



CONGRESO INTERNACIONAL DE POSGRADOS

Concurso de **Carteles** -Casos Clínicos-



MEMORIAS

28 - 29 - 30

AGOSTO 2025

San Luis Potosí, México



FOTOGRAFÍA: Dr. Miguel Ángel Noyola Frías

**Publicación de la Facultad de Estomatología,
Universidad Autónoma de San Luis Potosí**

**San Luis Potosí, SLP, México.
Agosto de 2025.**

MEMORIAS

DIRECTORA Y EDITORA

Norma Verónica Zavala Alonso

Facultad de Estomatología

Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

DISEÑO

- Beatriz Adriana González Escalante
 - Mariana Rosales Villaseñor
- Departamento de Comunicación Educativa



**CONGRESO
INTERNACIONAL
DE POSGRADOS**

Concurso de Carteles -Casos Clínicos-



MEMORIAS

28 - 29 - 30
AGOSTO 2025

San Luis Potosí, México



DIRECTORIO

Alejandro Javier Zermeño Guerra
Rector de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

Federico Arturo Garza Herrera
Secretario General de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

Alan Martínez Zumarán
Director de la Facultad de Estomatología, UASLP

Rita Martínez Martínez
Secretaria General de la Facultad de Estomatología, UASLP

Francisco Javier Gutiérrez Cantú
Jefe de Posgrados de la Facultad de Estomatología, UASLP

Miguel Ángel Rosales Berber
Secretario Académico de la Facultad de Estomatología, UASLP

Yoselin Méndez Salado
Secretaria Escolar de la Facultad de Estomatología, UASLP

COMITÉ ORGANIZADOR

Alan Martínez Zumarán

Director de la Facultad de Estomatología, UASLP

Francisco Javier Gutiérrez Cantú

Jefe de Posgrados de la Facultad de Estomatología, UASLP

Adriana Torre Delgadillo

Especialidad en Ortodoncia y Ortopedia Dentomaxilofacial

Gabriela Torre Delgadillo

Especialidad en Odontopediatría

Norma Verónica Zavala Alonso

Maestría en Ciencias Odontológicas

Juan Antonio Cepeda Bravo

Especialidad en Periodoncia

Nuria Patiño Marín

Doctorado en Ciencias Odontológicas

Everardo Ruiz Cruz

Especialidad en Odontología Estética, Cosmética, Restauradora e Implantología

Óscar Arturo Benítez Cárdenas

Especialidad en Cirugía Oral y Maxilofacial.

María Verónica Méndez González

Maestría en Endodoncia.

Cristina Contreras Tello

Administradora

Sandra Verónica Torres Pérez

Logística

Beatriz Adriana González Escalante

Diseño, fotografía y edición

PRESENTACIÓN

La Facultad de Estomatología de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, S.L.P. les da la más cordial bienvenida al **XXXII CONGRESO INTERNACIONAL DE POSGRADOS y CONCURSO DE CARTELES DE CASOS CLINICOS 2025.**

El principal objetivo del presente congreso es fomentar diversas actividades académicas a nivel nacional e internacional con el propósito de:

1. Difundir conocimiento científico en las diferentes áreas de la estomatología.
2. Promover y propiciar el intercambio académico.
3. Fomentar la investigación y la mejora continua en la atención al paciente.
4. Fomentar la generación de grupos o redes de trabajo nacionales e internacionales con la finalidad de producir conocimiento científico.

Agradecemos infinitamente el apoyo de todo el personal que colaboró para la organización del congreso como compañeros, colegas, docentes, investigadores, estudiantes de licenciatura y posgrado, personal administrativo y personal en general.

ATENTAMENTE
Comité Organizador

ÍNDICE

CASO CLÍNICO LICENCIATURA	10
MANIFESTACIONES ORALES DE LA SÍFILIS PRIMARIA: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO	11
APLICACIÓN DE GUIAS DE CORTE ANALÓGICAS EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL AMELOBLASTOMA	12
RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA DE ACCIDENTE ENDODÓNTICO	13
AUTOTRASPLANTE DENTAL: UNA ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO	14
FLEBOLITOS EN REGIÓN MANDIBULAR: REPORTE DE CASO	15
CASO CLÍNICO POSGRADO	16
USO DE GUÍAS QUIRÚRGICAS PARA REMODELACIÓN ÓSEA EN DISPLASIA FIBROSA POLIOSTÓTICA. REPORTE DE CASO	17
SÍNDROME DE SAGLIKER: PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO.....	18
RESISTENCIA BACTERIANA OSTEOMIELITIS POR ACTINOMYCES: REPORTE DE CASO	19
MANEJO ORTODÓNTICO DE PACIENTE CON REABSORCIÓN RADICULAR EXTERNA APICAL IDIOPÁTICA Y CANINO RETENIDO	20
REVASCULARIZACIÓN EN PREMOLAR CON DENS EVAGINATUS: REPORTE DE CASO	21
RESTAURACIONES ANTERIORES EN DENTICIÓN DECIDUA CON IONÓMERO DE VIDRIOHÍBRIDO EN CORONAS DE CELULOIDE: REPORTE DE CASO.....	22
REHABILITACIÓN BUCAL BAJO ANESTESIA GENERAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON DIAGNÓSTICO DE PARÁLISIS CEREBRAL	23
CIRUGÍA ENDODÓNTICA EN EL TRATAMIENTO DE LESIONES PERIAPICALES	24
DESAFÍOS EN LA PRESERVACIÓN DEL NERVIOS FACIAL EN PAROTIDECTOMÍA POR CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE DE ALTO GRADO.	25
REDUCCIÓN ABIERTA Y FIJACIÓN INTERNA DE FRACTURA SUBCONDILEA MANDIBULAR ASISTIDA POR ENDOSCOPIA TRANSORAL.....	26
TERAPIA PULPAR VITAL EN MOLARES PERMANENTES BAJO ANESTESIA GENERAL	27
MANEJO DE OSTEONECROSIS MANDIBULAR INDUCIDA POR MEDICAMENTOS (OMIM). REPORTE DE CASO	28
REIMPLANTE INTENCIONADO	29
FRACTURA DE ORBITA, COMPLEJO CIGOMÁTICO MAXILAR IZQUIERDO, PLANEACIÓN QUIRÚRGICA EN ESTEREOLITOGRAFÍA: REPORTE DE CASO CLÍNICO.....	30

USO DE XENOINJERTO, INJERTO ALOPLÁSTICO, PRFC Y MEMBRANA COLÁGENA PARA CIERRE DE HENDIDURA ALVEOLAR.....	31
QUISTE ODONTOGENICO CALCIFICANTE (QUISTE DE GORLIN): REPORTE DE CASO	32
TRANSPORTACIÓN ALVEOLAR EN PACIENTE CON SECUELAS DE LABIO Y PALADAR HENDIDO: REPORTE DE CASO.....	33
TRATAMIENTO COMPENSATORIO DE ASIMETRÍA FACIAL Y CLASE III ESQUELÉTICA.....	34
ABORDAJE A EXPOSICIÓN DE MEMBRANA NO REABSORBIBLE EN REGENERACIÓN ÓSEA GUIADA PREVIO A COLOCACIÓN DE IMPLANTES. REPORTE DE CASO PROTESICAMENTE GUIADOS.....	35
CORRECCIÓN DE DEFECTO MUCOGINGIVAL SEVERO MEDIANTE INJERTO GINGIVAL LIBRE Y MATRIZ DE COLÁGENO XENOGÉNICA.....	36
RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR CON INJERTO MICROVASCULARIZADO DE PERONÉ GUIADA CON PLANEACIÓN VIRTUAL: REPORTE DE CASO.....	37
EXPRESIÓN DE MUC4 EN CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE DE BAJO GRADO: ANÁLISIS PATOLÓGICO Y UTILIDAD DIAGNOSTICA.	38
DISEÑO DIGITAL DE SONRISA EN REHABILITACIÓN ESTÉTICA COMBINADA: INTEGRACIÓN DE MOCK-UP VIRTUAL, CARILLAS Y RETRATAMIENTOS DE CORONAS	39
DISEÑO DIGITAL Y RECONTORNEGINGIVAL GINGIVAL CON FLUJO DIGITAL: BRINDANDO PRECISIÓN Y ESTÉTICA.....	40
MANEJO ORTODÓNTICO-QUIRÚRGICO DE PACIENTE CLASE III ESQUELETAL Y MORDIDA CRUZADA: REPORTE DE UN CASO	41
AUMENTO DE ENCIA QUERATINIZADA POR MEDIO DE INJERTO GINGIVAL LIBRE. REPORTE Y SEGUIMIENTO DE CASO CLINICO	42

CASO CLÍNICO LICENCIATURA



MANIFESTACIONES ORALES DE LA SÍFILIS PRIMARIA: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

Karen Josselin Gamboa Vargas¹, Cindy Johely Domínguez Flores², Francisco Javier Aguilar Zapata¹

Facultad de Estomatología, UASLP¹, Practica privada²

Introducción: La sífilis es una enfermedad infecciosa causada por la bacteria *Treponema pallidum*, transmitida principalmente por contacto sexual, incluyendo el sexo oral, lo que permite su manifestación en la cavidad bucal. Puede afectar diversos órganos y en sus fases primaria y secundaria suele presentar lesiones orales. En la fase primaria, aparece el chancro sifilítico: una úlcera indolora con bordes firmes y base limpia, común en labios, lengua, paladar o mucosa bucal. En la fase secundaria, son comunes los parches mucosos, erosiones grisáceas o placas eritematosas, a menudo asintomáticas y poco visibles. El diagnóstico se basa en la evaluación clínica y pruebas serológicas. Las pruebas no treponémicas como VDRL o RPR se utilizan para el diagnóstico y seguimiento, mientras que las treponémicas como TPPA confirman la infección. En algunos casos, se recurre a biopsia o PCR. Las lesiones orales activas son altamente contagiosas, incluso a través de besos si hay úlceras presentes. Sin tratamiento, la sífilis puede avanzar a una fase terciaria con lesiones destructivas como gomas sifilíticas o leucoplasia sifilítica. El tratamiento temprano con penicilina benzatínica intramuscular es curativo en la mayoría de los casos y previene complicaciones. **Caso clínico:** paciente masculino de 29 años que acude a consulta por presentar dos úlceras orales indoloras con dos meses de evolución, localizadas en la punta de la lengua y mucosa yugal posterior. Las lesiones eran de forma irregular, bordes elevados blanco-amarillentos y fondo limpio. Se realizó biopsia incisional, revelando infiltrado polimorfonuclear, exocitosis, infiltrado perivascular e hiperplasia pseudoepiteliomatosa. Ante la sospecha de una enfermedad de transmisión sexual, se solicitaron pruebas serológicas, resultando positiva la VDRL y negativa la prueba de VIH. El inmunomarcaje con anticuerpo anti-treponémico confirmó la presencia de *T. pallidum*. **Conclusión:** La sífilis debe considerarse en el diagnóstico diferencial de lesiones orales crónicas, especialmente en jóvenes sexualmente activos. El diagnóstico preciso requiere una combinación de evaluación clínica, pruebas serológicas, biopsia e inmunohistoquímica. El tratamiento oportuno previene complicaciones y frena la transmisión. La colaboración entre cirujanos maxilofaciales y otros profesionales de salud es esencial en estos casos.

