



REVISTA DE LA ACADEMIA MEXICANA DE ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA

Volumen 38 / Número 3 / Octubre 2026



AMERICAN ACADEMY OF
PEDIATRIC DENTISTRY



IAPD
International Association
of Paediatric Dentistry



XLII CURSO
MAGNO
QUERETARO-2026
21 AL 24 OCTUBRE

Ilustración de portada: Intervención de Muñeca artesanal Lele,
elaborada por artesanas de Santiago Mexquititlán, Querétaro

REVISTA DE LA ACADEMIA MEXICANA DE ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA

Publicación semestral, editada por el órgano de comunicación científica de la Academia Mexicana de Odontología Pediátrica.

Volumen 38, Número 3, octubre 2026.

Domicilio en Montecito núm 38, piso 33, ofic. 8 (World Trade Center)
Colonia Nápoles, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03810. Ciudad de México.
Correo electrónico: comiteeditorial@revistaamop.mx

Reserva de Derechos al uso exclusivo del título: 04-2024-011817150800-102 otorgado por el Instituto Nacional del Derecho de Autor.

ISSN: 2683-3123.

Toda correspondencia con relación a la revista, suscripciones, canje y envío de material deberá ser dirigida a la Editora: Dra. Elena Saraí Baena Santillán, comiteeditorial@revistaamop.mx

Publicación semestral, registrada conforme a la ley. Los contenidos de la revista están disponibles en texto completo en www.revistaamop.mx

Edición, Diseño, Composición y Maquetación por:
Academia Mexicana de Odontología Pediátrica.



MESA DIRECTIVA 2026

Magdalena Poblano Cruz
Presidenta

Diana María Rodríguez López
Vicepresidenta

José Alberto Hachity Ortega
Secretario

Soledad Rojas Peña
Tesorera

Hiram Daniel López Santacruz
Comisión Científica

Héctor Alejandro Ramírez Peña
Vocal 1

Luis Fernando Almanza de la Peña
Vocal 2

Sandra Pérez Schipper
Vocal 3

COMITÉ EDITORIAL

comiteeditorial@revistaamop.mx

EDITORIA

Elena Saraí Baena Santillán

COEDITORES

Juan Carlos Villalobos Pietra Santa

Roberto Manuel Valencia Hitte

COMITÉ CIENTÍFICO

Rodolfo Fragoso Ríos
André Marc Saadia Mizrahi
María Lilia Adriana Juárez López
Nila Claudia Gil Orduña
Diana María Rodríguez López
Humberto Reffreger Soto
Israel Guatemala Flores
Luis Francisco García Mota
José Alberto Hachity Ortega

Hiram Daniel López Santacruz
Miriam Montiel Castillo
Maricruz Pérez Pérez
José Luis Ureña Cirett
Eder José Hernández Hernández
Yeimi Barrera Oliva
Ilse Ivonne Padilla Isassi
María de los Ángeles Moyaho Bernal
María Isabel Pizano Damasco

Regina Penella Garza Ramos
Bertha Elvira Núñez Viguera
María Karina Machorro Espinosa
Luis Raziel Martagón Cabrera
Raúl Antonio García Flores
María de los Ángeles Salazar Cruz
Alejandro Ibarra Guajardo
Karina Itzel Pacheco Galván

REVISORES INVITADOS

Ma. Elena Ponce Díaz
Dulce María Jiménez Flores
Lizbeth Anahí Portillo Torres
Víctor Hiram Barajas Pérez
Subomy Quintana Guadarrama
Rafael Guerra Lund
Elías Perrusquia Hernández
Violeta Trejo Aquino

Denisse Rivera Rodríguez
Eduardo Ensaldo Carrasco
Gabriela Gavilan Hadid
Mauricio López Jiménez
Miriam Alejandra Veras Hernández
Ada López Lozano
José de Jesús Navarrete Hernández
Elisa Luengas Quintero

Carlos Enrique Cuevas Suárez
Edgar García Torres
José Antonio Seañez Prieto
Daniela del Carmen Carsi Mendoza
Ana Josefina Monjarás Ávila
Norith de Jesús Recendez Santillán
Fragoso Cortes Alejandra Isamar

WEBMASTER Y ADMINISTRADOR DE DATOS

Jonathan de Jesús Espinoza Maza

COMITÉ DE DISEÑO Y MAQUETACIÓN

Juan Carlos Fernández de la Cruz

Ana Karen Baeza López

EDITORIAL

Academia Mexicana de Odontología Pediátrica

MENSAJE DEL COMITÉ EDITORIAL

La Revista AMOP se complace en presentar el volumen 38, número 3, resultado del esfuerzo conjunto de nuestros autores, revisores y equipo editorial.

En su calidad de órgano oficial de difusión de la Academia Mexicana de Odontología Pediátrica, la Revista AMOP asume la responsabilidad de promover y divulgar el conocimiento científico generado en nuestra disciplina.

Expresamos nuestro más sincero agradecimiento a los investigadores que han confiado en nuestra publicación para difundir sus aportaciones, al cuerpo editorial que ha trabajado con dedicación en cada etapa del proceso, y a nuestros lectores, cuya participación activa da sentido a este proyecto académico.

Este número reafirma nuestro compromiso con la investigación y el conocimiento científico en México, particularmente en beneficio de la población infantil, que constituye el eje central de nuestra disciplina. La generación y difusión de evidencia científica sólida es fundamental para fortalecer la práctica clínica, la formación académica y las políticas de salud que impactan directamente en el bienestar de la niñez.

Confiamos en que los trabajos aquí reunidos contribuyan a la reflexión, actualización y avance de la odontopediatría, consolidando la misión de nuestra revista como un espacio de rigor académico, ética y excelencia científica.

Atentamente,
Comité Editorial de la Revista AMOP

Elena Saraí Baena Santillán
Roberto Manuel Valencia Hitte
Juan Carlos Villalobos Pietra Santa

MENSAJE DE PRESIDENCIA

Estimados lectores de la Revista de la Academia Mexicana de Odontología Pediátrica, A.C:

Es un gusto compartir la **publicación del volumen 38, número 3** de la Revista de la Academia, espacio para enriquecer el legado científico y fomentar el acervo en beneficio de la niñez, generando, difundiendo y preservando el conocimiento en el área de la Odontología Pediátrica.

Para la Academia, promover educación de calidad además de facilitar espacios de actualización también incluye el impulso a la investigación reconociendo a quienes generan conocimiento y favoreciendo la difusión para hacerla accesible a más profesionales; por ello, agradecemos la confianza de los autores hacia nuestra Revista como plataforma para compartir sus investigaciones, casos clínicos y aportaciones. Cada trabajo es una oportunidad de aprender, cuestionar nuestra práctica y continuar construyendo una Odontología Pediátrica fundamentada en evidencia.

La **Revista de la Academia Mexicana de Odontología Pediátrica, A.C.** es un proyecto colectivo; la comunidad es formada por autores, revisores, comité editorial y lectores que permiten que la participación crezca y se consolide. Reconocemos y agradecemos la invaluable labor del Comité Editorial, cuyo compromiso, tiempo y dedicación hacen posible que cada volumen cumpla con el rigor y calidad que nuestra Academia busca preservar.

