.

Las anomalías dentales son malformaciones congénitas de los tejidos del diente que se dan por falta o por aumento en el desarrollo de estos, estas pueden ser de forma (dilaceración, fusión, concrescencia, taurodontismo, perlas del esmalte, dens in dens, geminación), número (hipodoncia, hiperdoncia), tamaño (macrodoncia, microdoncia), estructura, de posición incluso pueden provocar retraso en el cambio de los deciduos a los permanentes y en ocasiones falta de desarrollo de los maxilares.

Objetivos: Dar a conocer con claridad y fundamento científico cada una de las etapas de la formación del diente según su fase de desarrollo intrauterino. Reconocer el tipo de alteración según su etapa de desarrollo dentario. Identificar las alteraciones dentales según su clasificación. Contribuir en la difusión preventiva y motivadora de la futura madre en las alteraciones que pueden presentarse en el desarrollo del embrión.

Metodología: Se hará uso de maquetas de alteraciones dentales en sus diferentes etapas de formación, para lo cual se dividirá el tema en las diferentes fases de formación del diente siguiendo un criterio cronológico de desarrollo. Materiales: Mesa, Cerámica en frío, Papel folkote, Pinturas al óleo, Triplay, Silicona y Mantel. Conclusiones: El conocimiento de las alteraciones dentales en cada etapa de morfodiferenciación es importante para que el clínico pueda identificarlos y entender la importancia del cuidado que se debe seguir en las gestantes desde los primeros días de la concepción ya que en estos momentos críticos o algún factor puede desencadenar modificaciones propiciando la aparición de estas alteraciones y difundir a sus pacientes en una etapa reproductiva para que las oriente en su preparación en la concepción.

PALABRAS CLAVE: Alteraciones embriogénicas, desarrollo dental, gestante.

1. Estudiante. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo – Filial PIURA.
2. Cirujano Dentista. Docente Tiempo Parcial. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo – Filial PIURA.

Conectores mayores en prótesis parcial removible

Miriam Rumiche Paiva[1], Anthony Zapata García[1], Edward D. Infantes Ruiz[2]

Introducción: Los conectores mayores es el componente de la prótesis parcial removible que conecta las demás partes de un lado de la arcada con las del lado opuesto. Asimismo, proporciona la estabilidad cruzada que se opone al desplazamiento provocado por la biomecánica de la masticación por lo que debe ser lo suficientemente rígida para evitar lesionar el soporte periodontal de los dientes pilares lo que determina una reabsorción del reborde residual y demás tejidos. Los conectores mayores del maxilar inferior deberán situarse lo más profundo que permita el surco sublingual, ya que puede provocar empaquetamientos de alimentos y terminar alejada de la encía marginal ya que es muy susceptible de lesiones a la mínima presión.

En el maxilar superior se deberá evitar las zonas de las rugas palatinas, si en el caso llegara a esta zona el metal no debe terminar en la cresta de la rugosidad, sino en un valle y así evitar engrosamientos en zonas que puedan provocar molestias y lesiones en la lengua. En casos de torus se procurará evitarlo y si no fuera posible se indicará cirugía del torus, el borde posterior del conector mayor en el maxilar superior no debe llegar al paladar blando. Por lo que su diseño es un procedimiento exclusivo del cirujano dentista.

Así tenemos que existen 6 conectores mayores para el maxilar superior y 5 conectores mayores para el maxilar inferior. Conectores mayores del maxilar superior: 1. Banda palatina simple, 2. Banda palatina anteroposterior, 3. Barra palatina simple, 4. Placa palatina parcial o total, 5. En forma de herradura o en forma de U, 6. Barra palatina anteroposterior. Conectores menores del maxilar inferior: 1. Barra lingual, 2. Placa lingual, 3. Barra sublingual, 4. Barra continua o doble barra lingual, 5. Barra labial o vestibular.

Objetivos: Conocer los diversos conectores mayores en prótesis parcial removible tanto del maxilar superior como del inferior. Metodología: Se realizó una búsqueda de los diferentes conectores mayores del maxilar superior e inferior en las referencias bibliográficas para efectuar una revisión de las diferentes clasificaciones según los autores y realizar un cruce de la información y llegar a establecer una clasificación adecuada de los conectores mayores. Materiales: Se usó materiales didácticos los cuales representan en macromodelos los diferentes conectores mayores del maxilar superior e inferior, así como sus características de diseño, estructura y dimensiones y a la vez se dispondrá de trípticos que plasman la información adecuada y detallada del tema. Conclusiones: Se estableció que existen diferentes conectores mayores para el maxilar superior e inferior y cada uno de ellos será indicado según las características de los casos que requieran prótesis parcial removible.

PALABRAS CLAVE: Conector mayor, prótesis parcial removible.

1. Estudiante. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo – Filial PIURA.
2. Cirujano Dentista. Docente Tiempo Parcial. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo – Filial PIURA.

Conectores menores en prótesis parcial removible

Edgar López Agurto[1], Yackni Rivero Amaningo[1], Edward D. Infantes Ruiz[2]

Introducción: Los conectores menores son los componentes que sirven de enlace entre el conector mayor y los demás elementos que constituyen la prótesis parcial removible. Diseñados para conducir las fuerzas que actúan sobre las bases, dientes pilares, retenedores al conector mayor. Deben ser muy rígidos, reforzados y adaptados a los espacios interdentarios en los que previamente se les han preparado unos alojamientos en estas zonas. En oportunidades el conector menor es continuación del cuerpo del retenedor circunferencial sería el conector menor, así como un apoyo oclusal en un extremo de la placa lingual. Cuando el conector menor contacta con las superficies dentales de cada lado de la tronera en que se apoya, se deberá ahusar en dirección al diente para evitar ángulos agudos que impidiesen el movimiento de la lengua y retuviera alimentos.

