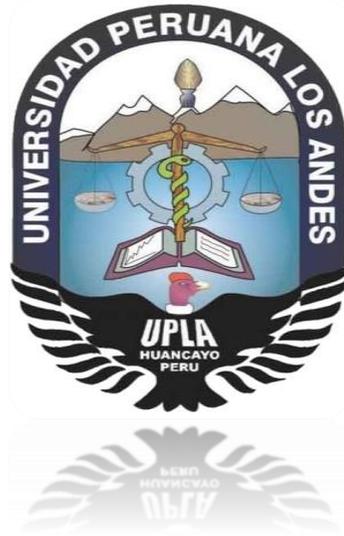


**UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES**

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA**



**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**TRATAMIENTO CONSERVADOR MINIMAMENTE INVASIVO DE  
LA HIPOMINERALIZACIÓN INCISIVOMOLAR (HMI)**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE CIRUJANO DENTISTA**

**AUTOR: BACH. CRUZ MENDOZA NEHEMIAS**

**ASESOR: DR. ORDÓÑEZ HOSPINAL WASHINGTON MANUEL**

**Línea de Investigación Institucional: Salud y Gestión de la salud**

**Huancayo - Perú**

**2021**

**Dedicatoria:**

A Dios, por la vida y por estar a mi lado en cada paso que doy, por confortar mi corazón e iluminar mi mente y por hacer posible conocer a las personas que han sido mi apoyo y compañía durante todo el transcurso de mis estudios.

El Autor.

**Agradecimiento:**

A Mi madre, por darme la vida, creer en mí, amarme mucho y su apoyo incondicional, por darme esta carrera y su empeño en mí, por guiarme desde niño y ahora en esta nueva etapa profesional.

Nehemías.

## CONTENIDO

### CAPITULO I

DEDICATORIA .....	2
AGRADECIMIENTO.....	3
CONTENIDO .....	4
RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	7

### CAPITULO II

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
2.2 MARCO TEÓRICO.....	9
2.2.1 ANTECEDENTES .....	9
2.2.2 BASES TEÓRICAS O CIENTÍFICAS.....	12
A. Concepto de (HIM) .....	12
B. Etiología.....	13
C. Prevalencia de (HIM) .....	13
D. Diagnóstico.....	14
E. Clasificación.....	16
F. Diagnóstico Diferencial.....	16
G. Tratamiento básico.....	17
2.3 OBJETIVOS.....	18

### CAPITULO III

3.1 DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO.....	19
3.1.1 HISTORIA CLÍNICA.....	19
3.1.2 EXAMEN CLÍNICO GENERAL.....	20

3.2. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO.....	24
3.3. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO.....	24

#### **CAPÍTULO IV**

4.1 PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL.....	25
4.2 PRONÓSTICO.....-	27

#### **CAPITULO V**

<b>CONCLUSIONES</b> .....	28
---------------------------	----

#### **CAPITULO VI**

<b>APORTES</b> .....	29
----------------------	----

<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	30
---	----

## RESUMEN

Considerando a los pacientes que recurren a los consultorios odontológicos, la hipomineralización molar incisivo (HIM) se constituye como un defecto de origen sistémico que genéricamente afecta a uno a más molares permanentes, asociado en determinado y limitados casos incisivos permanentes. Es indudable que los defectos de esmalte influyen negativamente en el estilo de subsistencia, apreciación atractiva y autoestima de infantes y púberes que la padecen. Este reporte de Caso Clínico describe el manejo exitoso de una restauración. Su propósito es describir la etiología, las características clínicas y básicamente demostrar la manera más adecuada de tratar la HIM en piezas dentarias delanteras efectuando preparaciones dentarias mesurados, utilizando puntos ultrasónicos para restaurarlos con resinas de nanopartículas, para así obtener soluciones atractivas positivos con un tiempo prudencial de acompañamiento y control. Tras el desarrollo del Plan de Tratamiento que incluyó la restauración con ionómero de vidrio las piezas dentales con HIM (1.6 – 2.6 – 3.6 – 4.0) y tratamientos adicionales para prevenir futuras lesiones cariosas, se logró revertir la hipersensibilidad de las piezas con HIM, corregir la maloclusión asumiendo que en el futuro se afrontará posibles restauraciones con incrustaciones o coronas a partir de los 16 años de edad.