Con afecto

C.D.E.O.P Magdalena Poblano Cruz

Presidenta AMOP 2026

7 MALTRATO INFANTIL: DESAFÍO Y OPORTUNIDADES DEL ODONTOPEDIATRA EN MÉXICO

Hernández Contreras Tayra Stephanie, Benavides García Yessica Dayani, Pérez Quintero María Teresa, Rangel Padilla Eyra Elvyra, Martínez González Gustavo Israel, Nakagoshi Cepeda María Argelia Akemi, Díaz Cárdenas Shyrley, Montes Villarreal Marcela.

12 TRATAMIENTO RESTAURADOR CON CARILLAS OCLUSALES EN MOLARES TEMPORALES CON HIPOMINERALIZACIÓN MOLAR DECIDUO

Solano Barona Zayma Paola, Trujillo López Diana Paola, Gómez Fernández Fernando, Graillet Mora Olivier, Rodríguez López Diana María.

16 RESTAURACIÓN ESTÉTICA MÍNIMAMENTE INVASIVA EN PACIENTE CON DENTICIÓN MIXTA TARDÍA CON HMI

Herver Cruz Nancy Carolina, Herrera Campos Ingrid Paola, Gómez Fernández Fernando, Graillet Mora Olivier, Rodríguez López Diana María.

21 DESPLAZAMIENTO DISCAL Y OSTEOARTROSIS DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR EN UNA PACIENTE PEDIÁTRICA: REPORTE DE UN CASO

Páez Rafael Gustavo.

27 REQUISITOS FEDERALES PARA LA APERTURA DE UN CONSULTORIO DENTAL EN MÉXICO

Álvarez Hernández Luis Alvaro, Santillana Martínez Norma Patricia, Rodríguez Chávez Jaqueline Adelina, Aceves González Carlos, Eduardo Ensaldo Carrasco.

34 MANEJO QUIRÚRGICO-ODONTOLÓGICO DE HIPERPLASIA FIBROSA EN LENGUA ASOCIADA A IRRITACIÓN CRÓNICA DE MOLARES INFERIORES FRACTURADOS POR CARIES

Hernández Marín Gabriela, Prieto García Luz Nora, Rodríguez Pérez María Alejandra, Chávez Priego Tania, Graillet Mora Olivier, Rodríguez López Diana María.

40 TERAPIA PULPAR VITAL EN ÓRGANO DENTAL PERMANENTE JOVEN CON TRAUMATISMO DENTAL Y ÁPICE INMADURO: REPORTE DE CASO

Rodríguez Gómez Martha Haidde, Cornelio Moguel Janeth.

MALTRATO INFANTIL: DESAFÍO Y OPORTUNIDADES DEL ODONTOPEDIATRA EN MÉXICO

CHILD ABUSE: CHALLENGES AND OPPORTUNITIES FOR PEDIATRIC DENTISTS IN MEXICO

Hernández Contreras Tayra Stephanie,¹ Benavides García Yessica Dayani,¹ Pérez Quintero María Teresa,¹ Rangel Padilla Eyra Elvyra,¹ Martínez González Gustavo Israel,¹ Nakagoshi Cepeda María Argelia Akemi,¹ Díaz Cárdenas Shyrley,² Montes Villarreal Marcela.^{1*}

1. Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Eduardo Aguirre Pequeño, Col. Mitras Centro Monterrey, Nuevo León. CP 64460

2. Facultad de Odontología Universidad de Cartagena Campus de la Salud, Calle 6 #572, Zaragocilla, Cartagena de Indias, Bolívar.

Resumen

Introducción: El maltrato infantil (MI) constituye una emergencia de salud pública que abarca agresión física, sexual, psicológica y negligencia. Debido a la frecuencia de manifestaciones orofaciales, el odontopediatra desempeña un papel clave en su identificación temprana, por lo que la detección, diagnóstico y notificación oportuna resultan fundamentales.

Objetivo: Evaluar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) de odontopediatras mexicanos frente al MI en la consulta odontológica.

Metodología: Estudio descriptivo en 175 odontopediatras mexicanos en el que se indagó a partir de un cuestionario de auto-reporte variables sociodemográficas y CAP frente al

MI. Se realizó estadística descriptiva a partir de frecuencias y proporciones.

Resultados: 53,7 % de los odontopediatras refirió haber sospechado en algún momento de MI en sus pacientes; 86,9 % se ubicó en un nivel alto de conocimientos frente al MI, 95,4 % una actitud favorable y solo el 15,3 % reportó prácticas adecuadas indicando el 80,6 % no contar con un protocolo institucional frente al reporte.

Conclusión: A pesar de que los odontopediatras mexicanos presentan buenos conocimientos y actitudes favorables frente a casos sospechosos de MI, sus prácticas no son adecuadas al no contar con protocolos de notificación y reporte de casos. Es imperativo desarrollar y socializar protocolos claros que permitan la atención rápida y oportuna y la protección de los niños, niñas y adolescentes.

Palabras clave: maltrato a los niños, odontopediatra, conocimientos, actitudes, prácticas.

Abstract

Introduction: Child abuse (CA) is a public health emergency that includes physical, sexual, and psychological aggression, as well as neglect. Due to the frequency of orofacial manifestations, pediatric dentists play a key role in its early identification, making timely detection, diagnosis, and reporting essential.

Objective: To evaluate the knowledge, attitudes, and practices (KAP) of Mexican pediatric dentists regarding CA in dental consultations.

Methodology: A descriptive study was conducted with 175 Mexican pediatric dentists. Sociodemographic variables and KAP regarding CA were collected using a self-report questionnaire. Descriptive statistics were performed using frequencies and proportions.

Results: 53.7% of pediatric dentists reported having suspected CA in their patients at some point; 86.9% demonstrated a high level of knowledge, 95.4% showed a favorable attitude, and only 15.43% reported adequate practices. Additionally, 80.6% indicated a lack of institutional protocols for reporting.

Conclusion: Although Mexican pediatric dentists possess good knowledge and favorable attitudes toward suspected CA, their practices are inadequate due to the lack of case notification and reporting protocols. It is imperative to develop and disseminate clear protocols that allow for timely care and protection of children and adolescents.

Keywords: Child abuse; pediatric dentists; knowledge; attitudes; clinical practice; case reporting.

Fecha de recepción: 30 de enero de 2026

Fecha de aceptación: 12 de agosto de 2026

*Envío de correspondencia: marcela.montesvl@uanl.edu.mx

El maltrato infantil (MI) constituye una grave vulneración de los derechos de niños, niñas y adolescentes, con repercusiones en su desarrollo físico, psicológico y social.¹ Debido a la alta prevalencia de las lesiones asociadas al MI que se localizan en la región orofacial 50 % -70 %, los odontopediatras desempeñan un papel clave en la detección temprana y tienen la responsabilidad ética, legal y profesional de identificar y notificar casos sospechosos.¹ En la práctica odontológica persisten deficiencias en la detección, documentación y reporte del MI.² La caries dental, además de asociarse con negligencia dental, puede ser un marcador clínico de otras formas de maltrato, como el abuso físico, emocional, sexual y el abandono, con importantes repercusiones en la salud y calidad de vida infantil.³ El desconocimiento por parte del odontopediatra, de las manifestaciones del MI, limita su identificación y reporte, evidenciando la necesidad de fortalecer la formación profesional. Por ello, el objetivo de este estudio fue evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) del odontopediatra frente al MI en México y estimar la prevalencia de sospecha de casos en la consulta odontológica.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, aprobado por el Comité de Bioética de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Nuevo León. La población estuvo conformada por 175 odontopediatras mexicanos con ejercicio profesional activo, egresados de diversas instituciones públicas y privadas del país, quienes participaron de manera voluntaria mediante la firma del consentimiento informado. La invitación se realizó de forma presencial durante eventos científicos organizados por academias y asociaciones profesionales.