La parte más profunda del espacio interdentario se debe bloquear para evitar interferencias al entrar y salir. Las porciones de la estructura de la prótesis (para anclar las bases de resina) también son conectores menores y deben quedar totalmente incluidos en la resina acrílica. Las uniones de estos con los conectores mayores deben ser de borde a borde, sin relieves apreciables, los ángulos no deben exceder los 900. Por lo tanto, los conectores menores pueden ser: conector menor que une un retenedor circunferencial al conector mayor. Conector menor que une los apoyos oclusales o las retenciones indirectas al conector mayor. Conector menor que une las bases al conector mayor. Conector menor que une un retenedor a barra o un retenedor recíproco al conector mayor. Conector menor que une los planos guía con la base. Conector menor que una barra contínua al conector mayor. Conector menor como placa proximal. Conector menor como tope mucoso o hístico.

Objetivos: Conocer los diversos conectores menores en prótesis parcial removible. Metodología: Se realizó una búsqueda de los diferentes conectores menores en la bibliografía para efectuar una revisión de las diferentes clasificaciones según los autores y realizar un cruce de la información y llegar a establecer una clasificación adecuada de los conectores menores. Materiales a usar: Se usó materiales didácticos los cuales representan en macromodelos los diferentes conectores menores, así como sus características de diseño, estructura y dimensiones y a la vez se dispondrá de trípticos que plasman la información adecuada y detallada del tema. Conclusiones: Se estableció que existen diferentes conectores menores y cada uno de ellos será indicado según las características de los casos que requieran prótesis parcial removible.

PALABRAS CLAVE: Conector menor, prótesis parcial removible.

1. Estudiante. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo – Filial PIURA.
2. Cirujano Dentista. Docente Tiempo Parcial. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo – Filial PIURA.

Diseño de una aplicación (App) en plataforma wap/web para mejorar el aprendizaje sobre protección dentinopulpar

Daniela Cornejo Jarufe[1], Ana L. Carrasco Valle[1], Denisse Cruz Flores[2]

Introducción: La tecnología es una influencia positiva en los jóvenes estudiantes pero a la vez puede convertirse en un distractor fuerte para ellos, a pesar de que la tecnología puede ser una debilidad para el aprendizaje, también se puede convertir en una fortaleza ya que se pueden diseñar herramientas didácticas acordes a su generación y resulten motivadoras para un aprendizaje nuevo. El tema de protección dentinopulpar, es un tema complejo para el aprendizaje de los estudiantes de la UCV, a pesar de ejecutarse en el laboratorio con maquetas desde el IV ciclo y luego llevado a la práctica clínica en ciclos académicos superiores, les resulta difícil de recordar al transcurrir el tiempo y más aún cuando las condiciones de cada profundidad en el paciente o por cada paciente pueden ser muy repetitivas en una sola condición, convirtiéndose en una limitante más para el aprendizaje sobre protección dentinopulpar. El objetivo de esta mesa clínica es diseñar y proponer una aplicación sencilla y práctica para el sistema web y wap sobre la utilización de los diferentes protectores dentinopulpares de acuerdo a las diferentes profundidades cavitarias y contribuir en el aprendizaje de los estudiantes, evaluar el impacto que pueda tener en ellos y/o se convierta en un nuevo sistema de evaluación.

La metodología se basa en el diseño de una aplicación basados en los sistemas web y wap, para el diseño se ha creado una secuencia en powerpoint de toda la estructura que tendrá la aplicación y un video donde se muestra cómo será el manejo del sistema. Los materiales a utilizar para la presentación es un televisor donde reproducirá un video de cómo será la aplicación, una Tablet y una laptop para la difusión del powerpoint que explica el manejo del sistema, una macro maqueta para interactuar con el público y poner a prueba sus saberes y materiales odontológicos más usados como protectores dentinopulpares. Podemos concluir que la tecnología informática en la actualidad ha abarcado las Ciencias de la Salud y en el ámbito odontológico existen cuatro aplicaciones de más uso al 2016, siendo estas el Dental Simulator, Smart Dental Price List, Diccionario Odontológico y Romexis, convirtiéndose en una herramienta efectiva para el proceso educativo.

PALABRAS CLAVE: Aplicaciones tecnológicas, sistema wap y web, protectores dentinopulpares.

1. Estudiante. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo – Filial PIURA.
2. Magister. Cirujana Dentista. Docente Tiempo Completo. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo – Filial PIURA.

Retenedores en barra en prótesis parcial removible

Leonardo Cortez Concha[1], Edward D. Infantes Ruiz[2]

Introducción: Los retenedores directos en barra son unidades de la PPR que encaje en un pilar para resistir la renovación que aleja la prótesis de los tejidos donde asienta. Su principal ubicación son las caras vestibulares, por lo que el retenedor a barra procede de la base y se acerca al diente pilar mediante un trayecto horizontal a 3 mm del margen gingival. Este trayecto requiere disponer de la suficiente profundidad de vestíbulo (igual o superior a 4 mm). Cuando la porción horizontal llega a la altura del diente pilar, gira en ángulo recto y cruza el margen gingival hasta alcanzar la zona retentiva donde se apoyará la parte final del brazo retentivo. El brazo en barra se ha clasificado según la forma del terminal retentivo, en T, Y, I, C. La forma del terminal es indiferente mientras muestre efectividad mecánica y funcional, recubra la menor superficie posible y descubra el mínimo metal. Las indicaciones específicas de los retenedores en barra son: 1. Cuando existe un pequeño socavado (0.2 mm) en el tercio gingival del diente pilar que se pueda abordar desde gingival. 2. En dientes pilares de dentaduras parciales dentosoportadas o en áreas dentosoportadas modificadas. 3. En bases de extensión distal. 4. Cuando las consideraciones estéticas pesan y está indicado un retenedor colado. Su empleo está contraindicado cuando exista un fondo de surco vestibular poco profundo y/o grandes concavidades tisulares que requieran ser compensados con un relleno protésico exagerado. Se tiene dos sistemas de retenedores en barra que se utilizan en la mayoría de la resolución de los casos y son RPI y RPA, donde le RPI consta de un apoyo, una placa proximal y una terminación del brazo retentivo en I. Consta de un apoyo mesioclusal con el conector menor situado en la tronera mesiolingual, pero sin contacto con el diente adyacente, una placa proximal que se sitúa en la cara distal del pilar desde la cresta marginal hasta la unión del tercio medio con el tercio gingival y el retenedor en I se debe localizar en el tercio gingival de la superficie vestibular del pilar.