Palabras clave: Sífilis, boca, *Treponema pallidum*.



APLICACIÓN DE GUIAS DE CORTE ANALÓGICAS EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL AMELOBLASTOMA

Jaqueline Aydé Ruvalcaba Franco, Oscar Arturo Benítez Cárdenas, Marlen Vitales Noyola, Elhi Manuel Torres Hernández, Miguel Ángel Noyola Frías, Ricardo Martínez Rider.

Facultad de Estomatología, Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

Introducción: Los tumores odontogénicos son un espectro de lesiones derivadas de residuos odontogénicos, rara vez presentando un comportamiento maligno, ocasionalmente se desarrollan a partir de un quiste del desarrollo pre-existente o primordio dental. Los ameloblastomas constituyen una verdadera neoplasia, descrita como un tumor unicéntrico, no funcional, de crecimiento intermitente anatómicamente benigno y clínicamente persistente, su diagnóstico es clínico e imagenológico, el tratamiento en su mayoría es radical de manera profiláctica, aunque no se descarta tratamiento conservador, siendo de preferencia la resección quirúrgica con márgenes de seguridad entre 1 y 2 cm de los límites radiográficos del tumor. Para una resección precisa se puede confeccionar una guía de corte analógica en base a un modelo de yeso permitiendo delimitar en el hueso los márgenes quirúrgicos, mejorando la precisión del corte y control de los márgenes. **Objetivo:** aplicar guías de corte analógicas en tratamiento quirúrgico de un ameloblastoma. **Caso clínico:** En este trabajo se presentará un caso clínico de un ameloblastoma tratado mediante resección quirúrgica, apoyada de una guía de corte analógica que permitió la delimitación precisa de los márgenes quirúrgicos, mejorando la planificación y ejecución del procedimiento. **Conclusión:** El ameloblastoma es la segunda neoplasia odontogénica más común, su incidencia combinada con su comportamiento clínico, lo convierte en una de las neoplasias odontogénicas de mayor relevancia. Este tumor afecta considerablemente la calidad de vida de los pacientes, ya que, a pesar de su comportamiento benigno, es localmente agresivo e invasivo, por lo que el tratamiento de elección es la resección quirúrgica con márgenes adecuados para evitar recurrencias. La planificación quirúrgica con apoyo de guías de corte analógicas mejora significativamente el proceso, permitiendo una cirugía más controlada y segura destacando la importancia de una planificación integral y personalizada.

Palabras clave: Ameloblastoma, guía de corte analógica, resección quirúrgica, planificación quirúrgica, cirugía maxilofacial



RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA DE ACCIDENTE ENDODÓNTICO

Johan Aguilar Hernández¹, Claudia Edith Dávila Pérez¹, Jairo Mariel Cárdenas¹, Fernando Torres Méndez¹, Tatiana Ramírez Mora² Cristina Retana Lobo²

Facultad de Estomatología, Universidad Autónoma de San Luis Potosí¹, Facultad de Odontología, Universidad de Costa Rica².

Introducción: Una perforación o falsa vía se define como la comunicación artificial entre la cámara o el sistema de conductos radiculares a los tejidos de soporte de los dientes o hacia la cavidad oral. La perforación radicular puede ocurrir durante el tratamiento de conductos radiculares o al preparar un conducto que recibirá un poste. Se ha considerado a este tipo de accidente como la segunda causa más común de fracaso endodóntico, en una proporción de entre el 3% y más del 10%. **Objetivo:** Realizar tratamiento quirúrgico para sellar una perforación. **Caso clínico:** Paciente femenino de 27 años de edad que acude a consulta para tratamiento endodóntico en primer molar inferior. Se diagnostica necrosis pulpar y en el proceso de realizar el acceso se ocasiona una perforación en furca con fresa de bola de carburo número 6. Se sella con MTA para continuar con la instrumentación y obturación de los conductos y debido al tamaño de la lesión, se decide realizar procedimiento quirúrgico. **Conclusión:** De acuerdo con la accesibilidad y visibilidad de las perforaciones el tratamiento puede ser quirúrgico o no quirúrgico. En los casos de grandes perforaciones, en lugar de tratar de reparar la perforación se debe considerar la amputación radicular, hemisección o extracción, con o sin la reimplantación, para un mejor pronóstico.

Palabras clave: Accidente endodóntico, perforación, tratamiento quirúrgico.



AUTOTRANSPLANTE DENTAL: UNA ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO

Andrés Vázquez Macías¹, Elizabeth Haro Vázquez¹, Brenda América Ortega Díaz¹, Fernando Torres Dávila, Fernando Torres Méndez¹, Claudia Edith Dávila Pérez¹.

¹Facultad de Estomatología, Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

Introducción: El autotransplante es la remoción de un diente o germen dentario de un alveolo y su re inserción en otro alveolo en un mismo paciente. El éxito varía de un 52 al 95%, siendo mayor cuando la exodoncia no es traumática y el tiempo extraoral es menor de 30 minutos. **Objetivo:** Reemplazar un órgano dentario que por diversas causas es extraído. **Caso clínico:** Paciente femenino de 44 años de edad que se presenta a la clínica privada, por presentar molestia a la masticación en área inferior derecha, al examen radiográfico se observa lesión periapical en OD 47, con un deficiente tratamiento endodóntico realizado 2 años antes. Se diagnostica fracaso endodóntico con pronóstico desfavorable y se indica la odontectomía. Se indica el autotransplante del OD 48. Previo al inicio del procedimiento se desinfecta el área con gluconato de clorhexidina al 2%, se anestesia el sitio con lidocaína 2%, se realiza extracción de OD 47 y luxación de OD 48 procurando realizar la exodoncia lo menos traumático posible, manipulándolo únicamente por la corona, se realiza la endodoncia extraoralmente en un tiempo menor a 30 minutos. Se fija el molar con sutura y se realiza desgate oclusal, a los quince días se retiró la sutura y finalmente se restauró la pieza dental. Se programan controles clínicos y radiográficos, actualmente después de 12 meses, presenta una evolución favorable. **Conclusión:** Con una adecuada selección del caso y el manejo adecuado del procedimiento el autotransplante intencional puede proporcionar buenos resultados a largo plazo.

Palabras clave: autotransplante intencional, fracaso endodóntico.



FLEBOLITOS EN REGIÓN MANDIBULAR: REPORTE DE CASO

Iván Gerardo Arreguin Sandoval, Nohemí Rojas Muñoz, Saray Aranda Romo

Facultad de Estomatología de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí

Introducción: los flebolitos son calcificaciones poco comunes, que surgen por lesiones en el trayecto venoso o vasculares o por hemangiomas, las cuales presentan forma circular u ovaladas, se forman en patrones de láminas, siendo radiopacas, rasgos que permiten identificar de forma concreta, siendo benignas y pero ayudando a detectar problemas que requiera atención especializada. **Objetivo:** el reporte de caso es importante para el diagnóstico de los flebolitos mediante la identificación marcadores radiológicos, provocados por malformaciones venosas o vasculares, hemangiomas para garantizar intervenciones y evitar tratamientos o complicaciones **Caso clínico:** paciente masculino de 70 años de edad que acude a consulta para rehabilitación dental con antecedente de hipertensión. Al pedir la radiografía se observa circunferencias radiopacas y al interrogar al paciente menciona que tuvo una cirugía de paridectomia por un adenoma en la zona de la rama de la mandíbula externa, en la cual al diseccionar parte de la parótida se lesionaron vasos nervios lo cual provoco un defecto venoso o arterial el cual provoca trombositos que se calcifican lo cual provoca los tonsolitos. **Conclusión:** los tonsolitos al ser poco comunes pueden generar dudas lo cual puede provocar diagnósticos diferenciales erróneos para el paciente, tomando en cuenta esto es importante señalar esto al paciente la naturaleza de la lesión y de su posible origen

Palabras clave: tonsolitos, trayecto venoso, radiografía.

CASO CLÍNICO POSGRADO

USO DE GUÍAS QUIRÚRGICAS PARA REMODELACIÓN ÓSEA EN DISPLASIA FIBROSA POLIOSTÓTICA. REPORTE DE CASO

Dávila Torres Richard Fernando¹, Elhi Manuel Torres Hernández¹

Especialidad en Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”¹

Introducción: La displasia es una enfermedad no hereditaria en la que el hueso es reemplazado por tejido fibroso, se puede denominar monostótica cuando afecta a un solo hueso o poliostótica cuando afecta a varios huesos. **Objetivo:** El objetivo de este caso clínico fue mostrar la importancia del diagnóstico y tratamiento de la displasia fibrosa en niños, para brindar tratamiento oportuno y mejorar la calidad de vida del paciente. **Caso clínico:** Femenino de 14 años la cual desde los 6 años fue diagnosticada de displasia fibrosa poliostótica en región hemifacial derecha involucrando huesos maxilar, cigomático, piso de órbita, esfenoides y frontal, misma que fue sometida a dos cirugías a los 9 y 11 años para remodelación ósea, con dos recidivas en dicha área. Se presenta a la consulta de Cirugía Maxilofacial del Hospital Regional de alta Especialidad “Ignacio Morones Prieto” para valoración de patología de base y manejo. Se encuentra a paciente orientada en sus 3 esferas, asintomática, a la exploración física con asimetría facial a expensas de aumento de volumen en región de hemicara derecha con proptosis ocular derecha, a la palpación de consistencia indurada sugerente a tejido óseo. A la valoración oftalmológica paciente refiere disminución de la agudeza visual, con movimientos oculares conservados, pupilas isométricas, fotorreflectivas. Se valora tomografía en la cual se observa zona hiperintensa que se extiende desde región frontal hasta maxilar de lado derecho. Se programa para tiempo quirúrgico para remodelación ósea en región facial derecha con previa realización de planeación quirúrgica de manera digital e impresión de guía quirúrgica. **Conclusión:** Diferentes patologías que afectan la anatomía normal de la región facial tienen la capacidad de afectar órganos de los sentidos como los ojos, oído o nariz, además se encuentra en una zona estética la cual puede afectar psicológicamente a las personas, en especial a niños y adolescentes por lo cual es necesaria una intervención oportuna para disminuir dicha afectación. En la actualidad se tiene herramientas modernas para la ser aplicadas en cirugía, la planeación virtual sumada a la realización de guías quirúrgicas para un desenlace más predecible.