La recolección de datos se efectuó mediante un cuestionario electrónico de 48 ítems, previamente validado en Colombia⁴ y adaptado lingüística y culturalmente para México, conservando su equivalencia semántica. Los puntajes se obtuvieron conforme a los criterios establecidos en el estudio original⁴ (Anexo 1). El cuestionario incluyó variables sociodemográficas (sexo, edad, universidad de egreso: pública o privada y antigüedad en el ejercicio profesional). Los conocimientos y prácticas se evaluaron mediante preguntas de opción múltiple, asignando dos puntos a cada respuesta correcta y cero a las incorrectas. Las actitudes se evaluaron mediante una escala tipo Likert, con opciones de respuesta que oscilaron entre "totalmente en desacuerdo" y "totalmente de acuerdo". El instrumento presentó una con-

sistencia interna de 84,11 % y 86,48 %, y un coeficiente alfa de Cronbach global de $\alpha = 0.8529$, lo que indica un alto nivel de confiabilidad.

El cuestionario se aplicó mediante Google Forms de forma voluntaria, anónima y confidencial, utilizando códigos alfanuméricos para proteger los datos personales, en apego a la Declaración de Helsinki. El análisis estadístico fue de tipo descriptivo, mediante frecuencias absolutas y relativas, utilizando el programa IBM SPSS Statistics, versión 26.

Resultados

Participaron 175 odontopediatras, de los cuales el 86,86 % corresponden al sexo femenino, en su mayoría de 24 a 34 años y el 80,57 % son egresados de universidades públicas. **Prevalencia de sospecha de MI:** 53,7 % refirió haber sospechado en alguna ocasión de MI en sus pacientes; 34,9 % reportó 1–2 casos y 18,9 % reportó tres o más. **Conocimiento sobre MI:** 86,86 % presentó nivel alto de conocimientos (Tabla 1). Más del 90 % identificó lesiones orofaciales de maltrato físico, como moretones en mejilla, mordeduras en cuello y avulsiones dentales repetidas, asimismo, se identificó como negligencia la caries de infancia temprana severa; 73 % y 90 % reconoció manifestaciones de abuso sexual, y 98,9 % coincidió en que los relatos de los niños sobre daño por adultos deben ser atendidos de manera inmediata. Sin embargo, 78,3 % desconocía la existencia de protocolos específicos para su abordaje y 57,1 % reconoció la obligación de reportar a las autoridades como su responsabilidad profesional.

Tabla 1. Nivel de Conocimientos, actitudes y práctica de los Odontopediatras de México frente al maltrato infantil.

Nivel de CAP		Frecuencia	Porcentaje
Conocimientos	Alto	152	86,86
	Bajo	23	13,14
Actitudes	Favorable	168	96
	Desfavorable	7	4
Prácticas	Adecuada	27	15,43
	Inadecuada	67	38,29
	Ausencia de sospecha	81	46,29

Conocimiento sobre maltrato infantil:
Alto (Puntaje de 24-35)
Bajo (Puntaje menor a 23)

Actitud frente al maltrato infantil:
Favorable (Puntaje de 20-30)
Desfavorable (Puntaje menor a 19)

Prácticas frente al maltrato infantil
Adecuada (Puntaje de 11-20)
Inadecuado (Puntaje a -10)

Actitudes frente al MI: 96 % mostró actitud favorable ante la sospecha de MI (Tabla 1); 52,6 % manifestó estar de acuerdo en reportar a las autoridades, 64 % brindar la atención integral y digna a los pacientes afectados y 69 % manifestó estar en desacuerdo con limitar la atención exclusivamente al tratamiento de la cavidad oral.

Prácticas clínicas frente al MI: Entre los odontopediatras que han sospechado MI, solo el 15,43 % reportó prácticas adecuadas (Tabla 1). El 75,5 % no registró la sospecha en la historia clínica, 68,1 % no exploró factores de riesgo de MI. El 13,8 % realizó notificación ante la instancia correspondiente, evidenciando una brecha significativa entre conocimiento y práctica clínica.

Formación y percepción sobre MI: El 69,6 % refirió no sentirse preparado para diagnosticar MI y 69,1 % consideró insuficiente su capacitación. El 98,9 % reconoció la necesidad de mayor formación y el 96 % consideró obligatorio realizar el reporte de casos sospechosos, aunque el 80,6 % señaló no contar con protocolo institucional.

Discusión

En el presente estudio, desde el punto de vista sociodemográfico, la muestra estuvo conformada principalmente por mujeres y adultos jóvenes, hallazgo consistente con estudios previos realizados en América Latina,⁴ aunque contrastante con reportes europeos, donde predomina el sexo masculino,⁵ lo que sugiere variaciones regionales en la composición profesional de la odontopediatría.

Los odontopediatras mexicanos mostraron altos niveles de conocimiento sobre maltrato infantil (MI), particularmente en la identificación de signos clínicos y negligencia dental, superiores a los reportados en Australia y Turquía,^{6,7} lo que podría relacionarse con la formación de posgrado o una mayor sensibilización regional. Sin embargo, este conocimiento no se reflejó en una práctica clínica efectiva.

Aunque más de la mitad de los participantes refirió haber sospechado al menos un caso de MI, cifra comparable a Escocia y Estados Unidos y superior a Brasil,^{8,9} la notificación formal fue baja, en concordancia con la literatura internacional,^{10,11} evidenciando una desconexión persistente entre conocimiento, actitud y práctica.

Este patrón sugiere que las limitaciones no se originan en el nivel de conocimiento, sino en fallas estructurales en los sistemas de reporte y en la implementación de protocolos institucionales. La principal barrera fue la incertidumbre diagnóstica, seguida del desconocimiento de los canales de notificación y el temor a repercusiones negativas.

En conjunto, estos hallazgos reflejan una brecha sostenida entre formación teórica y aplicación clínica, similar a lo reportado en Nueva Zelanda, donde se ha documentado baja confianza profesional en el rol de protección infantil.¹² Se evidencia la necesidad de fortalecer no solo la capacitación, sino también la existencia de protocolos claros, operativos y de fácil acceso que respalden la toma de decisiones clínicas y la notificación obligatoria en casos sospechosos de MI.

Conclusión

A pesar de que los odontopediatras mexicanos cuentan con adecuados conocimientos y actitudes favorables frente a casos sospechosos de MI, sus prácticas son deficientes al no conocer protocolos de notificación y reporte de casos. Es indispensable desarrollar y socializar lineamientos claros que permitan la atención rápida y oportuna que garanticen la protección integral de los niños, niñas y adolescentes.

Agradecimientos

Agradecemos a los autores del instrumento original, desarrollado y validado en Colombia, cuyo uso fue fundamental para la presente investigación.