**Palabras clave:** Hipomineralización / defectos esmaltes / opacidades esmalte / restauración / ionómero de vidrio.

## ABSTRACT

Considering patients who resort to dental offices, incisor molar hypomineralization (IMH) is constituted as a defect of systemic origin that generally affects one or more permanent molars, associated in certain and limited permanent incisor cases. There is no doubt that enamel defects negatively influence the quality of life, aesthetic perception and self-esteem of children and adolescents who suffer from it. This Case Report describes the successful management of a restoration. Its purpose is to describe the etiology, clinical characteristics and basically demonstrate the most appropriate way of approaching IMH in anterior teeth, making conservative cavitary preparations through ultrasonic points adapted to an ultrasound system and restructuring with composite resin, in order to obtain results. positive aesthetics with a reasonable follow-up and control time. After the development of the Treatment Plan that included the restoration with glass ionomer of the teeth with HIM (1.6 - 2.6 - 3.6 - 4.0) and additional treatments to prevent future carious lesions, it was possible to reverse the hypersensitivity of the teeth with HIM, correct the malocclusion, assuming that in the future possible restorations with inlays or crowns will be faced from the age of 16.

**Key words:** Hypomineralization / enamel defects / enamel opacities / restoration / glass ionomer.

## CAPITULO II

## **2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

A través de múltiples estudios realizados, se establece que (HMI) se constituye como un deterioro a nivel del esmalte que involucra 1 o más molares definitivas, que están relacionadas a defectos en los incisivos definitivos; este deterioro es de causa sistémico.

Cabe mencionar que los daños a la estructura del esmalte, logran afectar de forma negativa en el estilo de subsistencia, apreciación atractiva y autoestima de infantes y púberes que la padecen.

El procedimiento para rehabilitar estas afecciones, considera primeramente normas provisionarias y técnicas de restauración y posteriormente la exodoncia de los dientes. Se debe tener muy en cuenta que los años del infante y sus perspectivas, así como el grado del daño y los insumos utilizados son factores fundamentales que deben considerarse para la aplicación de un buen tratamiento a los pacientes con HMI. Asimismo, cabe precisar que el uso de resinas de nanopartículas en la rehabilitación de piezas dentarias posteriores y anteriores, está demostrando valiosas respuestas cuando se trata de la durabilidad y estética. (1)

Las afecciones respiratorias, complicaciones en el periodo prenatal, bajo peso al nacer, alteraciones metabólicas, fiebre, uso de antibióticos y alteraciones genéticas; son consideradas como factores de riesgo para HMI (2).

Por tanto, nos estamos enfrentando a un tipo de defecto de esmalte que requiere atención de los especialistas odontólogos. Para ello se debe considerar que en el tratamiento correspondiente suele surgir dificultades en anestesiar adecuadamente los dientes

afectados, los mismos que posteriormente posibilitan serios problemas en el comportamiento y técnica operatoria. (3) Se considera que el problema queda planteado teniendo en cuenta la siguiente interrogante:

¿Será posible que los infantes y púberes superen una autoapreciación negativa que le perjudique su desarrollo social frente a los demás e incluso frente a sus propios familiares?

Estamos plenamente seguros que su autoestima personal mejorará, cuando reciban un adecuado tratamiento de parte del odontopediatra quien, a través de técnicas conservadoras y escasamente invasivas en el tratamiento estético de la HMI en piezas dentarias anteriores con distinto nivel de severidad; alcanzando resultados estéticos favorables, después de un tiempo prudencial de acompañamiento y control.