Palabras clave: displasia, poliostotica, facial, niño.

SÍNDROME DE SAGLIKER: PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO.

Jetsi Marlen González Fuentes¹, Elhi Manuel Torres Hernández¹.

Especialidad De Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Regional de Alta especialidad “Dr. Ignacio Morones Prieto” Facultad de Estomatología de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México¹

Introducción: El síndrome de Sagliker es una manifestación rara de osteodistrofia renal asociada con hiperparatiroidismo secundario no controlado en pacientes con enfermedad renal crónica, afecta al 0.5% de los pacientes jóvenes de 18 a 39 años en hemodiálisis. Las características fenotípicas de estos pacientes incluyen malformaciones irregulares de los huesos maxilar, mandibular y nasal, lo que resulta en una apariencia desfigurada, a menudo conocida como “*Leontiasis*”, hiperplasia de tejidos blandos, deformidad dental, estatura baja, tumor pardo de hiperparatiroidismo, entre otras deformidades esqueléticas. Aproximadamente la mitad de los casos mortales se relacionan con complicaciones cardiovasculares y cerebrovasculares derivadas de la resorción ósea excesiva y la calcificación anormal de los vasos sanguíneos. El tratamiento conservador incluye; control de paratohormona, administración de vitamina D, el tratamiento quirúrgico: paratiroidectomía resección de tumor y controles séricos. **Presentación de caso clínico:** Paciente femenino de 25 años de edad, con diagnóstico de insuficiencia renal crónica e hipertensión arterial de 8 años de evolución. En 2022 presenta aumento de volumen en región vestibular y palatina en maxilar superior y en región vestibular mandibular de crecimiento progresivo, con incompetencia labial, desplazamiento dental, lo que imposibilita la oclusión y por ende dificultad para la masticación. Los resultados de laboratorio confirmaron un hiperparatiroidismo e hipocalcemia secundarios a la enfermedad renal. El tratamiento consistió en una paratiroidectomía total y la remodelación quirúrgica de la tumoración en el maxilar, así como suplementos de calcio y vitamina D3 vía oral. **Conclusión:** Este informe de caso destaca la importancia crucial de considerar el Síndrome de Sagliker en pacientes con enfermedad renal crónica que experimentan cambios óseos faciales progresivos. El manejo oportuno y adecuado de los niveles de calcio y fosfato es para prevenir el Hiperparatiroidismos y el posterior desarrollo de osteodistrofia renal facial. Si no se trata, esta rara enfermedad puede afectar profundamente a los pacientes, tanto física como psicológicamente, reduciendo significativamente su calidad de vida.

Palabras clave: Sagliker (SS), Enfermedad renal crónica (ERC), hiperparatiroidismo secundario no controlado (HPTS)



RESISTENCIA BACTERIANA OSTEOMIELITIS POR ACTINOMYCES: REPORTE DE CASO

Ramon Ali Castro Hernández¹, Elhi Manuel Torres Hernández².

Especialidad en Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”¹; Departamento de Cirugía Oral de la Facultad de Estomatología de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí².

Introducción: La resistencia bacteriana a los antibióticos constituye una de las amenazas más graves y crecientes para la salud global. Este fenómeno ocurre cuando las bacterias desarrollan mecanismos que les permiten sobrevivir a la acción de los antibióticos, comprometiendo su eficacia terapéutica. El principal factor asociado a esta resistencia es el uso inapropiado o excesivo de antibióticos, tanto en el ámbito clínico como social. Esta situación pone en riesgo la capacidad de tratar infecciones comunes, aumenta la duración de las enfermedades, eleva los costos sanitarios y contribuye a una mayor mortalidad. **Objetivo:** El presente caso clínico tiene como objetivo destacar la importancia del diagnóstico precoz y manejo terapéutico adecuado para el uso infecciones odontogénicas que incida positivamente en el pronóstico clínico. **Caso clínico:** Paciente femenina de 50 años de edad, sin antecedentes crónico degenerativos o patológicos relevantes, inicia padecimiento en el año 2024, con tratamiento de conductos de órgano dentario 35, con inicio de antibiótico de lincosamida, sin mejoría al tratamiento de conductos se realiza cambio antimicrobiano a beta lactámicos con extracción dental, posteriormente continua con eritema y exposición ósea del cuadrante III, se inicia tratamiento antimicrobiano con nitroimidazoles, sin mejoría al tratamiento clínico y terapéutico se decide toma realizar biopsia y cultivo , donde a reporte de estudio presenta Actinomyces sp, con múltiple resistencia antibiótica solo sensible a piperacilina/tazobactam. **Conclusión:** Combatir la resistencia antimicrobiana requiere un enfoque multisectorial, uso responsable de antibióticos, mejora de condiciones de higiene, inversión en investigación y concientización social

Palabras clave: Resistencia bacteriana, concientización, osteomielitis, clorhexidina

MANEJO ORTODÓNTICO DE PACIENTE CON REABSORCIÓN RADICULAR EXTERNA APICAL IDIOPÁTICA Y CANINO RETENIDO

Galilea Gonzaga Morales¹, Rosalba González Véliz¹, Adriana Torre Delgadillo¹, Jorge Alejandro Marín Rodríguez¹

Especialidad en Ortodoncia Dentomaxilofacial, Facultad de Estomatología, Universidad Autónoma de San Luis Potosí¹

Introducción: La erupción ectópica o retenida de caninos permanentes representa un desafío diagnóstico y terapéutico, especialmente cuando se asocia a reabsorciones radiculares externas idiopáticas de dientes adyacentes. La reabsorción radicular externa apical idiopática es una condición poco frecuente caracterizada por la pérdida progresiva del tejido radicular en la región apical, sin una causa evidente. Su diagnóstico suele ser mediante estudios radiográficos y su manejo requiere vigilancia clínica cuidadosa.

Caso clínico: Paciente masculino de 14 años que acude a consulta ortodóntica por ausencia clínica del canino superior izquierdo permanente (OD 23). En la exploración radiográfica se identificó retención del canino en posición palatina, así como reabsorción radicular externa apical idiopática en los incisivos superiores (OD 11,12, 21 y 22). Se realizó tratamiento ortodóntico interdisciplinario en conjunto con cirugía para la exposición y tracción del canino, utilizando fuerzas ligeras y monitoreo radiográfico periódico. **Conclusiones:** El diagnóstico temprano y el manejo cuidadoso de los caninos retenidos con reabsorciones radiculares asociadas son fundamentales para preservar los dientes adyacentes. Las decisiones terapéuticas deben individualizarse, priorizando el control del daño y la estética dental. Este caso resalta la importancia de la planificación tridimensional y el seguimiento estrecho durante el tratamiento ortodóntico.

Palabras clave: Canino retenido, reabsorción radicular, reabsorción radicular apical externa idiopática, diagnóstico radiográfico, fuerzas ligeras.



REVASCULARIZACIÓN EN PREMOLAR CON DENS EVAGINATUS: REPORTE DE CASO

Alma Daniela García Arriaga, Aída Melissa Mata Leíja, Marina Gutiérrez Sánchez, Karla Patricia Navarrete Olvera, María Verónica Méndez González

Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Facultad de Estomatología, Maestría en Endodoncia

Introducción: El dens evaginatus (DE) es una anomalía de desarrollo que ocurre con más frecuencia en personas de ascendencia asiática (0.5-4.3%). Es una elevación del esmalte en forma de cúspide, denominada tubérculo, presente en el surco central o las cúspides de premolares o molares, y en las superficies palatinas o linguales de anteriores. Esta estructura ectópica contiene tejido pulpar predisponiendo a fracturas y necrosis pulpar temprana, especialmente en dientes inmaduros presentando un desafío clínico, la revascularización endodóntica no solo busca la resolución del proceso infeccioso sino también el desarrollo radicular. **Descripción del Caso Clínico:** Paciente masculino de 11 años sin antecedentes patológicos ASA I, se presenta a la Maestría en Endodoncia. Clínicamente se observa fístula activa adyacente a la pieza dental 35, además de una protuberancia en el surco principal; se determinó que esta anomalía correspondía a dens evaginatus. El paciente a la prueba de percusión dio positivo. Radiográficamente, se observó una raíz incompleta y radiolucidez apical. Se estableció como diagnóstico necrosis pulpar y periodontitis apical asintomática. El tratamiento fue revascularización en dos citas de acuerdo con el protocolo establecido por la Asociación Americana de Endodoncia, realizando una desinfección química y utilizando pasta triple antibiótica como medicación intraconducto. En la segunda cita se indujo sangrado apical y el material bioactivo de elección fue el MTA y como material restaurativo ionómero de vidrio. En la cita control a 3 meses se observó una evolución favorable, clínicamente asintomático y radiográficamente disminución en el tamaño de la lesión periapical. **Conclusiones:** El manejo clínico de anomalías de desarrollo como el dens evaginatus en conjunto con ápice abierto implica un reto clínico. La revascularización es una alternativa biológica eficaz para promover el desarrollo completo radicular y la resolución de la patología de forma predecible.

Palabras Clave: revascularización, dens evaginatus, medicación intraconducto



RESTAURACIONES ANTERIORES EN DENTICIÓN DECIDUA CON IONÓMERO DE VIDRIOHÍBRIDO EN CORONAS DE CELULOIDE: REPORTE DE CASO.