De manera especial agradecemos a la Dra. Tatiana del Pilar Ávila, Directora de Primera Infancia de la Secretaría de Igualdad e Inclusión del Estado de Nuevo León y su equipo de trabajo por su valiosa colaboración al impartirnos cursos especializados sobre el tema.

Referencias

1. Murphy JM, Welbury RR. The dental practitioner's role in protecting children from abuse. 1 The child protection system. Br Dent J. 1998;184(1):7–10. doi: 10.1038/sj.bdj.4809528.
2. Harris JC, Elcock C, Sidebotham PD, Welbury RR. Safeguarding children in dentistry: 2. Do paediatric dentists neglect child dental neglect? Br Dent J. 2009;206(9):465–470. doi: 10.1038/sj.bdj.2009.356.
3. Cavalcanti AL. Prevalence and characteristics of injuries to the head and orofacial region in physically abused children and adolescents: a retrospective study in a city of the Northeast of Brazil. Dent Traumatol. 2010;26(2):149–153. doi:10.1111/j.1600-9657.2009.00859.x.
4. Arrieta Vergara KM, Díaz Cárdenas S, González Martínez F. Maltrato infantil: conocimientos, actitudes y prácticas de estudiantes de Odontología de Cartagena, Colombia. Rev Clin Med Fam. 2014;7(2):103–111. doi:10.4321/S1699-695X2014000200004.
5. Harris JC, Elcock C, Sidebotham PD, Welbury RR. Safeguarding children in dentistry: 1. Child protection training, experience and practice of dental professionals with an interest in paediatric dentistry. Br Dent J. 2009;206(8):409–414. doi: 10.1038/sj.bdj.2009.307.
6. Kuganathan S, Nguyen T, Patel J, Anthonappa RP. Knowledge, experiences and attitudes of dental health professionals towards reporting child abuse in Western

- Australia. Aust Dent J. 2021;66(4):404–413. doi:10.1111/adj.12823.
7. Manea S, Favero GA, Stellini E, Romoli L, Mazzucato M, Facchin P. Dentists' perceptions, attitudes, knowledge, and experience about child abuse and neglect in northeast Italy. J Clin Pediatr Dent. 2007;32(1):19–25. doi:10.17796/jcpd.32.1.f920721252jx3614.
8. Nunes KM, Silva L, Farias IAP, Granville-Garcia AF, Menezes VA. Knowledge and attitudes of dentists regarding child abuse and neglect. Braz Dent J. 2021;32(2):52–59.
9. Hussein AS, Abu-Hassan MI, Schroth RJ, Ghanim AM. Dentists' knowledge and attitudes about child abuse and neglect in Malaysia. J Forensic Odontostomatol. 2016;34(1):19–27.
10. Mele F, Introna F, Santoro V. Child abuse and neglect: oral and dental signs and the role of the dentist. J Forensic Odontostomatol. 2023;41(2):21–29.
11. Bjørknes R, Iversen AC, Nordrehaug Åstrøm A, Vaksdal Brattabø I. Why are they reluctant to report? A study of the barriers to reporting to child welfare services among public dental healthcare personnel. Health Soc Care Community. 2019;27(4):871–879. doi:10.1111/hsc.12703.
12. Han H, Koziol-McLain J, Diesfeld K, Carrington SD, Morse Z, Lees AB. Protecting children in Aotearoa New Zealand: a review on legal and professional frameworks for oral health practitioners. J R Soc N Z. 2025;55(6):1418–1431. doi:10.1080/03036758.2024.2430597.

Anexo 1. Instrumento original. Arrieta Vergara KM, Díaz Cárdenas S, González Martínez F. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre maltrato infantil en odontólogos. Rev Salud Pública. 2017;19(2):220-226

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS FRENTE AL MALTRATO INFANTIL EN ODONTÓLOGOS DE LA CIUDAD DE CARTAGENA

Dr. (a) : Este cuestionario es anónimo y confidencial sólo se utilizará con fines investigativos; diligenciarlo de la manera más correcta posible MARCANDO CON UNA X la respuesta que más se acerque a la situación, previa firma del consentimiento informado.

1. Edad: _____ 2. Sexo: F _____ M _____ 3. Tiempo de egresado : _____ 4. Procedencia: Urbana _____ Rural _____
 5. Estrato socioeconómico: 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 6. Facultad de egreso: pública _____ privada _____

7. ¿Qué entiende usted por maltrato infantil?

A. El abuso o maltrato de menores abarca toda forma de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, abandono o trato negligente, explotación comercial o de otro tipo, de la que resulte un daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.
 B. El abuso o maltrato de menores abarca toda forma de maltrato físico y/o emocional y abuso sexual, de la que resulte un daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño.
 C. El abuso o maltrato infantil de menores a abarca abandono o trato negligente, explotación comercial o de otro tipo, de la que resulte un daño real o potencial para la salud y la supervivencia.
 D. El abuso o maltrato infantil de menores abarca explotación comercial o de otro tipo, de la que resulte un daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.
 E. Ninguna de las anteriores.

8. Cuales signos, o patologías que indicarían que un niño ha sido maltratado?

A. Lesiones con la forma o huella de un objeto o lesiones en zonas posteriores, dorso de las manos, espaldas y glúteos o cualquier fractura.
 B. Hematomas localizados en áreas expuestas (en general son pocas, no tienen forma limitada, no tienen un patrón definido)
 C. Si presenta flujo, secreción, sangrado, lesiones o cicatrices en genitales o ano.
 D. Todas las anteriores
 E. Ninguna de las anteriores

9. A que se le llama Negligencia Dental?

A. Índice alto de caries y presencia de enfermedades periodontales
 B. Múltiples fracturas dentales asociadas a golpes o caídas.
 C. Succión labial
 D. A y B son ciertas
 E. Todas las anteriores

10. Cuál es la responsabilidad de los odontólogos con respecto al maltrato infantil?

A. Notificar el caso a las autoridades competentes
 B. Resolver el problema mediante el diálogo con los padres.
 C. Prestarle poca importancia debido a que no es mi área.
 D. A y B
 E. Ninguna de las anteriores

11. Durante su pregrado como Odontólogo, en Cual(es) de esta (s) asignatura(s) hicieron énfasis en el manejo del maltrato infantil?

A. Salud familiar B. Ética para el odontólogo. C. proyección social. D. Odontopediatría E. Educación en salud F. Otras asignaturas cuales _____

12. Conoce usted algún protocolo o guía de atención para el niño con maltrato infantil desde la consulta odontológica? Si _____ No _____
 Cual _____

13. Según su criterio cuál es la primera institución donde se debe reportar la sospecha de maltrato infantil desde la consulta odontológica? A. Bienestar familiar B. Comisarias de Familia C. Policía D. Fiscalía E. No se debe reportar.

14. En caso de sospechar sobre un caso de maltrato infantil desde la consulta odontológica lo más adecuada sería reportar a las autoridades?

A. Totalmente en desacuerdo
 B. En desacuerdo
 C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 D. De acuerdo
 E. Totalmente de acuerdo

15. En caso de sospecha de maltrato infantil se debe Garantizar un trato digno y respetuoso a la víctima y a su familia durante todo el proceso de atención con énfasis en la protección del niño, mantener la calma y garantizar ayuda en la medida de las posibilidades.