## **2.2 MARCO TEÓRICO**

### **2.2.1 ANTECEDENTES**

A) Por otra parte, Rodríguez G. (4), egresado de una universidad chilena, realizó una investigación, teniendo como objetivo central el determinar las consecuencias clínicas de la presencia de HIM en una población de escolares de 6 a 12 años en el ámbito rural. Se evaluó 851 niños de 6 a 12 años de escuelas del área de estudios, cuya selección fue en forma aleatoria y clasificada de acuerdo al grado socioeconómico. Los resultados se analizaron a través de la estadística inferencial. Se llegaron a resultados como, la prevalencia de HIM fue de 12,7%. La media de COPD de escolares con HIM fue de 0.91 ( $\pm 1.21$ ) y el coed fue 1.98 ( $\pm 2.48$ ), los cuales son mayores que el grupo sano, con COPD 0.41 ( $\pm 0.95$ ) y coed 1.34 ( $\pm 2.15$ ). Se estableció entonces, diferencias estadísticamente significativas, tanto en COPD como coed ( $p=0.000$ ;  $p=0.002$ ). Finalmente concluyeron que la muestra estudiada presenta un índice

mayor de CPOD y ceod en comparación con alumnos que no manifestaron esta afección.

**B)** En nuestro ámbito nacional, se tienen antecedentes muy escasos. Una investigación fue realizada en 2016, en una universidad tacneña. Es así que, Jara F., (5) teniendo como designio, establecer la prevalencia (HIM) en infantes con dentición mixta, de 5 y 6 años, en una institución educativa estatal del nivel primario. Para ello proyectó una investigación de tipo descriptivo - observacional, de corte transversal en el cual participaron 53 escolares de ambos sexos. En efecto, se efectuó una evaluación intrabucal, en la cual se registró la presencia o ausencia de HIM, considerando específicamente los índices de Mathu-Muju y Wright para evaluar el grado de severidad, y además empleando los criterios de Jans para establecer el patrón de distribución. Al final del estudio los resultados más importantes fueron los siguientes: a) Los molares fueron los más afectados con 93.1%; b) Las mujeres fueron las más afectadas con 54.7%; c) Mayormente se presentó un grado de severidad leve que representa el 26,4%. d) La mayoría presentó un patrón de distribución Tipo I, con 26,4%. Concluyendo de que la Prevalencia de HIM en los alumnos, fue de 30,2%.

**C)** De otro lado, en la Universidad Alas Peruanas filial Arequipa, Catacora R., (6) presentó para graduarse como odontóloga, un estudio de investigación con el propósito de determinar la prevalencia de hipomineralización Incisivo-Molar (HIM) en niños de 7-12 años de edad en un centro educativo del nivel primario, estudio realizado en el año 2016. La muestra elegida por conveniencia lo conformaron 150 alumnos, El tipo de investigación fue no experimental, así mismo, el diseño fue transversal, de campo, prospectivo y descriptivo, la técnica que se aplicó fue la observación clínica y el instrumento correspondió a una ficha

clínica de recolección de datos. Los resultados demostraron que el 43.3% de la población presenta HIM. Así mismo, no hubo diferencias significativas con la edad y el sexo. En cuanto al grado de severidad, se determinó que el grado 2 fue el más frecuente, tanto en piezas anteriores (87.7%) como en posteriores (84.6%).

**D)** En la Universidad Cayetano Heredia de Lima, Yupanqui K., et. al. (7), efectuaron una investigación respecto a la temática que nos aborda, proponiéndose el determinar la prevalencia y distribución de HSMP en niños de 3 a 5 años de edad de 4 instituciones educativas públicas, del nivel educativo inicial. El diseño empleado en su investigación fue el observacional, descriptivo, de corte transversal. La muestra tomada estuvo conformada por 642 registros de niños de 3 a 5 años de edad. Se captaron datos relativos a prevalencia y distribución de HSMP, a nivel niño, diente y superficie. Después de analizados y discutidos la información acopiada hallaron los siguientes resultados: a) La prevalencia de HSMP fue de 20.6%, 10% y 5.3%, a nivel niño, diente y superficie, respectivamente. b) El promedio de molares afectados por niño fue  $1.94 \pm 1.02$ . c) Los defectos más frecuentes fueron la opacidad demarcada blanca o crema (43.2%), caries atípica (22.6%) y opacidad demarcada amarillo o marrón (15.6%). Estos resultados obtenidos llevaron a la siguiente conclusión: la población estudiada mostró una prevalencia de HSMP de 20.6% a nivel niño, sosteniéndose que fue una de las más altas reportadas de la literatura científica.