El brazo en I se debe ahusar hacia el extremo de forma que el contacto de la punta con el diente pilar no exceda 2mm. El RPA surge para solventar las contraindicaciones y limitaciones del RPI. El tope va en mesial y la placa proximal se diseña en forma idéntica a los de RPI. La diferencia está en la sustitución de la barra en I por un brazo retentivo circunferencial tipo Ackers que emerge de la placa proximal y que va a buscar la retención en mesiovestibular. Su correcto diseño exige que el borde superior de los dos tercios iniciales del brazo retentivo se sitúe justo en el ecuador dentario, ya que son los propiamente rígidos y, si fuera en otra posición, provocarían el desplazamiento distal del

1. Estudiante. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo – Filial PIURA.
2. Cirujano Dentista. Docente Tiempo Parcial. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo – Filial PIURA.

fulcro con la alteración consiguiente de la biomecánica. El tercio terminal descenderá desde el medio y acabará en la zona retentiva. Objetivos: Conocer el retenedor directo tipo barra en prótesis parcial removible. Metodología: Se realizó una revisión bibliográfica sobre las diferentes clasificaciones de retenedores directos tipo barra para establecer la más adecuada. Materiales: Se utilizaron macromodelos de los diferentes retenedores directos tipo barra, así como sus características de diseño, estructura y dimensiones y a la vez se dispondrá de trípticos que plasman la información adecuada y detallada del tema. Conclusiones: Se estableció que existen diferentes retenedores directos tipos barra y cada uno de ellos será indicado según las características de los casos que requieran PPR.

PALABRAS CLAVE: Retenedores en barra, prótesis parcial removible, RPI, RPA.

Identificación reconstructiva odontoantropológica de cadáveres NN

Sofía L. Delta Varillas[1], Gian G. Petrozzi Jiménez[1], Jaime U. Plasencia Castillo[2]

Introducción: La Odontología Forense aplica los conocimientos odontológicos para la identificación de personas vivas y de cadáveres, que por su avanzado estado de descomposición no pudiesen ser identificados por otros medios; la identificación reconstructiva comprende la estimación de la edad, sexo, raza, talla, especie, así como el modelado forense (reconstrucción cráneo-facial); que constituye el mayor aporte de la Antropología a las Ciencias Forenses, consiste en elaborar a partir de un conjunto de huesos un retrato disponible para divulgar, contrastar, y comparar con fotografías de posibles desaparecidos. Depende de muchas interpretaciones artísticas y del conocimiento anatómico; es una prueba de rápida elaboración, de muy bajo costo, de carácter científico, verificable y repetible, que permite profundizar en la investigación.

El modelado forense es parte esencial en la identificación de cadáveres, ya que estos en muchos casos se encuentran con frecuencia en un estado de deterioro corporal, como: (putrefacto, macerado, calcinado o como restos óseos). Se realizó un trabajo de laboratorio, donde se identificó la raza, sexo, edad y se reconstruyó los tejidos faciales de un cráneo. El procedimiento comenzó con la identificación de los puntos anatómicos en el cráneo, pares e impares, siendo un total de 16 puntos. Basados en la técnica, procedimos a señalar dichos puntos con barras de silicona a una altura específica, que representa la altura de los músculos y la piel de cara y cráneo.

Finalmente, con ciencia y arte se van agregando los músculos (plastilina), la piel y se culmina con los detalles anatómicos, una vez concluida esta etapa se procede a registrar fotográficamente el modelado y se ingresa de manera digital en un software (Face gen 3.1), el cuál construye una imagen tridimensional del modelado, permitiendo modificar parámetros de identificación, tales como edad, raza, sexo, cabello, dientes, sonrisa, etc.

PALABRAS CLAVE: identificación reconstructiva, modelado forense, odontología forense.

1. Estudiante. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo – Filial PIURA.
2. Doctor. Cirujano Dentista. Docente Tiempo Parcial. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo – Filial PIURA.

Determinación de la absorción de sustancias por la resina compuesta mediante espectrofotometría UV-VIS

Ingrid J. Domínguez Huamán[1], Denisse Cruz Flores[2]

Introducción: La estabilidad del color de las resinas compuestas sigue siendo tema de discusión y de investigación en la comunidad odontológica y en los fabricantes de materiales dentales, la variación del color de las resinas compuestas después de ser sometidas a sustancias se puede determinar con una guía de escala de valores, pero la valoración que se pueda determinar con este método es muy subjetivo, otro método más confiable en la determinación del color es utilizando un espectrofotómetro de uso dental que cuantifica el color dentario.

El objetivo de este trabajo es determinar cuánto es el nivel de absorbencia que tienen las resinas compuestas después de ser sometidas a las mismas soluciones que otros investigadores han utilizado para determinar la variabilidad del color.

La metodología a usar para determinar la absorbencia es a través de un espectrofotómetro UV-VIS, las muestras a utilizar son unos especímenes de Resina Compuesta en forma de carilla de aproximadamente 2mm de grosor, las sustancias a utilizar fueron: vino tinto, una bebida gasificada negra y café, el tiempo a utilizar para determinar la absorbencia fue de 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18 y 20 minutos considerados según el tiempo real de consumo habitual de estas bebidas en un determinado momento.