A. Totalmente en desacuerdo
 B. En desacuerdo
 C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 D. De acuerdo
 E. Totalmente de acuerdo

16. Cuando se realiza la historia clínica se debe realizar la inspección y anamnesis haciendo un enfoque de riesgo hacia el maltrato infantil?

A. Totalmente en desacuerdo
 B. En desacuerdo
 C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 D. De acuerdo
 E. Totalmente de acuerdo

17. En caso de detectar un caso de maltrato infantil en la consulta odontológica solo se limitaría a realizar el tratamiento a nivel de la cavidad oral sin brindarle una atención integral, por miedo a represión por parte del agresor?

A. Totalmente en desacuerdo
 B. En desacuerdo
 C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 D. De acuerdo
 E. Totalmente de acuerdo

1

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS FRENTE AL MALTRATO INFANTIL EN ODONTÓLOGOS DE LA CIUDAD DE CARTAGENA

19. Si un niño con facilidad afirma que un adulto le ha causado daño, se le debe prestar atención a la acusación e intervenir en el caso?

- A. Totalmente en desacuerdo
- B. En desacuerdo
- C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- D. De acuerdo
- E. Totalmente de acuerdo

20. Sospecha usted actualmente que alguno de sus pacientes es víctima de maltrato infantil? A. Si B. No

21. Ha sospechado alguna vez con base a su experiencia clínica de algún caso de maltrato infantil?

A. Si B. No C. Cuantas veces ha sospechado _____

Si su anterior respuesta es negatívase a la pregunta 26

22. Su primera conducta cuando sospechó del caso de maltrato infantil fue:

- A. Habló con los padres del niño.
- B. Buscó ayuda de un pediatra
- C. Llamó a la policía
- D. Se quedó callado

23. En caso de haberse quedado callado su razón fue:

- A. No estar seguro del diagnóstico.
- B. Miedo a que se tomaran represalias contra el niño.
- C. No sabe a dónde recurrir
- D. Miedo a represalias en contra suya
- E. Miedo a perder el paciente y que este no vuelva más
- F. Emplear mucho tiempo en realizar trámites y denuncias
- G. No está seguro de lo que dice el niño.

24. Anotó la sospecha de maltrato infantil en la Historia Clínica? A. Si B. No

25. Cuáles fueron los indicios para su sospecha?

- A. Trauma del menor
- B. Comportamiento temeroso del niño
- C. Intento del niño por ocultar alguna lesión
- D. Lesión a nivel facial o cervical sospechosa de maltrato
- E. Indicios de descuido como desaseo, malnutrición
- F. Todas las anteriores

26. Preguntó usted durante la atención odontológica o en la visita domiciliaria por conductas sospechosas de maltrato infantil a los padres o acudientes del niño? A. Si B. No

27. Cuando realiza la historia clínica de Odontopediatría realiza la inspección y anamnesis haciendo un enfoque de riesgo hacia el maltrato infantil? A. Si B. No

Marque con V si es verdadero o F si es falso el enunciado:

- 28. Los moretones en la mejilla pueden indicar bofetadas o pellizcos en la cara. _____
- 29. Repetidas lesiones en la dentición que den como resultado dientes avulsionados o dientes con cambios de color pueden indicar un trauma repetido de abuso. _____
- 30. Los moretones observados alrededor del cuello generalmente están asociados con un trauma accidental. _____
- 31. Las mordidas observadas en el cuello de un niño o en zonas menos accesibles debe ser investigadas, ya que marcas de mordidas son con frecuencia un componente de abuso infantil _____
- 32. Existe una fuerte correlación entre el descuido dental y la presencia de abandono físico. _____
- 33. Problemas psicómicos por parte del niño pueden indicar abuso sexual. _____
- 34. Comportamientos seductores de un niño hacia el personal odontológico pueden ser un indicativo de previo abuso sexual del niño. _____
- 35. La imposibilidad del niño para mirar a los ojos y responder al personal odontológico, puede ser un signo de abuso sexual. _____
- 36. El maltrato de menores se asocia principalmente a las tensiones de la pobreza y rara vez ocurren entre personas con ingresos medios o altos. _____
- 37. Los niños que han sido víctimas de abusos suelen decirle a alguien poco después del abuso. _____
- 38. Si un niño con facilidad afirma que un adulto le ha causado daño, se le debe prestar atención a la acusación _____
- 39. El maltrato infantil puede estar presente si un padre describe lesiones de su niño como un auto-infligida. _____
- 40. El maltrato infantil puede estar presente si un padre informa que las lesiones del niño fueron infligidas por el hermano del niño. _____
- 41. El maltrato infantil puede estar presente cuando se nota un retraso por parte de los padres en la búsqueda de atención médica para tratar lesiones del niño. _____
- 42. En su último nivel de formación profesional cual fue la intensidad horaria destinada a la educación sobre el maltrato infantil
 - A. 0 horas
 - B. 1 -2 horas
 - C. 3 -4 horas
 - D. 5-6 horas
 - E. 7-8 horas
 - F. Más de 8 horas
- 43. Considera que está recibió una buena preparación sobre el tema del Maltrato infantil en la Facultad? A. Si B. No
- 44. Se considera preparado para poder detectar y proceder correctamente ante un caso de maltrato infantil? A. Si B. No
- 45. En una escala de 1 a 5 que tan apto se considera usted para el diagnóstico maltrato infantil? _____
- 46. Cree que éste debería ser un tema que merece más capacitación en su formación profesional?
 - A. Si
 - B. No
 - C. Me da igual
- 47. Existe en su consultorio un protocolo o guía de atención para el niño con maltrato infantil? A. Si B. No
- 48. Considera usted obligatorio reportar las sospechas de Maltrato Infantil desde la consulta Odontológica? A. Si B. No

TRATAMIENTO RESTAURADOR CON CARILLAS OCLUSALES EN MOLARES TEMPORALES CON HIPOMINERALIZACIÓN MOLAR DECIDUO

RESTORATIVE TREATMENT WITH OCCLUSAL VENEERS IN PRIMARY MOLARS WITH DECIDUOUS MOLAR HYPOMINERALIZATION

Solano Barona Zayma Paola,¹ Trujillo López Diana Paola,¹ Gómez Fernández Fernando,¹ Graillet Mora Olivier,¹ Rodríguez López Diana María.^{1*}

1. Universidad Veracruzana. Maestría en Odontología Infantil de la Universidad Veracruzana.
Lomas del Estadio s/n, C.P. 91000, Xalapa, Veracruz, México.

Resumen

Introducción: La Hipomineralización Molar Deciduo (HMD) es una alteración cualitativa del esmalte dental que afecta específicamente a los segundos molares temporales. La restauración con carillas oclusales permite una alternativa conservadora que preserva la vitalidad pulpar y el tejido dentario, siendo un método menos invasivo.

Reporte de caso: Paciente masculino de 6 años y 10 meses que presenta hipomineralizaciones en los cuatro segundos molares temporales, en los cuales se realizó un tratamiento restaurador mínimamente invasivo con carillas oclusales tipo table tops de la casa comercial HERES®, confeccionadas con resina.