## **2.2.2 BASES TEÓRICAS CIENTÍFICAS**

## **A) Concepto DE (HIM)**

En la literatura científica especializada, la Hipomineralización Incisivo Molar se establece como una alteración dental; este síndrome se manifiesta como un trastorno buco dental; es decir, es una alteración durante formación del elemento dentario que se asocia a causas sistémicas, producidos por hipomineralización e hipomaduración del esmalte. (8)

Es así que el esmalte acusa un grado variable de alteración en la translucidez, teniendo un espesor normal y asumiendo coloraciones entre blanco o café-amarillo. Es importante entender que aun estando intacta la dentadura en el momento de la erupción, muchas veces se ha constatado que puede sufrir fractura poco después, ello debido a las fuerzas de la masticación.

Fue a finales de la década de los 80, en el que se comenzó a hablar de la Hipomineralización idiopática, lo que a principios del año 2001 fue definida como Hipomineralización Incisivo-Molar (HIM). (9). Cabe mencionar, que esa definición se utilizó para detallar el aspecto clínico del esmalte con hipomineralización que afecta a 1 o más piezas dentarias (1ros molares permanentes). (10).

Además se sostiene casi siempre, que las piezas dentales (molares) arduamente dañados son considerablemente hipersensibles, expuestos a lesiones cariosas de evolución acelerada, y son complicados de restaurar en pacientes púberes. (11).

## **B) Etiología**

Como se conoce, en las ciencias de la salud y propiamente en medicina y odontología, la etiología se refiere al estudio o búsqueda del origen de una enfermedad, con el propósito de hallar un diagnóstico y tratamiento adecuado para la misma. Para ello, generalmente, lo que inicialmente realiza el especialista es un breve interrogatorio al paciente, en donde hace constar: los antecedentes familiares, preguntas personales, motivo de su consulta, síntomas que posee, entre otros.

La etiología de la HIM, hasta nuestros días aún sigue siendo desconocida. Es pertinente sostener que en una muestra histológica la ultra estructura está incólume. En consecuencia, ello nos refiere que los ameloblastos cumplen una función normal al momento de secretar la matriz del esmalte.

Por otro lado, se precisa que los cristales de hidroxapatita presentan disminución en su compactación y organización en zonas permeables, lo que demuestra defectos en etapa de maduración. (12).

Así también, nos despierta la curiosidad de que la cantidad de piezas dentales dañados y la gravedad sean distintos en un mismo alumno, lo que determina que diferentes hace conjuntos de ameloblastos se estimulen en distintos tiempos en la amelogénesis. (13).

## **C) Prevalencia de (HIM)**

Cuando se habla desde el punto de vista epidemiológico, al mencionar

la prevalencia, nos estamos refiriendo a la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período estimado. La HIM, resulta siendo una entidad clínica cuya información se incrementa a nivel mundial y es una característica que día a día se investiga con mayor inquietud.

Según refiere, Boj, JR; et al. (14), los odontopediatras al inicio del presente milenio consideraban que la MIH era un problema clínico muy común en los países de la Unión Europea, Asia, África y las Américas.

La prevalencia del HIM en el mundo, por ejemplo, varía desde un 0.48% en India hasta un 44% en Australia. En el continente europeo está entre un 2,4% en Bulgaria y un 37,30% en Dinamarca. En Asia la prevalencia mínima es de 0,48% y la máxima de 28% en Tailandia. En África oscila entre un 2,9% en Libia y un 17,7% en Nigeria. En cuanto se refiere al continente americano la prevalencia más baja la encontramos en Argentina con un 7% y la más alta en Brasil con un 40,2%. En nuestro país, a pesar que no hay numerosos trabajos acerca de la prevalencia de HIM, refieren que la prevalencia es de 6% y 40.3%, porcentajes similares a la prevalencia a nivel mundial. (15).

#### **D) Diagnóstico de la HIM**

Resulta obvio, que un diagnóstico temprano de HIM nos lleva irremediablemente a propiciar y realizar un tratamiento precoz, significando ello, que subsista un adecuado tratamiento más simple, eficaz que pueda prevenir la salud del paciente. (16).

La mayoría de los especialistas en esta temática, precisan que la edad de evaluación sobre la existencia de HIM recae a los 8 años, luego de la erupción de los 1ros molares e incisivos. (17).