Los materiales a utilizar para la presentación del trabajo serán: un póster que identifica toda la secuencia metodológica para medir la absorbencia , los especímenes utilizados para el desarrollo del trabajo, las sustancias utilizadas, una laptop que muestra el procedimiento de la obtención de la absorbencia y fotografías.

Podemos concluir que para determinar una variabilidad de color de los materiales restauradores es importante medir el nivel de absorbencia y ser sumado a las otras pruebas de toma de color para obtener datos que puedan contribuir en el desarrollo de un marco teórico suficiente y estandarizar estos valores de absorbencia de la Resina Compuesta sobre sustancias que influyen en la variabilidad del color.

PALABRAS CLAVE: Absorción, espectrofotometría, resina compuesta.

1. Estudiante. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo – Filial PIURA.
2. Magister. Cirujana Dentista. Docente Tiempo Completo. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo – Filial PIURA.

Obtención del modelo definitivo en prótesis total utilizando la técnica de zocalado

Kateryne Guzmán Ramos[1], Kenyi Ruiz Duque[1], Wilber Ticona Cari[2]

Introducción: Las impresiones definitivas y la obtención de modelos definitivos en prótesis total es un procedimiento clínico y de laboratorio que demanda mucho cuidado en los modelos definitivos que realizarán otros procedimientos que sumados al trabajo clínico deben llevar al éxito de la prótesis total.

Los procedimientos iniciales deben llevar a la confección de una cubeta individual bien adaptada que permita realizar un sellado periférico adecuado y luego tomar una impresión definitiva para obtener los modelos definitivos.

La obtención de modelos definitivos debe cuidar y preservar el fondo de surco e inserciones de frenillos, para ello convencionalmente se realiza el encajonado de la impresión definitiva con cera amarilla y rosada pero esto suele ser muchas veces un procedimiento que demanda mucho tiempo y requiere a su vez habilidad por parte del operador.

Nuestra mesa presenta una alternativa para la obtención de modelos definitivos a partir de la confección de un zocalado en la impresión definitiva, utilizando yeso París y piedra pómez lo cual puede realizarse de manera más rápida y sencilla para el operador.

Materiales a utilizar: Modelos iniciales, Cubetas de stock de aluminio adaptadas, Modelos primarios, Cubeta individual, Cubeta individual con sellado periférico, Zocalado con piedra pómez y yeso París y Modelo definitivo.

PALABRAS CLAVE: Prótesis total, modelo definitivo, zocalado.

1. Estudiante. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo – Filial PIURA.
2. Magister. Cirujano Dentista. Docente Tiempo Parcial. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo – Filial PIURA.

Técnica de impresión para prótesis parcial removible con diferentes consistencias de silicona

Madux Y. Llamo Alarcón[1], Annel M. Mendoza Sánchez[1], Gerardo A. Rodríguez Alayo[2]

Introducción: La deformación de la mucosa del reborde está influenciada por el flujo del material de impresión durante el asentamiento de la cubeta. En este sentido, la presión sobre los tejidos varía con la consistencia del material de impresión. Teniendo en cuenta que la estructura de Cromo-Cobalto es muy rígida y cubre ambos lados de la boca, es necesario que el material de impresión sea el que ofrezca la mayor capacidad de reproducción del detalle, tenga la mayor recuperación elástica, mejor estabilidad. Las siliconas de adición son las que ofrecen las mejores propiedades: una reproducción de detalle de 25 µm y una recuperación elástica del 99.8%. Por estas características, las siliconas de adición deberían ser el material de primera elección en la toma de impresiones definitivas en prótesis parcial removible.

Objetivos: Informar y sustentar los protocolos de impresión para PPR dentomucosoportada con tres consistencias de silicona por adición y el protocolo de impresión para PPR dentomucosoportada con dos consistencias de silicona por adición. Metodología: Protocolo de Impresión para PPR dentomucosoportada con tres consistencias de silicona por adición: 1. Prueba y selección de cubeta tipo rim lock metálica. 2. Aplicación de adhesivo para silicona en la cubeta. 3. Preparación de la silicona por adición consistencia densa. 4. Una vez ha polimerizado la pasta densa, se retira de la boca y se elimina con un bisturí toda la parte que reproduce la cresta edéntula. 5. Se prueba que la cubeta con silicona de consistencia densa polimerizada, ingrese sin generar molestias al paciente y sin interferencias. 6. A continuación, se utiliza silicona de consistencia regular y cargar sobre la de consistencia densa a nivel de tejidos blandos y la de consistencia fluida para la zona de las preparaciones dentarias, y empieza a funcionar los bordes de la misma movilizando los labios, mejillas y lengua. Esta funcionalización continúa hasta que las siliconas de consistencia regular y fluida han polimerizado completamente. 7. Finalmente, retiramos la impresión y verificamos el registro de todos los detalles necesarios para la confección de la PPR.

Protocolo de Impresión para PPR dentomucosoportada con dos consistencias de silicona por adición: Se repiten los pasos del 1 al 5 del protocolo anterior. 6. Se procede de la misma manera, pero se utiliza sólo una silicona de consistencia fluida, como si se tratara de una impresión para prótesis fija sobre dientes. 7. Finalmente, se retira la impresión y se verifica que se hayan registrado todos los detalles necesarios para la confección de la PP. Materiales: Recortador de silicona (putty cut), Adhesivo para silicona, Pistola para silicona, Cubetas

1. Estudiante. Escuela de Estomatología. Universidad Señor de Sipán. Chiclayo – Perú.
2. Magister. Cirujano Dentista. Docente Tiempo Parcial. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo – Filial PIURA.

para impresión tipo rim lock metálicas, Silicona adición consistencias (fluida, regular y densa) y catalizador, Mango de bisturí y hoja n° 11 y n°12.