Conclusiones: El uso de carillas oclusales como tratamiento restaurador en molares deciduos con HMD ofrece una alternativa funcional, estética y menos invasiva, que permite la preservación de la estructura dental sana.

Palabras clave: carillas oclusales, hipomineralización molar deciduo, table tops, tratamiento restaurador.

Abstract

Introduction: Deciduous molar hypomineralization (DMH) is a qualitative enamel defect affecting second primary molars. Occlusal veneers provide a conservative alternative that preserves pulp vitality and dental tissue.

Case report: A 6-year-10-month-old male patient presented with hypomineralization in all four second primary molars. A minimally invasive restorative treatment was performed using resin occlusal veneers ("table-tops"; HERES®, Mexico).

Conclusion: Occlusal veneers offer a functional, esthetic, and minimally invasive restorative option that preserves healthy dental structure.

Keywords: Deciduous molar hypomineralization; occlusal veneers; restorative treatment; table-tops.

Fecha de recepción: 1 de febrero de 2026

Fecha de aceptación: 10 de junio de 2026

*Envío de correspondencia: diarodriguez@uv.mx

Introducción

La Hipomineralización Molar Deciduo (HMD) es un defecto del desarrollo del esmalte de origen sistémico que afecta de uno a cuatro segundos molares primarios. Clínicamente, se manifiesta como opacidades demarcadas (blancas, amarillas o marrones), porosidad aumentada del esmalte y, con frecuencia, ruptura posteruptiva, lo que incrementa la sensibilidad dentaria y el riesgo de lesión coronaria y caries en población infantil.¹

El manejo restaurador de molares primarios afectados por HMD presenta desafíos específicos: el esmalte hipomineralizado muestra pobre calidad adhesiva y mayor fragilidad; la anestesia puede ser menos predecible por hipersensibilidad, y las restauraciones tradicionales (restauraciones extensas en cavidades o coronas completas) pueden requerir técnicas invasivas o reparaciones repetidas durante el crecimiento del paciente. Por ello, en odontopediatría se han investigado alternativas más conservadoras que preserven la estructura dentaria y faciliten el control de la sensibilidad y la función oclusal, respetando la dentición temporal.^{2,7}

Dentro de las opciones conservadoras, las carillas oclusales (también denominadas oclusal veneers, overlays, table-tops u overlay-veneer restorations) han ganado interés como una alternativa mínimamente invasiva para restaurar la superficie oclusal de molares con pérdida de estructura y/o alteraciones del esmalte. Estas restauraciones permiten reproducir la anatomía oclusal, distribuir fuerzas masticatorias y ofrecer una restauración estética y funcional sin la remoción extensa de tejido dentario propia de las coronas totales.³

La combinación del estado del esmalte en molares con

HMD (alta porosidad y tendencia a la fractura) con las características mínimamente invasivas de las carillas oclusales sugiere que estas restauraciones pueden ofrecer beneficios particulares en pacientes pediátricos: reducir la remoción de tejido sano, mejorar el control de la sensibilidad y restablecer la función oclusal. Además, técnicas como las “table-tops” (carillas oclusales directas fabricadas con matrices plásticas que permiten estampar la anatomía oclusal sobre resina o ionómero) han sido propuestas específicamente para molares primarios por su rapidez y conservación del tejido dentario sano.^{6,1}

Reporte del caso

Paciente masculino de 6 años y 10 meses acude a consulta en la clínica de la Maestría en Odontología Infantil de la Universidad Veracruzana, región Xalapa, para revisión odontológica. El motivo de consulta fue la irregularidad en la forma, coloración y conformación de los molares. Como antecedentes heredofamiliares se destaca que la madre padece diabetes tipo II, la cual está bajo control médico. Dentro de sus antecedentes personales no patológicos es relevante que el cepillado dental inició desde la aparición del primer diente y actualmente utiliza pasta dental fluorada (1100 ppm). En los antecedentes postnatales, fue alimentado con lactancia materna exclusiva durante los primeros 2 años de vida. Su alimentación es balanceada, con un consumo de azúcares mínimo y controlado debido al padecimiento de la madre. En el interrogatorio por aparatos y sistemas se conoce que el paciente presenta ambliopía en el ojo derecho, diagnosticada a los 2 años de edad.

A la exploración intraoral se observaron hipomineralizaciones en los O.D. 55, 65, 75 y 85 (Fig. 1), sin antecedentes de sensibilidad a cambios térmicos o dolor. No se observó presencia de lesiones cariosas y las mucosas no presentan ningún tipo de alteración.



Fig. 1. Fotografía inicial.

El diagnóstico otorgado fue Hipomineralización Molar Deciduo en los cuatro segundos molares temporales. Debido a que el paciente presenta un índice bajo de biofilm dental, una dieta controlada en azúcares y ausencia de lesiones cariosas, se consideró apto para un tratamiento restaurativo mínimamente invasivo basado en la colocación de carillas oclusales tipo *table tops* de la casa comercial HERES®.

La madre del paciente firmó y otorgó el consentimiento informado por escrito previo a la realización del tratamiento odontológico, autorizando el tratamiento dental y la utilización de la información con fines académicos y de publicación, preservando la confidencialidad del paciente.

El protocolo de colocación (Fig. 2) se realizó mediante aislamiento absoluto con grapa atraumática, por lo que no fue necesario infiltrar anestésico local. Posteriormente, se realizó la elección de la carilla oclusal tipo table tops (HERES®) de acuerdo con el tamaño del diente, colocándola previamente sobre la cara oclusal para verificar el sellado marginal. Después, se llevó a cabo el protocolo de adhesión.

Posteriormente, se realizó el llenado de la carilla oclusal con el material de elección; en este caso, se utilizó la resina SOLARE P® de la casa comercial GC. Se llevó la carilla oclusal hacia el órgano dentario y se fotopolimerizó durante 20 segundos. Se verificó el sellado marginal y se eliminaron los excesos de resina.



Fig. 2. Protocolo de colocación de carillas oclusales.

Finalmente, se retiró la carilla oclusal con ayuda de un explorador, se revisó la oclusión y se liberaron los puntos interproximales. Como resultado, se devolvió la anatomía y funcionalidad a los molares afectados, otorgándoles una mejor estética y resistencia a las cargas oclusales (Fig. 3).



Fig. 3. Resultados posteriores a la colocación.

Seis meses después de la colocación de las restauraciones, en la cita de control se evaluó clínicamente la integridad y el desempeño de las carillas oclusales. Durante esta revisión se corroboró que las restauraciones se mantenían en condiciones óptimas, sin evidencia de fracturas, desprendimientos ni pérdida de material restaurador (Fig. 4).



Fig. 4. Cita de control 6 meses posterior a la colocación.

El único cambio observado fue una ligera opacidad superficial debido al efecto del tiempo y a las condiciones de la cavidad bucal; no obstante, este no comprometió la funcionalidad, la adaptación marginal ni la durabilidad de las carillas oclusales.

El manejo restaurador de molares temporales afectados por Hipomineralización Molar Deciduo representa un mayor reto debido a la alteración estructural del esmalte, a una mayor porosidad y dificultad para lograr una correcta adhesión. En este caso, las carillas oclusales tipo table tops se han propuesto como una alternativa mínimamente invasiva que permite restaurar la anatomía oclusal, mejorar la función masticatoria y preservar la mayor cantidad posible de tejido dental sano.