Debemos tener presente la Declaración hecha por la Academia Europea de Odontología Pediátrica, la misma que enumera y precisa característica clave para identificar dientes afectados por HIM, las que enumeramos a continuación:

1. Opacidades demarcadas
  - Tener un límite de finido claramente de esmalte sano adyacente.
  - La alteración de la translucidez del esmalte. espesor normal del esmalte.
  - Gammas de colores blanco-crema-naranja-amarillo-marrón.
  
2. Post-eruptiva descomposición del esmalte
  - La pérdida de esmalte de una superficie, que se inicia luego de la emergencia dental.
  - Esta pérdida se relaciona en ocasiones con una oscuridad delimitada ya existente.
  
3. Restauración atípica
  - se extiende con frecuencia a la superficies bucal y palatal / lingual.
  - asociado con frecuencia con una opacidad en el margen de la restauración.
  - Para incisivos, puede haber una restauración bucal no relacionada con el trauma.

- A menudo visto en la boca de otra manera libres de caries.

### **E. Clasificación de la Hipomineralización Incisivo Molar**

La siguiente clasificación pertenece a Mathu-Muju & Wright (14):

- HIM ligera: que se caracteriza por la variación del color en zonas no fisiológicas ubicadas en 1ros molares definitivos.
- HIM mediana: en la que se aprecia restauraciones inconsistentes, variación del color en superficies oclusales y 1/3 incisales que muestran hipersensibilidad e inconvenientes.
- HIM severo: se caracteriza por fracturarse el esmalte, lo que se da después de la erupción y que presentan sensibilidad, dolor, lesiones de caries precoces y extensas. (18).

### **F) Diagnóstico Diferencial**

No es novedad, que la HIM, en marcadas ocasiones suelen confundirse con diversas otras patologías de la cavidad buco dental. De hecho, es casi común confundirlas con alteraciones como la amelogénesis imperfecta, fluorosis o hipoplasias de esmalte, por lo que se hace necesario e importante realizar un correcto diagnóstico diferencial.

Verbigracia, una Amelogénesis; puede confundirse generalmente en casos de Hipomineralización muy severos, puesto que afecta a todo el diente y a todas las piezas.

Debe tenerse muy en cuenta que las alteraciones ocasionados por falta de mineralización son:

- a) Hipoplasia, la misma que transcurre en la fase de formación de la deposición de la matriz, el esmalte se caracteriza por tener un espesor de tejido muy ligero, de aspecto liso o rugoso.
- b) Hipocalcificación, que se produce en el momento de la calcificación durante la mineralización de la matriz. Se caracteriza por tener un esmalte fácilmente perforable con sondas.
- c) Hipomaduración, que se desarrolla en la etapa de maduración, que se manifiesta por un incremento de los cristales; el esmalte a veces se pigmenta o no, esta alteración se asocia a la taurodoncia.

#### **G) Tratamiento Básico.**

Para el tratamiento básico del paciente HIM, William et. al (18) , proponen las siguientes medidas:

- Inspección de la severidad de la alteración
- Identificación Precoz de la HIM
- Remineralizar y solucionar la sensibilidad
- Prevenir las quebraduras post-eruptivas y las caries.
- Restauraciones y Extracciones dentales.
- Inspecciones permanentes

Como actos preventivos urgentes y necesarios contra las secuelas de HIM, el propósito vital es la identificación prematura de daños al esmalte. Los

especialistas consideran que una buena edad para realizar los diagnósticos pertinentes, es a los 8 años de vida de la persona ya que es muy posible que presenten HIM en sus inicios; es decir, en forma leve. (19)

### **2.3 Objetivos**

Demostrar a través de un caso clínico, la aplicación de un plan de tratamiento adecuado para la Hipomineralización Molar Incisivo, con técnicas mínimamente invasivas con resina de nanopartículas.

## **CAPITULO III**

### **3.1 DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO**

#### **3.1.1 HISTORIA CLÍNICA**

Niña de 8 años de edad, de género femenino, acude a la consulta en Aparente buen estado general, madre manifiesta presentar sensibilidad en primeros molares permanentes y discromía en estos mismos.