Yitsa Linait Esparza Díaz, Nadia Phenélope Campos Lara, Gabriela Torre Delgadillo

Especialidad en Estomatología Pediátrica de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

Introducción: Caries en la primera infancia es una enfermedad multifactorial y evolutiva que afecta a uno o más dientes en niños de hasta 71 meses. Como alternativa estética y funcional a las coronas de resina en dientes anteriores, las coronas de celuloide recargadas con ionómero de vidrio híbrido (RMGIC) evitan los estrictos protocolos de adhesión de la resina, por la adhesión química del material. **Objetivo:** Tratar lesiones de caries en dientes anteriores primarios, preservando la estética en condiciones que no permiten el control perfecto de la humedad. **Caso clínico:** Se presenta el caso de una niña de 3 años y 10 meses, con dificultad para cooperar durante el tratamiento dental (Frankl 1) y antecedentes de alto consumo de carbohidratos. La paciente presentaba lesiones de caries (ICDAS 5) en los incisivos primarios superiores (52, 51, 62, 61) Sin sintomatología previa ni actual. Dada su conducta y las características clínicas, se optó por restaurar los dientes afectados con coronas de celuloide (Heres® Blue) recargadas de RMGIC (GC® Equia Forte). El procedimiento incluyó anestesia local y aislamiento relativo con rollos de algodón, tras la eliminación manual de tejido reblandecido, se seleccionó el tamaño adecuado de corona (No. 4) y se realizó una reducción mínima de las superficies clínicas (0,5 mm), las coronas de celuloide se recortaron a nivel cervical y se crearon orificios de liberación de material en la cara palatina. El sustrato dentario preparó aplicando acondicionador de cavidad (EQUIA Forte Fil) durante 10 segundos. Las coronas, rellenas en sus dos tercios con RMGIC, se colocaron sobre los dientes y se retiraron en una sesión posterior, una semana después. El mismo protocolo se siguió para los incisivos contralaterales en una sesión posterior. **Conclusión:** Las coronas de celuloide con RMGIC representan una opción eficaz, estética y de menor tiempo de trabajo clínico para la restauración de dientes anteriores, primarios en pacientes pediátricos con escasa cooperación, aislamiento relativo y limitaciones económicas. Su éxito depende de la selección adecuada del paciente, un control razonable de la humedad y la hemorragia, así como de la presencia de estructura dental, suficiente para una adecuada retención.

Palabras clave: Caries, odontopediatría, estética, corona, ionómero.

REHABILITACIÓN BUCAL BAJO ANESTESIA GENERAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON DIAGNÓSTICO DE PARÁLISIS CEREBRAL.

Pamela Anaíd Barrera Rodríguez, Valeria Chávez Medel, Gabriela Torre Delgadillo.

Especialidad en Estomatología Pediátrica, Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

Introducción: La parálisis cerebral infantil se define como un grupo heterogéneo de alteraciones permanentes del movimiento y de la postura que limitan la actividad, y son atribuidas a alteraciones no progresivas ocurridas durante el desarrollo cerebral del feto o del niño pequeño. **Objetivo:** El objetivo de este caso clínico fue mostrar la importancia de realizar un correcto diagnóstico y el trabajo en conjunto con la Maestría en Endodoncia para lograr la rehabilitación bucal completa para mejorar la calidad de vida del paciente. **Caso Clínico:** Paciente masculino de 9 años de edad con diagnóstico de PCI espástica y epilepsia acude a consulta a la Especialidad de Estomatología Pediátrica para revisión general, se realiza interconsulta con la Maestría en Endodoncia por la presencia de lesiones cariosas cercanas a cámara pulpar en O.D. 16,26,36 y 46 por lo cual se toma la decisión de realizar la rehabilitación bucal completa mediante anestesia general. Se solicitan estudios de laboratorio e interconsulta con Neurología Pediátrica y la Especialidad de Pediatría y posteriormente se realiza en el Hospital del Niño y la Mujer mediante la inducción de anestesia general balanceada e intubación orotraqueal los tratamientos: profilaxis dental, resina fluida en O.D. 16, ionomero y corona acero cromo en O.D. 26, apicoformación, ionomero y corona acero cromo en O.D. 36, recubrimiento pulpar indirecto de MTA, ionomero y corona acero cromo en O.D. 46. Se realizan exodoncias de los restos radiculares de los O.D. 55, 54, 53, 65, 64, 63, 85 y 84. Por último se receta antibiótico y analgésico y se dan indicaciones post operatorias por escrito; 10 días después se realiza la toma radiografía de control de O.D. 36 en la Maestría de Endodoncia, se indica cita de valoración y control cada 3 meses. **Conclusión:** PC espástica: es la forma más común (80%) y el signo dominante es la espasticidad de predominio distal, definida como una elevación del tono muscular que se evidencia por un incremento como la resistencia al estiramiento muscular, que es velocidad dependiente. El manejo de la PC debe tener como fin mejorar la calidad de vida del paciente y promover su plena integración.

Palabras clave: Parálisis cerebral, espástica, anestesia general.



CIRUGÍA ENDODÓNTICA EN EL TRATAMIENTO DE LESIONES PERIAPICALES

José Diego Castro García, Valeria Rangel Fernández, Ricardo Oliva Rodríguez, Mariana Gutiérrez Sánchez, María Verónica Méndez González

Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Facultad de Estomatología, Maestría en Endodoncia

Introducción: La cirugía apical es un procedimiento quirúrgico empleado para dar atención a infecciones o lesiones periapicales persistentes. Su objetivo principal es eliminar el tejido patológico ubicado en el ápice radicular y el sellado retrógrado del conducto. **Caso Clínico:** Paciente femenino de 35 años ASA 1 acude a la maestría de endodoncia por dolor difuso en zona de molares inferiores del lado derecho, al examen clínico se observa en la pieza 46 una corona fracturada, obturación filtrada y fistula. Pruebas negativas de percusión, palpación y movilidad. Radiográficamente se evidencia diente tratado endodónticamente, poste metálico en la raíz distal, radiolucidez apical, ensanchamiento del ligamento periodontal y raíz mesial con sobreobturación y reabsorción externa. Diagnóstico: Diente previamente tratado con periodontitis apical sintomática. Plan de tratamiento: Retratamiento y Cirugía Endodóntica: Primer cita se elimina el poste, se desobturación los conductos con limas Hedstroem, y se procede a instrumentar y desinfectar los conductos con NaClO al 2.25%, colocando medicación intraconductos y curación provisional. Segunda cita se procede a la obturación con punta Hygienic 60, sellador AH-PLUS y técnica lateral modificada. Posterior al tratamiento se realiza un sellado dentinario con sistema OptiBond™, se coloca teflón e IRM y se solicita tomografía para cirugía periapical. Tercera cita se realiza apicectomía con una resección apical de 4mm de largo perpendicular sobre la raíz mesial con ayuda de fresa de fisura 701, curetaje y limpieza de la cavidad para su posterior retropreparación con puntas de ultrasonido ED10D y retrobturación con MTA, se coloca Gelfoam y sutura Vicryl-0000. **Conclusión:** La cirugía apical constituye una alternativa eficaz y conservadora para el manejo de lesiones o patologías periapicales persistentes en dientes previamente tratados. Especialmente cuando el retratamiento convencional no logra resolver dicha patología. La combinación de retratamiento endodóntico y cirugía apical permite el abordaje de situaciones complejas caracterizadas por una sobre obturación, reabsorción radicular externa y compromiso periodontal localizado; la correcta ejecución del protocolo quirúrgico permite preservar la pieza dental y evitar la necesidad de una extracción.

Palabras Clave: lesión periapical, retratamiento y Cirugía endodóntica.



DESAFÍOS EN LA PRESERVACIÓN DEL NERVIOS FACIAL EN PAROTIDECTOMÍA POR CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE DE ALTO GRADO.

Alexia Nextle Zurita¹, Virginia Canseco González², Óscar Arturo Benítez Cárdenas¹, Francisco Javier Aguilar Zapata³, Miguel Ángel Noyola Frías¹, Elhi Manuel Torres Hernández¹.

Especialidad en Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Ignacio Morones Prieto¹ Especialidad en Oncología Quirúrgica INCAN/ Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Ignacio Morones Prieto² Departamento de Patología Bucal de la Facultad de Estomatología de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí³

Introducción: Los tumores parotídeos con extensión al lóbulo profundo involucran un alto grado de dificultad quirúrgica debido a su relación anatómica con el nervio facial. Cuando dichos tumores son malignos, el tratamiento tiende a ser radical y agresivo, afectando las funciones motoras esenciales de la musculatura hemifacial. Lo cual, aunado a las terapias coadyuvantes para manejo del cáncer, disminuye en gran medida la calidad de vida de los pacientes oncológicos. **Objetivo:** Mostrar una alternativa de tratamiento quirúrgico con un enfoque más humano basado en un criterio clínico enfocado en disminuir secuelas funcionales en región ocular y oral, esperando una mayor calidad de vida del paciente. **Caso clínico:** Femenino de 82 años de edad, sin antecedentes crónico-degenerativos. Inicia su padecimiento actual hace un año, tras notar aumento de volumen a nivel de ángulo mandibular del lado izquierdo, de rápido crecimiento con extensión hacia región preauricular con 8 meses de evolución. Se realiza biopsia incisional con trucut con resultado de carcinoma mucoepidermoide. Por lo que es programada para manejo terapéutico quirúrgico por medio de parotidectomía radical, preservando en mayor proporción posible el nervio facial. Actualmente paciente con ligera ptosis palpebral, sin embargo, con capacidad de oclusión palpebral y adecuada función muscular oral. **Conclusión:** El carcinoma mucoepidermoide es una de las neoplasias malignas más frecuentes en región de la parótida. El involucramiento del nervio facial en esta estructura, hace de su tratamiento una medida que concluye en la parálisis hemifacial de los pacientes, teniendo repercusiones como ojo seco por la incapacidad de ocluir los párpados y dificultad para alimentarse e hidratarse por la pérdida de un adecuado sellado labial. En la literatura se reporta como tratamiento, la resección total de la estructura involucrada, dejando bordes completamente limpios de cáncer. Sin embargo, buscar alternativas para mejorar la calidad de vida de las personas, cuando se encuentran en una etapa avanzada, hace del tratamiento quirúrgico, un manejo más humano.

Palabras clave: Carcinoma mucoepidermoide, neoplasia, parótida.



REDUCCIÓN ABIERTA Y FIJACIÓN INTERNA DE FRACTURA SUBCONDILEA MANDIBULAR ASISTIDA POR ENDOSCOPIA TRANSORAL

Quetzalli Fuentes Perea¹, Victor Hugo González Angulo², Oscar Arturo Benítez Cárdenas¹.

¹ Especialidad en Cirugía Oral y Maxilofacial Hospital Regional de Alta Especialidad “Dr Ignacio Morones Prieto”; ² Cirujano Oral y Maxilofacial practica privada Mazatlán, Sinaloa.