Estos resultados coinciden con lo reportado por Rizo,⁶ quien describe el uso de *table tops* en molares primarios como una opción eficaz, con buenos resultados estéticos y funcionales, además de una reducción en el tiempo clínico.

Otro aspecto relevante es que, en el caso clínico presentado, no fue necesario realizar desgastes con turbinas ni infiltración de anestésico local, lo cual representa un beneficio importante en pacientes pediátricos, especialmente en aquellos con hipersensibilidad asociada a HMD. Este enfoque conservador coincide con lo señalado por Rizo,⁶ quien resalta que las carillas oclusales permiten evitar el desgaste innecesario del esmalte sano para la colocación de coronas preformadas, manteniendo el tratamiento dentro de las restauraciones mínimamente invasivas.

El manejo restaurador con carillas oclusales demostró ser una opción eficaz y conservadora para el tratamiento de molares temporales afectados por Hipomineralización Molar Deciduo. En este caso, las restauraciones permitieron recuperar la anatomía oclusal y la función masticatoria sin necesidad de desgastes extensos ni procedimientos invasivos, lo cual resulta especialmente favorecedor en pacientes pediátricos.

El seguimiento clínico a seis meses confirmó una adecuada estabilidad, sin fracturas ni desprendimientos, y con una adaptación marginal satisfactoria. Aunque se observó una ligera opacidad superficial, este cambio no comprometió la funcionalidad ni el comportamiento clínico de las restauraciones.

En conjunto, los hallazgos respaldan el uso de carillas oclusales como una alternativa viable y práctica dentro del enfoque mínimamente invasivo en odontopediatría, ofreciendo resultados favorables en términos de estética, función y preservación del tejido dental.

Referencias

1. Aliaga J, Caro M RS, Hermoza N M. Stress Distribution in Occlusal Veneers with Different Finish Lines When Applying Vertical and Tangential Forces. *Odvotos Int J Dent Sci*. 2022;24(3):103-114. doi:10.15517/IJDS.2022.51841
2. Ulate Jiménez J, Gudiño Fernández S. Hipomineralización incisivo molar, una condición clínica aún no descrita en la niñez costarricense. *Odvotos - International Journal of Dental Sciences* [Internet]. 2015;17(3):15-28. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=499550303003>
3. Davidovich E, Shapira J, Anido R, Ram D. Overlay-veneer restorations for management of defective enamel in pediatric patients. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(5):1499. doi.org/10.3390/children9091365.
4. Fernández León J, Cerdán Gómez F, Estrela Sanchis MF, Yus- te Bielsa S, Traver Ferrando C, Gatón Hernández P, Saavedra Marbán G, Ribas Pérez D. Relación de la hipomineralización de los segundos molares temporales con el síndrome molar-incisivo (HIM): Revisión Sistemática. *Odontol Pediatr* 2024;32(2):125-135
5. McCarra C, Olegário IC, O'Connell AC, Leith R. Prevalence of hypomineralised second primary molars (HSPM): a systematic review and meta-analysis. *Int J Paediatr Dent*. 2022;32(3):367-382. doi:10.1111/ipd.12892.
6. Rizo AC. Carillas oclusales directas "table tops": una alternativa estética en la restauración de molares primarios. *Rev AMOP*. 2025;19(1):20-27.
7. Tenecela Yuqui HR, Calle Prado MD. Hipomineralización del segundo molar primario (HSPM): revisión de literatura. *Rev Cient Univ Odontol Dominic*. 2021;9(1):1-8.

RESTAURACIÓN ESTÉTICA MÍNIMAMENTE INVASIVA EN PACIENTE CON DENTICIÓN MIXTA TARDÍA CON HMI

MINIMALLY INVASIVE AESTHETIC RESTORATION IN A PATIENT WITH LATE MIXED DENTITION WITH MIH

Herver Cruz Nancy Carolina,¹ Herrera Campos Ingrid Paola,¹ Gómez Fernández Fernando,¹
Graillet Mora Olivier,¹ Rodríguez López Diana María.^{1*}

1. Universidad Veracruzana. Maestría en Odontología Infantil de la Universidad Veracruzana.
Lomas del Estadio s/n, C.P. 91000, Xalapa, Veracruz, México.

Resumen

Introducción: La Hipomineralización Molar Incisivo (HMI) es una alteración del desarrollo del esmalte; afecta incisivos y molares permanentes. Clínicamente observada como opacidades demarcadas en esmalte, que van de color blanquecino a ámbar o marrón, presentan mayor fragilidad, siendo propensos a fracturas, así como sensibilidad incrementada a estímulos térmicos y mecánicos. Según su grado de afectación se clasifica en leve, moderada y grave. La incidencia reportada en México fue de 371 243 personas en 2016. Las resinas infiltrantes como tratamiento estético para la eliminación de opacidades ofrecen una alternativa mínimamente invasiva de abordaje.

Reporte de caso: Paciente masculino de 8 años 8 meses sin antecedentes patológicos relevantes, presenta opacidades blanquecinas demarcadas en incisivos superiores anteriores permanentes. Se trataron mediante un abordaje mínimamente invasivo, con resina infiltrante en un paciente con dentición mixta tardía, utilizando resina infiltrante Icon Vestibular de la marca DMG, obteniendo un resultado favorable en cuanto a la estética buscada.

Conclusiones: El abordaje mínimamente invasivo provee una alternativa restaurativa amigable con el paciente pediátrico, minimizando tiempos de trabajo y experiencias desagradables.

Palabras clave: dentición mixta, hipomineralización molar incisivo (HMI), mínima invasión, resina infiltrante.

Introducción

La Hipomineralización Molar Incisivo (HMI) es un defecto en el desarrollo del esmalte muy común. En 2001, Weerheijm y colaboradores definieron a la terminología de Hipomineralización Molar Incisivo (HMI) como un defecto cualitativo del esmalte, de etiología desconocida, que afecta particularmente a los pri-

Abstract

Introduction: Molar incisor hypomineralization (MIH) is a developmental enamel disorder affecting permanent incisors and molars. Clinically, it presents as demarcated enamel opacities ranging from whitish to brown, with increased fragility and sensitivity. Based on severity, it is classified as mild, moderate, or severe. Resin infiltration offers a minimally invasive esthetic treatment option.

Case Report: An 8-year-8-month-old male patient with no relevant medical history presented with whitish opacities on permanent maxillary incisors. Treatment was performed using infiltrative resin (Icon®, DMG) in late mixed dentition. A favorable esthetic result was achieved.

Conclusion: The minimally invasive approach provides a restorative alternative that is patient-friendly, reduces chair time, and improves esthetics.

Keywords: Mixed dentition; molar incisor hypomineralization (MIH); minimally invasive; resin infiltration.

Fecha de recepción: 3 de febrero de 2026

Fecha de aceptación: 12 de julio de 2026

*Envío de correspondencia: diarodriguez@uv.mx

meros molares permanentes y ocasionalmente a los incisivos permanentes. Clínicamente se observan opacidades de color blanquecino, ámbar o marrón, debido a una deficiencia en la calcificación inicial o durante la maduración de odontoblastos.¹

Las características clínicas que se observan en este defecto cualitativo se presentan en uno o más de los primeros mo-

lares permanentes, las opacidades son asimétricas y pueden variar en cuanto a extensión y severidad, usualmente ubicadas en el tercio medio e incisal u oclusal del órgano dentario afectado.