#### **ANAMNESIS**

**NOMBRE Y APELLIDO:** Marcia Álvarez García **EDAD:** 8 años

**SEXO:** Femenino.

**ESTADO CIVIL:** Soltera

**DOMICILIO:** Jr. Chiclayo 165 – El Tambo-Huancayo

**OCUPACIÓN:** Estudiante

**LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:** Huancayo 03/02/2012

**LUGAR DE PROCEDENCIA:** Huancayo

**MOTIVO DE CONSULTA:** “Quiero que me curen mis dientes”

**TIEMPO DE ENFERMEDAD:** 2 años

- **INICIO:** hace 2 años con pequeñas manchas oscuras
- **CURSO:** estas fueron creciendo con el tiempo

- **SIGNOS Y SINTOMAS:** piezas molares con gran destrucción coronaria, sintomático a la ingesta de líquidos fríos en molares permanentes.

### **ENFERMEDAD ACTUAL (INICIO, EVOLUCIÓN Y ESTADO ACTUAL DE LA ENFERMEDAD)**

Madre manifiesta que su hija presenta molestias al ingerir líquidos fríos.

### **ANTECEDENTES**

- A. ANTECEDENTES FAMILIARES:** No refiere
- B. ANTECEDENTES PERSONALES (HÁBITOS):** No refiere
- C. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:** No refiere

### **3.1.2 EXAMEN CLÍNICO GENERAL**

#### **LOTEP, ABEN, ABEH, ABEG**

#### **A.- EXAMEN ESTOMATOLOGICO EXTRA ORAL:**

- ❖ **CABEZA:** Normocéfalo
- ❖ **CARA:** Normo Facial
- ❖ **ATM:** Sin Alteración Evidente
- ❖ **GANGLIOS:** Sin Alteración Evidente

#### **B.- EXAMEN ESTOMATOLÓGICO INTRAORAL**

- ❖ LABIOS: Sin Alteración Evidente
- ❖ CARRILLOS: Sin Alteración Evidente
- ❖ PALADAR DURO Sin Alteración Evidente
- ❖ PALADAR BLANDO: Sin Alteración Evidente
- ❖ LENGUA: Sin Alteración Evidente
- ❖ ISTMO DE LAS FAUCES: Sin Alteración Evidente
- ❖ PISO DE BOCA: Sin Alteración Evidente
- ❖ REBORDE GINGIVAL: Sin Alteración Evidente

#### FOTOGRAFIAS INTTRAORALES



Fig. 1 vista lateral derecha



Fig. 2 vista lateral izquierda



Fig. 3 vista frontal

- **REGIÓN ANATOMICA COMPROMETIDA – ZONA PROBLEMA:**  
1ras Molares permanentes Piezas dentales: 1.6-2.6-3.6-4-6
- **INSPECCIÓN:** Piezas dentales: 1.6-2.6-3.6-4-6, con cambio de coloración y pérdida de estructura dentaria no asociada a caries dental; en piezas 3.1-3.2-4.1-4.2 se aprecia opacidades blanquecinas-cremosas.



Fig. 4 -5 vista oclusal superior e inferior

### **3.2 DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:**

Hipomineralización Incisivo molar

Piezas dentales: 1.6-2.6-3.6-4-6 Alteración de la morfología coronaria caracterizada por la ausencia de ángulos cuspídeos.



Fig. 6 Radiografía panorámica

### **3.3. DIAGNOSTICO DEFINITIVO**

Hipomineralización Incisivo molar en piezas 1.6- 2.6-3.6-4-6

## CAPÍTULO IV

### 4.1 PLAN DE TRATAMIENTO

1. Sensibilizar a los padres y al niño sobre su estado de salud bucal.
2. Incentivar la adquisición y práctica de hábitos de higiene bucal.
3. Prevenir futuras lesiones cariosas.
4. Devolver la estética, fonética y función masticatoria.
5. Revertir la hipersensibilidad de las piezas con HIM.
6. Corregir la maloclusión.
7. Disminuir el riesgo estomatológico
8. Se restauraron con ionómero de vidrio las piezas dentales con HIM (1.6-2.6-3.6-4.6)
9. Se considera en un futuro posibles restauraciones con incrustaciones o coronas a partir de los 16 años de edad.