Conclusiones: La técnica de impresiones definitivas para la prótesis parcial removible dentomucosoportada con tres consistencias de silicona por adición y la técnica de impresiones definitivas para prótesis parcial removible dentomucosoportada con dos consistencias de silicona por adición, son una excelente alternativa, pues ofrece ventajas clínicas como: registrar la mucosa funcional, minimizar el movimiento de la prótesis y menor carga a los dientes pilares, mayor exactitud y adaptación de la prótesis y menor tiempo de ajuste clínico; así como mayor exactitud y adaptación de la prótesis y menor tiempo de ajuste clínico respectivamente.

PALABRAS CLAVE: Prótesis parcial removible, silicona, técnica de impresión.

Confección de GIJ estético multipropósito

María Laines Ochoa[1], Lissette Rimarachín Guevara[1], Gerardo A. Rodríguez Alayo[2]

Introducción: El dispositivo que se utiliza por excelencia para la reprogramación muscular, registro de relación céntrica y el restablecimiento de la dimensión vertical de oclusión, es el Jig de Lucía, realizado con resina acrílica. En esta mesa clínica se presenta un Jig estético multipropósito confeccionado con resina fotopolimerizable o resina acrílica, que además de tener los usos antes mencionados sirve para determinar: las dimensiones de longitud y ancho de incisivo central, posición anteroposterior, exposición labial en reposo, inclinación vestíbulo-palatina, espacio libre, over-jet, over-bite, datos estéticos y funcionales de la guía anterior, plano incisal, planificación de cirugía periodontal, además, mejorar la comunicación con el técnico dental para guiar la planificación de la rehabilitación oral provisional y definitiva. Objetivos: Fundamentar el protocolo de confección de Jig estético multipropósito.

Metodología: 1.- Se sitúa al paciente en el sillón dental, se coloca vaselina sólida, en el incisivo central superior e inferior que esté menos desgastado y mejor ubicado en el arco, luego se coloca resina acrílica sobre el diente elegido y se da forma y caracterización de un diente íntegro con dimensiones ideales. 2.- Con la longitud definida, se aumenta o disminuye la posición del borde incisal en sentido anteroposterior tomando como referencia los incisivos inferiores y borde superior del labio inferior durante la sonrisa. 3.- Se confecciona la cara lingual del Mini-Jig Estético que debe tener la forma de la cara lingual de un incisivo central superior íntegro. 4.- Se aumenta el material en palatino para aumentar la DVO o desgastar para disminuirla. Al igual que con el Jig de Lucía convencional, con el nuevo contacto de los incisivos anteriores se posiciona a la mandíbula en Relación céntrica y se determina la dimensión vertical oclusal y el espacio libre interoclusal. 5.- Los Mini-Jigs Estéticos son debidamente pulidos y se evalúa el over-jet y over-bite. No debe ser inferior a 2 mm, garantizando una desoclusión posterior; exposición dental con los labios en reposo; la posición del borde incisal debe tocar la línea seca-húmeda del labio inferior, línea del borde incisal del Mini-Jig Estético debe estar paralela a la línea interna del labio inferior. 6.- Después del acabado y pulido final, el Mini-Jig Estético multipropósito es reposicionado, seguido del registro intermaxilar de los dientes posteriores con silicona de adición, se transfieren a los modelos de yeso y se montan en A.S.A, y el técnico puede realizar el encerado de planificación en base al Mini-Jig Estético multipropósito.

Materiales: Lentes protectores, Micromotor para aire comprimido con partes activas

1. Estudiante. Escuela de Estomatología. Universidad Señor de Sipán. Chiclayo – Perú.
2. Magister. Cirujano Dentista. Docente Tiempo Parcial. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo – Filial PIURA.

intercambiables, Resina acrílica Microbrush, Recipiente para mezclar acrílico, 1 pote de vaselina pura, 1 espátula para cera No. 7 y 31, 1 portaminas 0.5 mm color negro, 2 escobillas cerdas negras para Micromotor, 2 discos de filtro para Micromotor, Piedras montadas para desgastar acrílico y metal. Múltiples formas, 2 cauchos para pulir acrílico, Regla, Calibrador Vernier digital.

Conclusiones: La confección del Mini-JIG Estético multipropósito facilita el registro de la relación céntrica y el restablecimiento de la dimensión vertical de oclusión, determina las dimensiones de longitud y ancho de incisivo central, posición anteroposterior, exposición labial en reposo, inclinación vestíbulo-palatina, espacio libre oclusal, over-jet, over-bite, datos estéticos y funcionales de la guía anterior, plano incisal, mejorar la comunicación con el técnico dental, y proporciona previsibilidad al tratamiento.

PALABRAS CLAVE: Gij estético, resina fotopolimerizable.

Retenedores directos tipo circunferencial en prótesis parcial removible

Alejandra Mamani Fernández[1], Leonardo Cortez Concha[1], Edward D. Infantes Ruiz[2]

Introducción: Los retenedores directos tipo circunferencial, son retenedores que actúan por prensión ya que ejercen su función a través de la rigidez o elasticidad del material con que se construye. Están compuestos básicamente por un brazo opositor que se ubica siempre supraecuatorial en la región palatina o lingual y por un brazo retentivo que se ubica en la región vestibular que tiene su porción terminal alojado en la zona infraecuatorial, el cuerpo del retenedor que conecta los apoyos, los brazos retentivos y opositores al conector menor.