Introducción: Las técnicas mínimamente invasivas del tratamiento abierto de las fracturas condilares se desarrollaron para intentar reducir la incidencia de complicaciones relacionadas con daño al nervio facial, lesión de las glándulas salivales adyacentes, cicatrices faciales e infección. **Objetivo:** Mostrar los beneficios de los tratamientos mínimamente invasivos como la endoscopia en el tratamiento de fracturas faciales. **Caso clínico:** Masculino de 62 años de edad sin antecedentes crónico degenerativos ni alérgicos, quien inicia padecimiento el día 26 de junio del 2025 al sufrir agresión por terceras personas en región facial y presentar fractura subcondilea mandibular lado izquierdo diagnosticada mediante estudio de imagen (cone beam). A la exploración física presentaba aumento de volumen en región preauricular, sintomatología dolorosa localizada, limitación a la apertura oral y dificultad a la masticación, por lo que decide acudir a valoración con cirujano maxilofacial donde se informa la necesidad de realizar RAFI de la fractura mandibular asistida por endoscopia transoral, procedimiento que se realiza bajo anestesia general balanceada el día 17 de julio del 2025, presentando reducción adecuada de los trazos de fractura y colocación de una placa recta del sistema de osteosíntesis 2.0 con 4 tornillos de 8mm. Actualmente el paciente presenta una evolución favorable sin datos de complicaciones postoperatorias y mostrando una evidente mejoría clínica y sintomática. **Conclusión:** El tratamiento de las fracturas condilares es motivo de controversia debido a que la decisión de realizar un abordaje abierto versus cerrado se realiza sobre todo de acuerdo a la localización del trazo de fractura, donde los segmentos localizados más superiormente se tratan con frecuencia mediante reducción cerrada debido a la dificultad para su abordaje, por lo que la técnica asistida por endoscopia facilita dicho manejo, mejorando de esta manera la función a largo plazo, trayendo además menor riesgo de complicaciones postquirúrgicas.

Palabras clave: Cándilo, mandíbula, fractura, endoscopia.



TERAPIA PULPAR VITAL EN MOLARES PERMANENTES BAJO ANESTESIA GENERAL

Daniela Tello Pérez, Alejandro López Aldrete, Gabriela Torre Delgadillo, Mariana Gutiérrez Sánchez, María Verónica Méndez González

Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Maestría en Endodoncia

Introducción: Pacientes con parálisis cerebral requieren atención odontológica que involucra la anestesia general con la intervención de equipo multidisciplinario. **Descripción del caso clínico:** Masculino de 9 años, referido a Endodoncia con parálisis cerebral, epilepsia, desnutrición crónica y anemia microcítica con limitación motriz generalizada (ASA III). A la exploración clínica, presenta dentición mixta. Con caries clase I en dientes 16, 26, 36 y 46. Radiográficamente 36 y 46 con aparente comunicación pulpar, ápices abiertos clase II. Diagnóstico pulpar: 36 pulpa vital irreversible y 46 pulpa vital reversible. Plan de tratamiento, recubrimiento pulpar y apicogénesis con atención multidisciplinaria intrahospitalaria. Descripción del caso: Anestesia general intravenosa con propofol, fentanilo 4h. En el 46 bajo aislamiento absoluto, se retira caries con cucharilla 33L, sin comunicación pulpar; se realiza recubrimiento pulpar indirecto con MTA (Angelus) y sellado con Equia Forte HT; Diente 36, bajo anestesia local, se retira tejido reblandecido con cucharilla 33L y pieza de alta velocidad bajo aislamiento absoluto se lleva cabo la apicogénesis con hidróxido de calcio y sellado con ionómero de vidrio (Equia Forte HT). Ambos dientes fueron restaurados con corona de acero cromo cementadas con Ketac Cem. Al término del tratamiento, el paciente comienza con estado de vigilia posterior a un tiempo de 3h 42min; es dado de alta el mismo día. **Conclusiones:** La apicogénesis en molares permanentes representa una opción terapéutica eficaz para el manejo de lesiones cariosas en dientes con ápices inmaduros. Esta alternativa adquiere particular relevancia en contextos donde existen limitaciones económicas, escasa accesibilidad a la atención odontológica especializada o cuando el tratamiento se realiza bajo anestesia general. Diversos estudios han reportado una tasa de éxito clínica del 87.76%, lo que respalda su viabilidad y predictibilidad. En pacientes con parálisis cerebral, la apicogénesis cobra especial importancia debido a las dificultades asociadas con la cooperación durante los procedimientos odontológicos convencionales, así como la mayor prevalencia de enfermedades bucales en esta población. La posibilidad de preservar la vitalidad pulpar y permitir el desarrollo radicular completo en una sola intervención frecuentemente realizada bajo anestesia general contribuye significativamente a mejorar el pronóstico dental y la calidad de vida de estos pacientes.

PALABRAS CLAVE: Parálisis cerebral, Anestesia general y Apicogénesis



MANEJO DE OSTEONECROSIS MANDIBULAR INDUCIDA POR MEDICAMENTOS (OMIM). REPORTE DE CASO

Axel Andrés Jaquez Barranco¹, Elhi Manuel Torres Hernandez².

¹Alumno Especialidad en Cirugía Oral y Maxilofacial, Universidad Autónoma de San Luis Potosí.²Catedrático y Adjunto en Especialidad en Cirugía Oral y Maxilofacial, Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

Introducción: La osteonecrosis de los maxilares inducida por medicamentos (OMIM) es una complicación asociada a agentes antirresortivos o antiangiogénicos, caracterizada por exposición ósea persistente, dolor, infección y limitación funcional. El manejo conservador permite mantener el tratamiento sistémico y la calidad de vida. **Objetivo:** Presentar un abordaje conservador y mínimamente invasivo como alternativa segura en casos seleccionados de OMIM. **Caso clínico:** Paciente femenina de 71 años de edad, antecedente de osteoporosis de larga duración, con manejo con Ácido Zolendronico vía intravenosa, ASA III, que presenta una OMIM estadio 2 (Clasificación AAOMS) en mandíbula lado izquierdo sector posterior, manifestando dolor, aumento de volumen y exposición ósea con supuración. Se instauró manejo inicial con antibiótico sistémico, antisépticos y analgesia, seguido de resección marginal mandibular, colocación de fibrina rica en plaquetas y rotación de colgajo milohioideo para cierre de tejidos blandos. **Diagnóstico:** Osteonecrosis mandibular inducida por medicamentos. **Tratamiento:** Bajo consentimiento informado, con anestesia local infiltrativa y de forma ambulatoria, se realizó resección marginal mandibular vía intraoral, aplicación de plasma rico en plaquetas y cobertura del defecto óseo con colgajo milohioideo, logrando cierre hermético. Con una evolución favorable y asintomática a 15 meses. **Discusión:** La OMIM representa un desafío terapéutico; el manejo conservador ambulatorio es una opción eficaz en pacientes con osteorregeneración comprometida por antiresortivos, inmunomoduladores y/o antiangiogénicos. **Conclusión:** El enfoque conservador preserva la salud ósea, permite continuidad del tratamiento sistémico para la enfermedad de base y favorece la calidad de vida y reintegración funcional del paciente.

Palabras clave: Osteonecrosis, antiresortivos, tratamiento conservador, ambulatorio, anestesia local.



REIMPLANTE INTENCIONADO

Faride Betzabee Flores Juárez, Daniela Tello Pérez, Mariana Gutiérrez Sánchez, Karla Patricia Navarrete Olvera, Víctor Mario Fierro Serna, María Verónica Méndez González

Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Facultad de Estomatología, Maestría en Endodoncia

Introducción: La reimplantación intencionada es un procedimiento que consiste en la extracción dental, después de la inspección de la superficie radicular y reparación endodóntica, e indicada para tratamientos no quirúrgicos fallidos, perforaciones y reabsorciones radiculares. **Caso clínico:** Paciente masculino de 72 años ASA II, se presenta a la maestría de endodoncia con dolor. A la exploración clínica presenta dolor localizado a la masticación y percusión en el diente 35, así como un proceso inflamatorio. Plan de tratamiento: retratamiento y reimplante intencionado. Primera cita se prescribe antiinflamatorio por 3 días. Segunda cita, bajo aislamiento absoluto y anestesia con Mepivacaina al 3% se realiza el acceso y se desobtura con lima Hedstrom, e instrumenta con sistema zenflex 30.04 y se coloca medicación intraconducto Ultracal XS, finalizando con curación temporal. Tercera, cuarta y quinta cita, se retira curación y se realizan recambios de mediación intraconducto Ultra Cal XS, finalizando con curación temporal. Se solicita tomografía, así como prescripción de antiinflamatorio. Sexta cita: se realiza la endodoncia convencional con limas zenflex y obturación con onda continua y rehabilitación con resina convencional 3M. Con base al análisis del CBCT, se realizó el corte apical a 3 mm con una fresa fina de diamante; la preparación a retro se realizó con punta ultrasónica y abundante irrigación. Y la obturación a retro con sellador NeoPutty. Se extrae el coágulo y se reinserta el diente en su alveolo con presión digital y verifica la oclusión. El diente se inmoviliza con férula flexible durante 2 semanas y se verifica los contactos oclusales. **Conclusión:** El tratamiento de reimplante intencionado representa una terapia conservadora para la pieza dental, con pronóstico exitoso a largo plazo. Y la correcta ejecución del protocolo permite preservar la pieza dental y evitar la necesidad de extracción.

Palabras clave: reimplantación, endodoncia, extracción

FRACTURA DE ORBITA, COMPLEJO CIGOMATICO MAXILAR IZQUIERDO, PLANEACION QUIRURGICA EN ESTEREOLITOGRAFIA: REPORTE DE CASO CLINICO.