Fig. 7 y 8: Piezas dentales 3.6 y 4.6 con hipomineralización



Fig. 9 obturación pieza 1.6



Fig. 10 obturación pieza 2.6

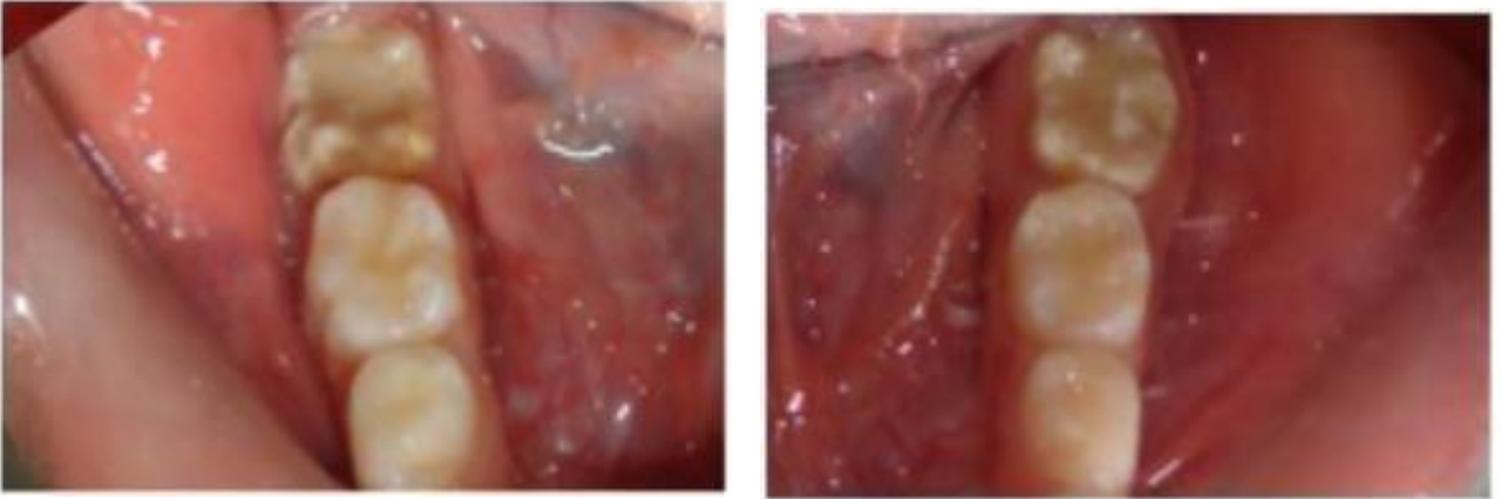


Fig. 11 y 12 : obturaciones piezas dentales 3.6 y 4.6

#### **4.2 PRONÓSTICO: FAVORABLE**

## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIONES**

- 1.- La HIM conlleva varios problemas para el infante y su familia, dependiendo del grado de afectación de las piezas puede llegar a comprometer desde la higiene hasta la alimentación del niño, es por esto que un diagnóstico temprano es importante. Debemos decir que es realmente esencial la preocupación de los padres por la salud oral de su hijo.
- 2.- En función a la literatura actualizada respecto al HIM, la prevalencia de este defecto sistémico, se incrementa paulatinamente a nivel mundial.
- 3.- Los niños y adolescentes a través de un manejo terapéutico de molares con HIM superarán de hecho una autoestima desfavorable que los perjudica ostensiblemente en su interacción frente a los demás individuos de su entorno e incluso frente a sus propios familiares.
- 4.- Mediante la aplicación de técnicas de conservación mínimamente invasivas en un adecuado tratamiento del odontopediatra, y el uso de puntas ultrasónicas adaptados a un sistema de ultrasonido y restauración con resina compuesta.