Estos retenedores presentan características que los diferencia de los de barra como: 1. Casi todo el brazo retentivo se halla por encima del ecuador dentario, siendo sólo el tercio terminal el que se sitúa por debajo. 2. Al ser más cortos, son menos flexibles. La rigidez puede verse aumentada si se añaden curvas al gancho. 3. Contactan con el diente en toda su longitud, por lo que aportan una mayor estabilidad. Si a ello se le une el hecho de que son más rígidos, la acción estabilizadora se ve aún más aumentada. 4. Al acceder al área retentiva desde oclusal son más propensos a interferir con la oclusión, sobre todo si el ecuador dentario está demasiado alto. Con frecuencia debemos remodelar la cara vestibular para acercar el ecuador a gingival. 5. Por estar más cerca de la superficie oclusal son menos estéticos. 6. No interfieren con tejidos blandos y son de elección cuando la cresta ósea en los pilares crea socavados tisulares importantes. De poner en estos casos un gancho a barra se favorecerá el acúmulo de alimentos debajo de éste. 7. Al tener que contactar con el diente de forma uniforme y en toda su longitud, el correcto asiento será más difícil. 8. Al ser horizontales y recorrer la cara vestibular a media altura será más fácil reinsertar las prótesis que los lleven. Por este motivo, estarán especialmente indicados en pacientes de edad avanzada, en personas con problemas articulares o de tipo motriz. Dentro de los retenedores directos tipo circunferenciales tenemos: ackers, en anillo, en horquilla, doble ackers o en abrazadera, múltiple, mitad y mitad, de acción posterior.

Objetivos: Conocer los retenedores directos tipo circunferencial en prótesis parcial removible. Metodología: Se realizó una búsqueda de los retenedores directos tipo circunferenciales en las referencias bibliográficas para efectuar una revisión de las diferentes clasificaciones según los autores y realizar un cruce de la información y llegar a establecer una clasificación adecuada de los retenedores directos tipo barra.

1. Estudiante. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo – Filial PIURA.
2. Cirujano Dentista. Docente Tiempo Parcial. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo – Filial PIURA

Materiales a usar: Materiales didácticos los cuales representan en macromodelos los diferentes retenedores directos tipo circunferenciales, así como sus características de diseño, estructura y dimensiones y a la vez se dispondrá de trípticos que plasman la información adecuada y detallada del tema.

Conclusiones: Se estableció que existen diferentes retenedores directos, tipo circunferenciales y cada uno de ellos será indicado según las características de los casos que requieran prótesis parcial removible.

PALABRAS CLAVE: Retenedores circunferenciales, prótesis parcial removible, ackers.

POSGRADO LIBRE

Análisis de costo y propuesta de tarifa para tratamiento de ortodoncia en malaclusión clase I en un consultorio dental privado

Raciel José Ajalcrina Hernández[1], Antonio Armando Aguirre Aguilar[2].

Introducción: Desde sus inicios en la Odontología, el área de Ortodoncia mantiene una prevalencia de Maloclusión Clase I, la cual es alta y frecuente; esta enfermedad se ha convertido en un problema de salud pública y hoy en día los pacientes que requieren solución a este problema no acuden a la consulta para ser atendidos por el alto costo del tratamiento y se debe contemplar por parte de los profesionales los verdaderos gastos que demandan cada prestación, ya que es común en la mayoría de los colegas considerar como inversión, sólo los gastos de laboratorio y de los principales materiales utilizados, teniendo en cuenta cómo influyen en gran medida los costos de amortización de la inversión realizada y los gastos mensuales permanentes que se deben afrontar durante todo el ejercicio profesional, ya que al egresar de la universidad desconocemos cuánto cobrar por nuestros servicios y mucho menos por qué razón o en base a qué sistema deberíamos establecer nuestros honorarios profesionales.

Objetivo. Determinar el costo de producción y proponer una tarifa para el tratamiento de ortodoncia maloclusión Clase I sin extracciones en un consultorio dental.

Metodología. En el presente estudio de tipo transversal descriptivo de acuerdo al sistema de contrastación, se seleccionaron 07 pacientes que cumplieron con los criterios de selección los cuales fueron sometidos al tratamiento de ortodoncia con una proyección de duración del tratamiento de 12 meses, determinando el costo directo, el costo indirecto, el tiempo de ejecución y la tarifa para el tratamiento de ortodoncia. Se respetaron los criterios éticos. Para determinar el tamaño de la muestra de las observaciones del tratamiento, se usará la fórmula que nos brinda el muestreo cuando el interés es estimar la media poblacional en un estudio descriptivo.

Resultados: Se determinó que el 80% del costo directo de un paciente de ortodoncia es de s/1200 mil doscientos nuevos soles, el costo indirecto es de s/ 780 setecientos ochenta soles con un tiempo aproximado de 22 horas. Discusión: Analizando los costos directos se observa que en los tratamientos realizados se sigue un mismo patrón en la utilización de insumos requeridos para la realización del tratamiento haciendo que el costo no varíe considerablemente de un tratamiento al otro. Analizando los costos indirectos se observa el consumo de servicio de agua y energía, alquiler del local, guardianía, mantenimiento del

1. Magister. Cirujano Dentista. Docente Tiempo Parcial. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo –Filial PIURA.
2. Doctor. Docente. Facultad de Estomatología. Universidad Nacional de Trujillo. Perú.

local, remuneraciones de personal que son cubiertos por la clínica y de aquí la diferencia del costo total de una ortodoncia de una clínica que cumple con todos los protocolos de tratamiento en comparación de otra.

Conclusión: La propuesta de tarifa para un tratamiento de ortodoncia maloclusión Clase I hasta los 10 meses de tratamiento, es de s/ 2.980 dos mil novecientos ochenta nuevos soles.

PALABRAS CLAVE: Maloclusión dentaria, costo directo, costo indirecto, tarifa.