Daniel Alejandro Beltrán Hernández, Elhi Manuel Torres Hernández

Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Hospital Regional de Alta Especialidad "Dr. Ignacio Morones Prieto"

introducción: Las fracturas faciales, afectan tanto la estética como la función. La OMS reconoce la importancia de abordar estos traumas faciales debido a su impacto en la salud pública y la necesidad de una atención integral. La estereolitografía, se utiliza para crear modelos precisos de estructuras faciales, incluyendo aquellas afectadas por traumatismos, Esta tecnología permite a los cirujanos visualizar y manipular modelos 3D, lo que facilita la planificación preoperatoria así como la fabricación de placas de reconstrucción personalizadas. Se ha observado que un aumento en la duración de la anestesia general se correlaciona con un posible deterioro cognitivo a largo plazo y problemas de memoria. Además, la anestesia prolongada puede aumentar el riesgo de trombosis venosa profunda, daño a los nervios y úlceras por presión, entre otras complicaciones. **Caso clínico:** Paciente masculino de 23 años de edad sin antecedentes patológicos, alcoholismo positivo, quirúrgico de RAFI rótula derecha en el año 2023. Inicia padecimiento 21/06/25 tras accidente de motocicleta, es trasladado a Hospital Regional de Alta Especialidad "Dr. Ignacio Morones Prieto". A la valoración clínica presenta distopia, MEOs de OI con limitación a la levoversión y supraversion, distancia intercantal de 5 cm, prueba de Arco negativa, a la valoración de TC se diagnostica fractura de complejo orbitocigomaticomaxilar izquierdo, se decide pase a tiempo quirúrgico para RAFI de fracturas el día 14/07/25, Se realiza duplicado en espejo de orbita, cigomático y maxilar de lado contralateral para la impresión de estereolitografía, la cual es utilizada como modelo para precontornear material de osteosíntesis, se realiza abordaje quirúrgico a través de cicatriz existente, y se coloca material de osteosíntesis, adaptándose de forma satisfactoria, cursando su estancia hospitalaria sin complicaciones, acude a citas postquirúrgicas con mejoría en la salud, función y estética facial, otorgando al paciente un incremento en la calidad de vida. **Conclusiones:** La planeación quirúrgica en un modelo estereolitografico tiene ventajas sobre la adaptación transquirurgica del material de osteosíntesis, entre las cuales se destaca la reducción del tiempo quirúrgico, reducción a la exposición a medicamentos anestésicos, reducción en la ocupación de quirófano, disminución en la morbilidad, mejor adaptación del material, ensayo técnico prequirúrgico.

Palabras clave: fractura, estereolitografía, planeación, salud, función.



USO DE XENOINJERTO, INJERTO ALOPLÁSTICO, PRFC Y MEMBRANA COLÁGENA PARA CIERRE DE HENDIDURA ALVEOLAR.

Oscar Ricardo Garnica Morales, Oscar Arturo Benítez Cárdenas.

Facultad de Estomatología de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Posgrado de Cirugía Maxilofacial.

Introducción: La hendidura labial es resultante de la discrepancia de la fusión entre los procesos maxilares y nasales. Suele estar asociada con la hendidura labial y palatina que son las anomalías más comunes en la región orofacial. La reconstrucción de esta hendidura debe tener una serie de objetivos esenciales y funcionales, siendo por ejemplo estabilizar segmentos maxilares, proporcionar continuidad al reborde alveolar, limitar la comunicación oronasal y otorgar soporte óseo a las piezas dentarias próximas a la hendidura. Los injertos óseos se han empleado como tratamiento desde la segunda década del siglo pasado. Siendo los autólogos los de primera elección, sin embargo, se cuentan con diversas alternativas cuando estos no son opción. Actualmente, existe gran interés en los procedimientos de injerto óseo alveolar que implican el uso de plasma rico en plaquetas (PRFC), para mejorar la formación ósea, promover la cicatrización y reducir la reabsorción post quirúrgica los injertos. **Objetivos:** Evaluar la viabilidad y seguridad de la combinación de 2 injertos de hueso combinado con el uso de plasma rico en factores de crecimiento y membrana de colágeno para el cierre de una fisura alveolar. **Metodología:** Descripción de un caso clínico del servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, SLP. **Resultados:** En este caso se realizó la colocación de xenoinjerto, injerto aloplástico mezclado con PRP y cubierto por una membrana colágena como alternativa de un injerto autólogo de cresta iliaca, en la cual se observó el cierre de la hendidura alveolar con adecuada cicatrización, sin evidencia de rechazo. **Conclusiones:** El uso de xenoinjerto combinado injerto aloplástico y PRFC mejora la formación y calidad ósea en las hendiduras alveolares. Conduciendo a una formación ósea temprana, mayor densidad, baja tasa de infección y menores complicaciones postoperatorias.

Palabras clave: Hendidura alveolar, xenoinjerto, injerto aloplástico, PRFC.

QUISTE ODONTOGENICO CALCIFICANTE (QUISTE DE GORLIN): REPORTE DE CASO

Hailed Rebeca Valle Delgado¹, Elhi Manuel Torres Hernández¹.

Especialidad en Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”¹; Departamento de Patología Bucal de la Facultad de Estomatología de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí².

Introducción: El quiste odontogénico calcificante (QOC), también conocido como quiste de Gorlin; es una lesión quística de origen benigno originada a partir de restos epiteliales durante la odontogénesis, se presenta como un crecimiento asintomático y lento. Es poco común y constituye sólo 0.37 a 2.1% de todos los quistes y tumores odontogénicos. 65% se presentan en la región de incisivo de ambos maxilares y aproximadamente 20% está asociado con un odontoma **Objetivo:** El presente caso clínico tiene como objetivo destacar la importancia del diagnóstico precoz de las lesiones orales, con el propósito de implementar un tratamiento oportuno que incida positivamente en el pronóstico clínico y en la calidad de vida del paciente. **Caso clínico:** Paciente femenina de 16 años, sin antecedentes patológicos relevantes, que presentó aumento progresivo de volumen en la mucosa gingival vestibular a nivel del diente 14 derecho durante dos años. Inicialmente fue tratada por un estomatólogo privado mediante odontectomía y drenaje, sin mejoría clínica. Posteriormente, una biopsia incisional realizada en otra institución reportó un quiste odontogénico calcificante con características microscópicas sugestivas de ameloblastoma. Se colocó drenaje con comunicación hacia el seno maxilar, acompañado de lavados, sin resolución del cuadro. Al ingreso a nuestra unidad, se observó asimetría facial secundaria al aumento de volumen en el tercio medio facial derecho, sin sintomatología asociada. Una nueva biopsia incisional confirmó el diagnóstico de quiste odontogénico calcificante. Finalmente, se realizó la enucleación quirúrgica bajo anestesia general, sin complicaciones, A tres años del tratamiento, el paciente se encuentra asintomático sin datos de recidiva. **Conclusión:** El quiste de Gorlin es una patología poco común cuyo diagnóstico puede resultar complejo debido a su semejanza con otras lesiones odontológicas. En muchos casos, su detección es incidental, generalmente durante exámenes radiográficos realizados por otros motivos. Por esta razón, es fundamental que tanto el odontólogo general como el especialista estén familiarizados con sus características clínicas y radiográficas, con el fin de establecer un diagnóstico certero e intervenir de manera oportuna.

Palabras clave: Quiste, odontogenico, células fantasmas, calcificante.

TRANSPORTACIÓN ALVEOLAR EN PACIENTE CON SECUELAS DE LABIO Y PALADAR HENDIDO: REPORTE DE CASO

J. Jesús Torres Martínez¹, José Julio Don Juan Villanueva¹, Oscar Benítez Cárdenas², Adriana Torre Delgadillo¹, Cyntia Noemí Pérez Guerrero¹, Rocío Torres Monjarás¹

¹Especialidad en Ortodoncia y Ortopedia Dentomaxilofacial, Facultad de Estomatología, Universidad Autónoma de San Luis Potosí. ²Especialidad en Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”

Introducción : El labio y paladar hendido (LPH) es una de las malformaciones congénitas más comunes que afecta la función, estética y desarrollo dentomaxilofacial del paciente. En pacientes con secuelas de LPH, los defectos óseos alveolares pueden comprometer la alineación dental y la oclusión funcional, incluso después de injertos secundarios. La transportación alveolar representa una técnica efectiva para reconstrucción de defectos óseos en zonas estéticas y funcionales, favoreciendo el cierre de espacios sin necesidad de injertos adicionales. **Objetivo:** Describir el abordaje interdisciplinario de un caso con secuela de LPH tratado mediante transportación alveolar como alternativa para lograr la rehabilitación ortodóncico-quirúrgica funcional y estética. **Caso clínico:** Paciente femenino de 16 años con antecedentes de cirugía de labio a los 2 meses de edad, quien acude a tratamiento con motivo estético. En el análisis clínico y radiográfico se diagnosticó clase I esquelética con patrón de crecimiento neutro y protrusión de incisivos. Se identificó un defecto alveolar en zona anterosuperior derecha, con secuela de LPH y ,microdoncia de incisivo lateral superior derecho. Se indicó transportación alveolar mediante técnica quirúrgica de distracción osteogénica, para aproximar un segmento óseo portador del canino hacia la zona del defecto. El protocolo incluyó periodo de latencia, activación gradual y fase de consolidación, con evolución favorable. Posteriormente se continuó con tratamiento ortodóncico para cierre de espacios y alineación dental. **Conclusión:** La transportación alveolar representa una alternativa segura y efectiva para el manejo de defectos óseos post-quirúrgicos en pacientes con LPH, permitiendo mejorar la integración ósea, posicionamiento dentario y resultados estéticos. Su éxito depende de una planificación adecuada y del abordaje interdisciplinario entre ortodoncia y cirugía maxilofacial.

Palabras clave: Transportación alveolar, labio y paladar hendido, defecto alveolar, ortodoncia, cirugía maxilofacial.



TRATAMIENTO COMPENSATORIO DE ASIMETRÍA FACIAL Y CLASE III ESQUELÉTICA

Gabriela Peña Nevarez¹, Leticia Ramírez Martínez ¹, Adriana Torre Delgadillo¹, Rosalba González Veliz¹, Anette Sofía León Esquer¹.

¹Especialidad en Ortodoncia Dentomaxilofacial, Facultad de Estomatología, Universidad Autónoma de San Luis Potosí

Introducción: La asimetría facial se define como aquellos rasgos desiguales entre los lados izquierdo y derecho de la cara, y aunque se ha comprobado que los seres humanos no somos completamente simétricos, existen parámetros para determinar cuando una asimetría se convierte en un rasgo anormal. Cuando existe dicha patología, es imprescindible elaborar un correcto diagnóstico y plan de tratamiento individualizado, ya que es una parte importante de la estética facial y de la funcionalidad del sistema masticatorio. **Caso clínico:** Paciente femenino de 16 años de edad con diagnóstico de CIII esquelética y asimetría mandibular con desviación del mentón hacia la izquierda, debido a una diferencia en tamaño a nivel condilar. Se presentó un plan quirúrgico que fue rechazado por la paciente, por lo que se decidió llevar a cabo un plan de tratamiento ortodóntico compensatorio. Se utilizó biomecánica básica como el cambio de torque en los cuadrantes, colocación estratégica de brackets y uso de elásticos intermaxilares, logrando así un resultado compensatorio altamente estético y funcional. **Conclusiones:** La asimetría facial es un reto que se presenta frecuentemente en la consulta, y debido a que no todos los pacientes deciden someterse a un proceso quirúrgico, es importante saber cómo realizar tratamientos compensatorios utilizando los principios de biomecánica, con el fin de llegar a un buen resultado tanto estético como funcional, como lo fue en este caso clínico donde fue posible realizar la compensación de la CIII y la asimetría facial.