## **CAPITULO VI**

### **APORTES**

- 1.- Para abordar correctamente la HIM hace falta criterios diagnósticos válidamente estructurados y confiables que permitan estandarizar las bases del tratamiento y las investigaciones sobre la temática.
- 2.- El manejo terapéutico de las molares con HIM aún es falto de protocolización puesto que los incisivos afectados generan problemas estéticos verdaderamente considerables.
- 3.- Subsisten dificultades técnicas en casos moderados y severos de HIM en niños y adolescentes por lo que se muestra como un reto para los odontopediatras.
- 4.- Es por ello que consideramos de vital importancia que los niños y adolescentes con HIM sean diagnosticados tan pronto como sea posible y consecuentemente se realice el tratamiento inmediato para prevenir la desintegración del esmalte afectado
- 5.- Se sugiere el desarrollo de un programa de atención con énfasis en la prevención y restauración junto con la vigilancia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Hernández, M. et. al. Prevalencia de la hipomineralización incisivo molar en una muestra de 7672 escolares de la provincia de Barcelona, Odonto Pediátric. España, 2014.
- (2) Ascensión, a. et. al. Síndrome de hipomineralización incisivo-molar, rev. Clin. Med. Fam. España, 2016.
- (3) García L, Martínez E. Hipomineralización Incisivo-Molar. Estado Actual. Científica Dental. 2010; 7(1):19-28
- (4) Rodríguez G. Hernán. Hipomineralización Incisivo Molar y prevalencia de caries en escolares de 6 a 12 años de la Región Metropolitana. Resultados Preliminares. Trabajo de Investigación para optar el título de Odontólogo. Universidad de Chile, Facultadde Odontología, Departamento de Odontología Restauradora. Santiago de Chile, Chile. 2015.
- (5) Jara Fernández, Sandra C. Prevalencia de la Hipomineralización Incisivo Molar (HIM) en niños con dentición mixta, comprendidos entre 5 a 56 años en la I.E.I. Nelly Rojas de Arenas en el año 2016. Tesis para optar el título de Cirujano Dentista. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann-Tacna. 2017.
- (6) Catacora Morales, Raquel R. Prevalencia de Hipomineralización incisivo-molar en niños de 7-12 años en la institución educativa 40175 Gran Libertador Simón Bolívar, Arequipa-2016. Universidad Alas Peruanas, Arequipa.2017.
- (7) Yupanqui, K, et al. Prevalencia y distribución de HSMP en niños de 3 – 5 años de cuatro I.E.P de Chorrillos, Lima. Tesis para optar el Título de Odontólogo, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, 2015.
- (8) Salgado, P. Síndrome de Hipomineralización Incisivo Molar (MIH). Revisión de Literatura hasta 2015. Lima, 2016.
- (9) Koch, G. Hallonsten, A., wet. Al. Estudio epidemiológico sobre Hipomineralización en dientes permanentes de niños. Comunidad Epidemiológica Buco Dental. España. 1990.

- (10) Álvarez, D.; Robles, L, Et. al. Abordaje terapéutico de la hipomineralización molar–incisal. Revisión Narrativa. Lima. 2017.
- (11) Gavara Navarro, M. Prevalencia, severidad y factores etiológicos implicados en la hipomineralización incisivo-molar en una muestra de niños de 8 a 12 años, Cusco, 2017.
- (12) Ascensión Alfaro, A.; Castejón N.; et. al. Síndrome de hipomineralización incisivo-molar, España.2018
- (13) Brogarrdh-Roth, S. Marson, L; et. al. Hipomineralización incisivo – molar e higiene oral de niños entre 10 a 12 años. 2011.
- (14) Boj, JR.; Catalá, MC: et. al. Odontopediatría. 1ra. Edición. Barcelona, España. 2004. P.55-72
- (15) Lanata, Eduardo J. Operatoria dental estructural y adhesión. Grupo Editorial Argentina S. A. Buenos Aires, Argentina, 2003.
- (16) García-Margarit, M. et. al. Estudio epidemiológico de hipomineralización incisivo-molar en niños españoles de 8 años en odontopediatría. España. 2014.
- (17) Crombie, F. et. al. Etiología de la hipomineralización incisivo -molar: Una revisión crítica. Odontopediatría. 2009.
- (18) Corral, C.; et. al. Impacto de la hipomineralización incisivo molar en la experiencia de caries en escolares de 6 – 12 años en Santiago de Chile, Chile. 2016.
- (19) William, V.; Messer L.B. et. Al. Hipomineralización incisivo - molar y recomendaciones para atención clínica. .2008.