Efecto de una pasta dental con xilitol sobre el perfil salival en niños de cinco años, Trujillo 2016

Gerardo Augusto Rodríguez Alayo[1], Antonio Armando Aguirre Aguilar[2]

Introducción: Para controlar la incidencia de la caries dental, se han realizado grandes gastos económicos tanto en recursos materiales, humanos e infraestructura, con resultados poco favorables, debido a que se le trata en su período patogénico y se deja de lado las medidas preventivas primarias que son menos costosas y más eficientes, dentro de ellas, la utilización de sustitutos de azúcar como el xilitol, que de acuerdo con los estudios clínicos ha mostrado ser anticariogénico, y si se demuestra que al ser administrado en pasta dental a niños de cinco años, podría ser incluido dentro de los protocolos preventivos pediátricos. Objetivo: Determinar el efecto de una pasta dental con xilitol al 1% sobre el perfil salival en niños de cinco años.

Metodología: Para el presente estudio de tipo experimental y prolectivo, seleccionaron 20 niños que cumplieron con los criterios de selección, y se realizaron dos mediciones de muestras salivales: una antes y otra 30 días después del uso de la pasta dental con xilitol al 1%, se evaluó: densidad y flujo salival, densidad poblacional de *Streptococcus mutans* (Unidades formadoras de Colonia; UFC), pH y capacidad buffer salival, y concentración de fluoruro. Se respetaron los criterios éticos. Para el análisis estadístico, se aplicó la prueba T de Student para determinar si hubo efecto significativo ($p<0.05$). Resultados: Se encontró que la pasta dental con xilitol, disminuyó significativamente el promedio de la densidad poblacional de Streptococcus mutans de 338000 UFC basal a 113695 UFC ($p= 0.004$), y aumentó el promedio de la concentración de fluoruro salival de 0.033 a .0262 ($p=0.000$). No se presentaron cambios significativos en los promedios de los demás componentes del perfil salival.

Discusión: El efecto inhibitorio del xilitol sobre el *Streptococcus mutans* se debe a que es transportado al interior de la célula donde entra en un ciclo inútil de fosforilación y desfosforilación, ocasionando degradación de la célula, vacuolas intracelulares y consumo de energía. En combinación con el fluoruro, potencia el efecto protector, ya que el xilitol actúa sobre la placa dental, facilitando la remineralización del fluoruro sobre el esmalte. La administración de xilitol en pasta dental, para la prevención de la caries dental es una medida de fácil aplicación, no presenta riesgos y está demostrada clínicamente.

Conclusión. El uso de la pasta dental con xilitol al 1%, después de treinta días de uso en niños de cinco años de edad, tiene efecto favorable sobre dos componentes del perfil salival:

1. Magister. Cirujano Dentista. Docente Tiempo Parcial. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo- Filial PIURA.
2. Doctor. Docente. Facultad de Estomatología. Universidad Nacional de Trujillo. Perú.

disminuye la densidad poblacional de *Streptococcus mutans* (UFC), y aumenta la concentración de fluoruro. No presentó efectos sobre: densidad y flujo salival, pH y capacidad buffer salival.

PALABRAS CLAVE: Caries dental, xilitol, saliva, *Streptococcus mutans.*

Nivel de flujo y ph salival en gestantes y no gestantes de 18-35 años de edad que acudieron al Hospital IV Víctor Lazarte Echegaray

Edward D. Infantes Ruiz[1], Antonio A. Aguirre Aguilar[2]

Introducción: Durante el período de gestación, las alteraciones hormonales más significativas son el aumento en los niveles de estrógeno que aumentan 30 veces y la progesterona aumenta 10 veces más de lo normal, en comparación con lo que ocurre en el ciclo sexual normal de la mujer, siendo esto gradualmente hasta los 8 meses de gestación, estableciendo como consecuencia del cambio hormonal un estado de hiperémesis gravídica. El incremento de estas hormonas constituye una condición sistémica particular que modifica las condiciones bucodentales. El diente y los tejidos de soporte y sostén, la mucosa oral entre ellos, constituyen blancos directos que pueden afectarse por este motivo, siendo las alteraciones más frecuentes a nivel oral: gingivitis, granuloma del embarazo, periodontitis y caries dental. La ingesta de azúcares va originar la disminución del pH de la placa bacteriana que se produce a los pocos minutos de la ingesta, lo que conlleva a una regulación por parte del pH salival y establecer un equilibrio, caso contrario esta disminución favorece la desmineralización del esmalte y facilitará el medio para la caries. Objetivo: El presente estudio, de tipo descriptivo, comparativo y correlacional, tuvo como objetivo comparar el nivel de flujo y pH salival en gestantes y no gestantes de 18- 35 años de edad, que acudieron al Hospital IV Víctor Lazarte Echegaray.

Material y métodos: Se evaluaron las muestras de saliva estimulada de 64 gestantes divididas en gestantes del primer, segundo y tercer trimestre y 64 no gestantes, de las cuales se determinó el nivel de flujo y el pH salival. Esto totalizó 128 pacientes para el presente estudio. De la toma de la muestra de saliva: La toma de la muestra se realizó siguiendo las recomendaciones de la Asociación Latinoamericana de Investigación de Saliva (ALAIS). Resultados: Los resultados para el grupo de gestantes fueron: pH salival = 6.20, flujo salival=1.82 ml/min. y para el grupo de no gestantes: pH salival = 6.56, flujo salival = 1.53 ml/min., existiendo relación estadísticamente significativa entre ambos grupos ($p<0.01$). Los promedios para el grupo de gestantes del primer trimestre fue pH salival= 5.71 y flujo salival = 2.23 ml/min; en el grupo de gestantes del segundo trimestre se obtuvo un pH salival= 6.59 y flujo salival = 1.48 ml/min y en el grupo de gestantes del tercer trimestre, un pH salival = 6.29 y flujo salival = 1.75 ml/min. Estableciéndose una relación estadísticamente significativa entre las gestantes del primer y segundo trimestre. ($p<0.01$), y entre las del primer y tercer trimestre ($p<0.05$). Conclusiones: Las gestantes presentaron un pH salival menor, es decir más ácido que las mujeres no gestantes. Las gestantes presentaron un nivel de flujo salival mayor, que las mujeres no gestantes.