Palabras clave: Clase III, asimetría mandibular, compensación quirúrgica, biomecánica ortodóntica



ABORDAJE A EXPOSICIÓN DE MEMBRANA NO REABSORBIBLE EN REGENERACIÓN ÓSEA GUIADA PREVIO A COLOCACIÓN DE IMPLANTES. REPORTE DE CASO PROTESICAMENTE GUIADOS

José Alberto Ríos González, Daniel Arguelles Rosell, Juan Antonio Cepeda Bravo, Saray Aranda Romo

Especialidad en Periodoncia, Universidad Autónoma de San Luis Potosí

Introducción: La Regeneración Ósea Guiada promueve la regeneración de hueso en defectos óseos y se basa en el uso de membranas de barrera en combinación con biomateriales de relleno como hueso autólogo, homólogo, heterólogo o materiales aloplásticos. La aplicación de una membrana es un principio clave de la ROG, se utiliza para mantenimiento de espacio y para excluir los tejidos no osteogénicos que interfieren con la regeneración.

Objetivo: Lograr una Regeneración Ósea Guiada estable previo a la colocación de implantes protesicamente guiados con un abordaje acertado respaldado por literatura en el manejo de la exposición de la membrana de PTFE reforzada con titanio y comparar los resultados obtenidos con el cuadrante contrario donde se realizó una Regeneración Ósea Guiada con membrana de colágeno. **Caso clínico:** Paciente femenino de 79 años con ausencia de órganos dentales posteriores en cuadrantes III y IV, defecto Clase C mediano (clasificación HVC), de reborde acude a valoración y rehabilitación con implantes. Paciente ASA II con buenos hábitos de higiene oral, sin bolsas periodontales detectadas, padece de hipertensión arterial controlada y antecedentes de depresión. **Conclusión:** La exposición de este tipo de membranas de PTFE reforzadas con titanio es aproximadamente del 33%, en la mayoría asociadas a la falta de liberación del colgajo el cual no logra ese cierre primario más sin embargo existe literatura que hablan de protocolos para este tipo de complicaciones los cuales sirven de guía para que de manera puntual y correcta se pueda evitar una pérdida mayor o total de las ganancias ya obtenidas en la Regeneración Ósea Guiada.

Palabras clave: Regeneración, Membrana, Exposición, Tratamiento.



CORRECCIÓN DE DEFECTO MUCOGINGIVAL SEVERO MEDIANTE INJERTO GINGIVAL LIBRE Y MATRIZ DE COLÁGENO XENOGÉNICA

Miguel Francisco González Tapia¹, Olinda Guadalupe Rivera Bautista¹, Paul Iván Obregón Godina¹, Juan Antonio Cepeda Bravo¹.

¹Especialidad en Periodoncia, Facultad de Estomatología, Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

Introducción: Los procedimientos de regeneración ósea guiada (ROG) pueden generar translocaciones significativas de la unión mucogingival y una reducción en la profundidad del vestíbulo, lo que puede disminuir la cantidad de tejido queratinizado, un factor clave para mantener la salud periimplantaria. En este contexto, el abordaje combinado mediante injerto gingival libre (IGL) y matriz de colágeno xenogénica (MCX) ha mostrado resultados prometedores en la reconstrucción de los tejidos blandos periimplantarios, al permitir aumentar la banda de tejido queratinizado y restablecer la posición adecuada de la unión mucogingival con menor morbilidad. **Objetivo:** Evaluar los resultados clínicos de un abordaje quirúrgico combinado con IGL y MCX para el tratamiento de alteraciones mucogingivales extensas secundarias a procedimientos regenerativos avanzados. **Caso clínico:** Se presenta el caso de un paciente masculino de 60 años de edad, sin antecedentes patológicos de relevancia, que acude a la Clínica de la Especialidad en Periodoncia en busca de rehabilitación mediante terapia implantológica. Se diagnostica con periodontitis estadio IV, grado C, generalizada. Se realiza tratamiento periodontal de fase inicial, logrando el control del proceso inflamatorio. Posteriormente, se indican múltiples extracciones dentales y una ROG en el sextante II. En una segunda intervención quirúrgica, se retira la malla de titanio utilizada previamente y se colocan seis implantes dentales. Debido al desplazamiento de la línea mucogingival y la presencia de un defecto mucogingival severo, secundarios al procedimiento regenerativo, se decide realizar su corrección mediante una profundización del vestíbulo utilizando un IGL en combinación con MCX, de acuerdo con la técnica descrita por Urban y cols. en 2015. Se eleva un colgajo a espesor parcial a nivel de la línea mucogingival. El IGL se divide en tiras de no más de 2 mm de grosor, las cuales se suturan en la porción apical del lecho quirúrgico. Posteriormente, se adapta y fija la MCX sobre el área tratada. **Conclusión:** El abordaje quirúrgico combinado con injerto gingival libre y matriz de colágeno xenogénica demostró ser una alternativa eficaz y predecible para corregir alteraciones mucogingivales extensas, permitiendo restaurar el volumen de tejido queratinizado y mejorar las condiciones periimplantarias en casos con antecedentes de regeneración ósea avanzada.

Palabras Clave: Defecto mucogingival, injerto gingival libre, matriz de colágeno xenogénica, tejido queratinizado periimplantario.

RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR CON INJERTO MICROVASCULARIZADO DE PERONÉ GUIADA CON PLANEACIÓN VIRTUAL: REPORTE DE CASO

Itzel Marcela Barrón Urrutia^{1,2}, Óscar Arturo Benítez Cárdenas^{1,2}, Armando Cervantes Alanís³ Esteban Raúl Mar Uribe^{1,2}, Elhi Manuel Torres Hernández^{1,2}

Facultad de Estomatología, UASLP¹, Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”², Hospital ISSSTE Constitución Monterrey³

Introducción: El trauma balístico de alta energía puede causar graves defectos tisulares, que requieren una reconstrucción compleja. El uso de planeación virtual permite una reconstrucción mandibular precisa e individualizada para los pacientes con este tipo de traumatismo. **Objetivo:** Demostrar la utilidad de la cirugía virtual en la planificación y ejecución de reconstrucciones mandibulares en casos de defectos complejos. **Caso clínico:** Paciente masculino de 42 años, aparentemente sano inicia padecimiento actual en el año 2017 tras sufrir agresión por terceras personas con arma de fuego, la cual causa un defecto severo con pérdida tisular del cuerpo mandibular y una porción de ambas ramas mandibulares, es tratado con múltiples injertos libres sin éxito, por lo que se realiza un diseño digital con guías de corte para la reconstrucción mandibular con injerto microvascularizado de peroné, el cual se realizó de forma multidisciplinaria, cirugía maxilofacial y cirugía plástica, el procedimiento se llevó a cabo bajo anestesia general, el cual consistió en colocación de placa de reconstrucción mandibular premoldeada con estereolitografía, así como toma de injerto óseo-miocutáneo, microvascularizado de peroné con guía de corte diseñada con planificación virtual, misma que proporciono los segmentos de peroné para la reconstrucción mandibular los cuales fueron fijados a la placa de reconstrucción con tornillos bloqueados, posteriormente se realizó la anastomosis de las arterias faciales bilaterales con los vasos perforantes del injerto, y además se realizó la toma de injerto mioocutáneo femoral para la reconstrucción tisular mandibular. **Conclusión:** Las heridas por arma de fuego en la región craneofacial provocan discapacidades funcionales devastadoras y deformidades estéticas, que se agravan aún más por el trauma psicológico asociado. Para defectos mandibulares compuestos complejos, la reconstrucción microvascular se ha convertido en un pilar fundamental. La planificación específica para cada paciente y la cirugía virtual han permitido, una mejor función y estética del paciente, así como una reducción de los tiempos y costos operatorios.

Palabras Clave: reconstrucción mandibular, herida por arma de fuego, injerto micro vascularizado de peroné, planeación virtual.



EXPRESIÓN DE MUC4 EN CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE DE BAJO GRADO: ANÁLISIS PATOLÓGICO Y UTILIDAD DIAGNÓSTICA.

Nahúm Dalí Márquez Zaragoza, Oscar Arturo Benítez Cárdenas, Francisco Javier Aguilar Zapata, Miguel Ángel Noyola Frías, Elhi Manuel Torres Hernández.

Especialidad en Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”.

Introducción: El carcinoma mucoepidermoide (CME) es la neoplasia maligna más común de las glándulas salivales, en adultos como en niños. Representa el 5 % de todos los tumores de glándulas salivales y entre el 20 % y 30 % de los malignos. Alrededor del 60 % de los casos se originan en las glándulas salivales mayores, especialmente en la parótida, aunque también puede presentarse en las glándulas salivales menores e incluso en tejido ectópico. El diagnóstico se basa en el estudio histopatológico, y frecuentemente se apoya en técnicas de inmunohistoquímica para determinar el tipo y grado tumoral. Siendo fundamental para definir el tratamiento adecuado. El abordaje terapéutico principal es la resección quirúrgica. En los casos de bajo e intermedio grado, se realiza una resección local con márgenes adecuados, mientras que los tumores de alto grado requieren cirugías más agresivas, complementadas generalmente con radioterapia. La disección cervical se reserva para tumores con metástasis regional o comportamiento agresivo. Las mucinas (MUC), glicoproteínas cumplen funciones protectoras y de señalización celular. MUC1 y MUC4, se expresan en condiciones normales en las glándulas salivales, su expresión puede alterarse en tejidos tumorales. Se han identificado 19 genes de mucinas, los cuales tienen relevancia como posibles marcadores diagnósticos y pronósticos en diversos tipos de cáncer, incluido el CME.

Presentación de caso clínico: Se analizaron tres casos clínicos de pacientes femeninas: dos adolescentes y una mujer de la tercera edad. En todos los casos, el análisis histopatológico reveló neoplasias malignas con estructuras ductales formadas por células cuboidales atípicas y un patrón histológico predominantemente quístico. La inmunotinción para MUC4 mostró una fuerte positividad en las células tumorales, diagnosticando carcinomas mucoepidermoides de bajo grado o grado (I).

Conclusión: El CME es la neoplasia maligna más frecuente de las glándulas salivales, con gran variabilidad clínica e histológica. El uso combinado de estudios morfológicos e inmunohistoquímicos, especialmente con marcadores como MUC4, permite un diagnóstico preciso y un tratamiento individualizado, lo cual es esencial para preservar la función y calidad de vida, especialmente en pacientes jóvenes.

Palabras Clave: Carcinoma, Glándulas, Pronóstico.



DISEÑO DIGITAL DE SONRISA EN REHABILITACIÓN ESTÉTICA COMBINADA: INTEGRACIÓN DE MOCK-UP VIRTUAL, CARILLAS Y RETRATAMIENTOS DE CORONAS

Esquivel Zamora Jaime Arturo, Ricardo Oliva Rodríguez, José Obed García Cortés, Everardo Ruíz Cruz, Norma Verónica Zavala Alonso, Jorge Quiroz Salazar, Daniela Silva Herzog Rivera, Jairo Mariel Cárdenas

Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Especialidad en Odontología Estética Cosmética Restauradora e Implantología.

Introducción: La odontología digital ha revolucionado la planificación estética, permitiendo tratamientos más precisos, predecibles y personalizados. Herramientas como el escaneo intraoral, el diseño CAD/CAM y el Mock-up virtual optimizan los flujos de trabajo y mejoran los resultados en rehabilitaciones con carillas y retratamientos protésicos. **Objetivo:** Presentar una rehabilitación estética combinada mediante el uso de flujos digitales, en una paciente con desgastes dentales y restauraciones previas desajustadas, integrando carillas y retratamientos de coronas a través de una planificación guiada por mock-up virtual. **Caso Clínico:** Paciente femenina de 45 años de edad acude al Posgrado de Odontología Restauradora de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí (UASLP) con el motivo de consulta: *"Reconstrucción de dentadura, necesito cambiar mis coronas viejas"*. Al examen clínico se observan múltiples desgastes dentales y restauraciones protésicas desajustadas, comprometiendo la estética y función. Se decide realizar una rehabilitación estética combinada, integrando carillas y retratamientos de coronas, planificada mediante un flujo digital con escaneo intraoral, diseño virtual y mock-up diagnóstico, así como escaneo dentofacial. Se inició el caso con la realización de un escaneo intraoral digital, escaneo dentofacial y registro fotográfico completo (fotografías intraorales y extraorales), con el fin de obtener un análisis estético y funcional integral para la planificación detallada del tratamiento. Durante la evaluación clínica y digital, se identificó desgaste mecánico en las piezas 14 a 12 así como en 22 a 23, sobrecontorneo en los incisivos centrales superiores (piezas 11 y 21), de igual manera fractura del pónico correspondiente a la pieza 25 en un puente dental previo. Posteriormente, se realizó selección de color con colorímetro VITA toothguide 3D Master para obtener un resultado natural y estético. Finalmente, se llevó a cabo cementación de restauraciones con el protocolo adhesivo indicado por el fabricante del material, logrando restaurar armonía en la sonrisa del paciente con un resultado estético y funcional. **Conclusión:** La planificación digital facilitó una rehabilitación estética combinada precisa y predecible, integrando carillas y retratamientos de coronas. El uso de escaneo intraoral, escaneo dentofacial y mock-up virtual permitió optimizar la comunicación clínica y del laboratorio obteniendo resultados funcionales y estéticos satisfactorios de manera eficiente.

Palabras clave: Planificación, sonrisa, digital, diseño



DISEÑO DIGITAL Y RECONTORNEGINGIVAL GINGIVAL CON FLUJO DIGITAL: BRINDANDO PRECISIÓN Y ESTÉTICA.

Montserrat Ramírez Rodríguez, Marcela Ayestas Lagunas, Edelmira González Alejo, Claudia Edith Dávila Pérez, Ricardo Oliva Rodríguez, José Obed García Cortés

Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Especialidad en Odontología Estética Cosmética Restauradora e Implantología.

Introducción: El uso del trabajo analógico en odontología, llega a darnos resultados óptimos sacrificando tiempo, sin embargo, el uso de odontología digital ha brindado resultados óptimos y en menos tiempo. **Caso clínico:** Paciente femenina de 32 años acudió al posgrado de Rehabilitación Estética, Cosmética, Restauradora e Implantología de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí con el motivo de “Quiero cambiar mis carillas y una corona para mi endo” durante valoración, observamos que carillas de resina en pieza dental 11 y 21 presentaban pigmentación y fractura. Se inició realizando un escaneo digital y toma de fotografías intraorales y extraorales para planificación detallada del tratamiento. Durante la evaluación, se identificó discrepancia en piezas dentales 13 a 23 a nivel gingival, por lo que se indicó realizar un recontorneo gingival estético, una vez probado el mock up del encerado digital y aceptado por la paciente, se refiere al Posgrado de Periodoncia para realizar recontorneo gingival. Para tener precisión en el procedimiento quirúrgico se diseñó de manera digital y se imprimió una guía quirúrgica basada en el encerado previamente realizado. Llevando a recontorneo gingival en piezas dentales 13 a 23 tras el periodo de cicatrización, se continuaron reparaciones dentales para carillas y corona en el diente 24. Posteriormente, se realizó selección de color con colorímetro VITA toothguide 3D Master para obtener un resultado natural y estético. Finalmente, se llevó a cabo cementación de restauraciones con el protocolo adhesivo indicado por el fabricante del material, logrando restaurar armonía en la sonrisa del paciente con un resultado estético y funcional. **Conclusión:** El empleo del flujo digital en la práctica odontológica, en este caso para la creación de guías quirúrgicas y restauraciones nos permite obtener resultados funcionales, predecibles y estéticamente satisfactorios al paciente.

Palabras clave: Diseño, sonrisa, digital,



MANEJO ORTODÓNTICO-QUIRÚRGICO DE PACIENTE CLASE III ESQUELETAL Y MORDIDA CRUZADA: REPORTE DE UN CASO

Eduardo Castillo Rubio¹, Yuridia Martínez Rodríguez¹, Oscar Arturo Benítez Cárdenas²,
Adriana Torre Delgadillo¹

Especialidad en Ortodoncia Dentomaxilofacial, Facultad de Estomatología, Universidad
Autónoma de San Luis Potosí¹

Especialidad en Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”²

Introducción:

La clase III esquelética representa una de las discrepancias dento-esqueléticas más complejas de tratar. Esta alteración suele implicar un exceso mandibular, deficiencia maxilar o ambos, lo que afecta la función, la estética y la calidad de vida del paciente. Su abordaje ideal es ortodóntico-quirúrgico, basado en un diagnóstico tridimensional preciso y una planificación interdisciplinaria. La cirugía ortognática, combinada con un tratamiento ortodóntico adecuado, permite alcanzar resultados armónicos, estables y funcionales. **Objetivo:** Analizar el abordaje ortodóntico-quirúrgico de una paciente con clase III esquelética severa, destacando la importancia del diagnóstico tridimensional, la planificación interdisciplinaria y la combinación de ortodoncia con cirugía ortognática bimaxilar para lograr resultados funcionales, estéticos y estables a largo plazo. **Caso clínico:** Paciente femenina de 19 años con clase III esquelética (ANB -10°), perfil facial cóncavo, patrón de crecimiento horizontal y proinclinación de incisivos superiores y retroinclinación de los inferiores. El análisis diagnóstico incluyó fotografías extra e intraorales, estudios cefalométricos, modelos digitales, tomografía CBCT y análisis de asimetría condilar. Se realizó ortodoncia prequirúrgica con descompensación dentaria, seguida de cirugía ortognática bimaxilar: osteotomía Le Fort I para avance maxilar, osteotomía sagital bilateral mandibular para retroceso y mentoplastia para equilibrio facial. El postquirúrgico mostró mejoras en el perfil facial, overjet y overbite negativos, estabilidad esquelética y oclusión funcional. **Conclusión:** La paciente fue tratada exitosamente mediante cirugía ortognática, logrando mejoras significativas en estética, función y autoestima. Este caso resalta la importancia de un diagnóstico integral, la planificación digital avanzada y el trabajo conjunto entre ortodontista y cirujano maxilofacial. El abordaje interdisciplinario permitió alcanzar un resultado estable, funcional y estéticamente favorable a largo plazo.

Palabras clave: Clase III esquelética, cirugía ortognática, planificación interdisciplinaria.



AUMENTO DE ENCÍA QUERATINIZADA POR MEDIO DE INJERTO GINGIVAL LIBRE. REPORTE Y SEGUIMIENTO DE CASO CLINICO

Franco Ceniceros Luis Daniel¹, Cavazos Rivera Martin², Treviño Campa Maria Fernanda², Montañó Olvera Maria Alejandra², Terrones Garrido Hugo²,

Estudiante de la especialidad de Periodoncia e Implantología FAOD UJED¹, Docente de la especialidad de Periodoncia e Implantología FAOD UJED².

Introducción: El injerto gingival libre (IGL), descrito por Langer y Langer, es una técnica quirúrgica mucogingival indicada para el aumento del tejido queratinizado y la cobertura radicular parcial o total en casos de recesión gingival. **Objetivo:** lograr el aumento de la encía queratinizada en sus dimensiones vertical y horizontal, estabilizando el margen gingival y obteniendo cobertura radicular en recesiones gingivales, así como preparar un lecho periodontal adecuado que favorezca futuros procedimientos restauradores o protésicos teniendo así la posibilidad de mejorar un control de placa dentobacteriana. **Caso clínico:** se presenta paciente femenino de 20 años de edad, ASA I, acude a consulta en el posgrado de la facultad de odontología de la UJED, con motivo de consulta “quiero cubrir mis dientes, se me están viendo mis raíces”. A la exploración clínica se observan recesiones gingivales Clase III Miller y RT3 Cairo, presencia de frenillo aberrante, diagnostico periodontal, salud gingival en un periodonto reducido y un control de placa dentobacteriana aceptable. **Conclusiones:** La evidencia ha demostrado que el injerto gingival libre favorece el aumento de tejido queratinizado en el tratamiento de recesiones gingivales como también de manera preventiva a formar estas mismas previo al tratamiento de ortodoncia, mejorado así, la estética gingival del paciente.

Palabras claves: injerto gingival libre, tejido queratinizada, recesión gingival.



“UASLP, con profesionistas abiertos al mundo”