PALABRAS CLAVE: Gestación, Flujo Salival y pH Salival.

1. Magister. Cirujano Dentista. Docente Tiempo Parcial. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo- Filial PIURA.
2. Doctor. Docente. Facultad de Estomatología. Universidad Nacional de Trujillo. Perú.

Colgajo P&R: una alternativa en exodoncia de terceros molares mandibulares

Oskar E. Prada Vidarte[1], Marco A. Reátegui Navarro[2]

Introducción: La incisión es el inicio al acceso a planos profundos y cuya regeneración depende de la forma como se haya incidido quirúrgicamente. En exodoncia de terceros molares, la incisión que preferimos es la angular (triangular) o en bayoneta, aunque existen otros diseños. El colgajo P&R, propuesto como alternativa en el estudio, tiene un diseño que respeta las estructuras anatómicas vecinas y proporciona una exposición óptima del campo operatorio.

Objetivo: Determinar la diferencia de la cicatrización de la herida quirúrgica entre el colgajo P&R y el colgajo en bayoneta en pacientes con indicación para exodoncia de terceros molares mandibulares, comparando los signos clínicos evidenciados a los 7 y 14 días del acto operatorio.

Metodología: Teniendo como muestra 40 pacientes, se distribuyeron aleatoriamente en dos grupos de 20 cada uno, al primero se les realizó el diseño de colgajo P&R y al segundo el colgajo en bayoneta. Se comparó la regeneración de los tejidos valorando la cicatrización mediante cuatro signos clínicos postquirúrgicos: Epitelización (herida confrontada), Dehiscencia y/o Fenestración, Alveolitis e Infección a los 7 y 14 días del acto quirúrgico.

Resultados: El 95% de los pacientes a los que se les realizó el diseño de colgajo P&R tuvieron una mejor cicatrización de la herida quirúrgica, ya que sólo al primer control de 7 días hubo evidencia clínica de epitelización; mientras que en el otro grupo de pacientes la herida presentó dehiscencia y/o fenestración, incluso durante el segundo control de 14 días.

Discusión: Comparando con el estudio de Groves y Moore, la conservación del margen gingival se debe al restablecimiento de la inserción del tejido conectivo de la zona.

Conclusiones: Existe diferencia estadísticamente significativa de la cicatrización de la herida quirúrgica al realizar cada uno de los diseños de colgajo. El diseño de colgajo P&R logró una mejor cicatrización sin presencia de complicaciones.

PALABRAS CLAVE: Tercer molar, colgajo, cicatrización.

1. Magister. Cirujano Dentista. Docente Tiempo Parcial. Escuela de Estomatología. Universidad Señor de Sipán. Chiclayo.
2. Doctor. Docente. Facultad de Estomatología. Universidad Nacional de Trujillo. Perú.

Efecto de la bromelina, papaína y glucanasa inmovilizadas sobre la desintegración in vitro de la placa y caries dental en un modelo de boca artifical

Diego A. Chero Nepo[1], Miguel A. Ruiz-Barrueto[2]

Introducción: El sarro tiene relación directa con la formación de caries, y cavidades en el diente y está asociado con la irritación de encías, la inflamación gingival y la periodontis. Se ha tratado insistentemente de descubrir maneras de evitar su formación y la progresión de la caries. Se sabe que el sarro está constituido por polisacáridos insolubles que lo hacen compacto y dificultan su eliminación. Estos polisacáridos son de origen bacteriano y provienen de la sacarosa de la dieta por la acción de estreptococos. El polisacárido predominante en el sarro dentario es un glucano extracelular que contiene más del 50% de enlaces 1,3-glucosídicos, denominado mutan. Las mutanasas son enzimas que catalizan la hidrólisis de enlaces β-1,3-glucosídicos en diversos glucanos. El mutan, que se sintetiza por estreptococos cariogénicos, es un importante factor de virulencia para la inducción de caries dental. Esto significa que las enzimas que degradan a los glucanos tienen potencial en la carioprofilaxis. La Odontología Mínimamente Invasiva busca mantener una estructura dental lo más sana posible y lograr que los dientes sigan funcionando toda la vida. La utilización de enzimas para evitar la formación de la placa dental o que propicien la desintegración de la caries ofrecen la oportunidad de contrarrestar este problema sin alterar la estructura normal del diente.

Objetivo: Evaluar el efecto de la bromelina, papaína y mutanasa inmovilizadas sobre la desintegración in vitro de la placa y caries dental en un modelo de boca artificial.

Metodología: Investigación experimental considera un diseño con preprueba, postprueba y grupo control. Se dividirá en cinco procesos. 1. Obtención de Bromelina y papaína vegetal, la extracción será mediante el método de Ketnawa y una posterior purificación de la enzima mediante el sistema bifásico. 2. Obtención de Mutanasa en Biorreactor aireado-agitado a partir de Trichoderma harzianum. 3. Inmovilización de enzimas en soporte sólido. Las enzimas obtenidas serán inmovilizadas en soporte sólido con agar. 4. Diseño de un modelo de Boca Artificial. 5. Evaluación enzimática en un modelo de Boca Artificial. Incorporaciones de Bromelina, Papaína y Mutanasa inmovilizadas en pellets de agar al modelo de Boca Artificial.

Resultados probables: Inhibición de la formación de la placa dental (y del sarro) y desintegración enzimática de la caries dental.

PALABRAS CLAVE: Bromelina, Papaína, Glucanasa, Boca Artificial, Placa Dental.

1. Maestrante. Cirujano Dentista. Escuela de Posgrado. Universidad Señor de Sipán.
2. Maestro en Ciencias. Biólogo Microbiólogo. DTC. Escuela de Estomatología. Universidad César Vallejo – Filial PIURA.

ISBN: 978-612-4435-26-3