Las opacidades de color ámbar y marrón están más predisuestas a presentar una superficie más porosa, tratándose así de una lesión más profunda, a diferencia de las opacidades blanquecinas, que se limitan únicamente al interior del esmalte. En un paciente podemos encontrar diversos grados de severidad de las lesiones, por esto, la clasificación se realiza por cada órgano dentario afectado y cada uno recibirá un tratamiento restaurador acorde a la severidad de la lesión.²

La sintomatología es variada, dependiendo específicamente del grado que presente la lesión. Según la clasificación de Mathu – Muju & Wright del 2006,³ la divide en tres grados en los que puede presentarse la HMI:

- Ligera, con opacidades limitadas en primeros molares permanentes en áreas libres de estrés masticatorio. No hay fracturas del esmalte en áreas opacas ni hipersensibilidad o lesiones cariosas asociadas.
- Moderada, con opacidades en caras oclusales y tercios incisales, sin ruptura del esmalte. Sensibilidad aumentada.
- Grave, la ruptura del esmalte ocurre en el momento de la erupción, sensibilidad aumentada, las lesiones de caries pueden ser extensas, porque están relacionadas con el esmalte afectado, puede existir compromiso pulpar.

Recientemente, se desarrolló el concepto Würzburg⁴ en la Conferencia de Primavera de la Sociedad Alemana de Odontología Pediátrica de 2016, en el cual se incluye un índice enfocado en la necesidad de tratamiento dependiendo de la severidad del defecto, que lleva como nombre el MIH-Treatment Need Index.

La clasificación según el índice MIH-TNI se basa en no solo la evaluación del estado de los tejidos dentales, sino

también en la presencia de hipersensibilidad, dividiendo en 4 grupos principales la gravedad del defecto. (Tabla 1).

Tabla 1. Índice de Tratamiento Necesitado para HMI (MIH-TNI)

Índice	Definición
Índice 0	No HMI, clínicamente sano
Índice 1	HMI: sin fractura del esmalte, sin hipersensibilidad
Índice 2	HMI: con fractura del esmalte, sin hipersensibilidad
2a	Extensión del defecto <1/3
2b	Extensión del defecto ≥ 1/3 a <2/3
2c	Extensión del defecto ≥ 2/3 O/y defecto cerca de la pulpa dental O extracción O restauración atípica
Índice 3	HMI: sin fractura del esmalte, con hipersensibilidad.
Índice 4	HMI: con fractura del esmalte, con hipersensibilidad
4a	Extensión del defecto <1/3
4b	Extensión del defecto ≥ 1/3 a <2/3
4c	Extensión del defecto ≥ 2/3 O/y defecto cerca de la pulpa O extracción O restauración atípica

Se han propuesto diversos abordajes dependiendo del grado de la lesión, mostrando la evolución de los materiales restaurativos, desde el manejo con agentes remineralizantes, aclaramiento, microabrasión de la superficie, resina infiltrante y rehabilitación del órgano dentario de manera invasiva. Esto varía de acuerdo con la severidad de la lesión.^{4,5}

Las resinas infiltrantes representan una alternativa mínimamente invasiva en la atención restaurativa de este defecto, ya que pueden realizarse en tiempos más cortos, no hay necesidad de retirar la lesión con turbina y el aislamiento puede llevarse a cabo sin necesidad de anestésico local.

Reporte del caso

Masculino de 8 años y 8 meses acude a la consulta dental de primera vez en la Maestría en Odontología Infantil de la Universidad Veracruzana, en la ciudad de Xalapa, Veracruz. El motivo de consulta es la irregularidad en el tono de la corona de los incisivos superiores permanentes con opacidades blanquecinas demarcadas (Fig. 1), así como la presencia de lesiones cariosas de diferentes grados, presentes en diversas zonas de la cavidad oral. Como antecedentes heredofamiliares, la abuela materna padece Diabetes mellitus tipo II, está bajo control médico. No menciona antecedentes patológicos personales de relevancia. Dentro de sus antecedentes personales no patológicos se destaca el inicio del aseo de la cavidad oral al mismo



Fig. 1. Opacidades demarcadas en incisivos superiores permanentes.

tiempo que la erupción de sus molares deciduos, así como el cepillado dental que es realizado dos veces al día por el mismo paciente.

Su consumo de azúcares es elevado, sin embargo, la madre refiere que su dieta es variada y consume una amplia gama de alimentos de todos los grupos. A la exploración intraoral se observan opacidades blanquecinas demarcadas en los incisivos superiores permanentes, ubicadas en su mayoría en el tercio medio e incisal de la cara vestibular, no refiere sintomatología dolorosa al cambio de temperaturas ni estímulos con aire o mecánicos.

También presenta opacidades blanquecinas en cúspides de primeros molares permanentes, asintomáticas y no cavitadas a la exploración con la sonda de punta roma. Presencia de lesiones cariosas a diferentes grados según ICDAS en órganos dentarios 53, 55, 75 y 74, las mucosas no presentan datos de lesiones. (Fig. 2).



Fig. 2. Fotografías iniciales

Se diagnosticó Hipomineralización Molar Incisivo (HMI) leve según la clasificación de Mathu - Muju & Wright, con respecto al Índice MIH-TNI se clasificó dentro del Índice I, debido a las cualidades clínicas observadas y los criterios de diagnóstico, ya que no había presencia de fracturas de esmalte ni hipersensibilidad a los estímulos térmicos o de aire. Debido a la edad del paciente, la cooperación mostrada en citas anteriores y la ubicación de las anomalías en el esmalte, se optó por llevar a cabo un tratamiento mínimamente invasivo para la eliminación de las opacidades generadas por el defecto, utilizando resinas infiltrantes marca Icon Vestibular de la casa comercial DMG.

El protocolo de trabajo (Fig. 3) se llevó a cabo siguiendo las indicaciones del fabricante, se realizó aislamiento absoluto de los OD 12, 11, 21 y 22, sin necesidad de infiltrar anestésico, utilizando hilo dental encerado retractor para sujetar el margen cervical de los órganos dentarios a través del dique de hule. Posteriormente, se realizó la eliminación de biofilm dental de las superficies vestibulares de dichos órganos con ayuda de un cepillo de profilaxis sin agentes químicos. Seguido de la aplicación de Icon Etch (ácido clorhídrico al 15 %), este se aplicó durante 2 minutos, frotándolo de manera activa contra las superficies, después, se enjuagó el ácido con agua libre de aceite, para ser secado con aire libre de agua.

Se continúa por aplicar Icon Dry (etanol), se deja por 30 segundos para realizar la inspección visual y evaluar la desaparición de opacidades, se secó con aire libre de agua, para continuar a la aplicación de Icon Infiltrant sobre la superficie vestibular, esto con la luz de la unidad apagada, después de dejar el material 30 segundos sobre la superficie, se dispersó el material con aire libre de agua, se pasó hilo dental entre los espacios interproximales y se fotocuró por 40 segundos sobre cada uno de los órganos dentarios.

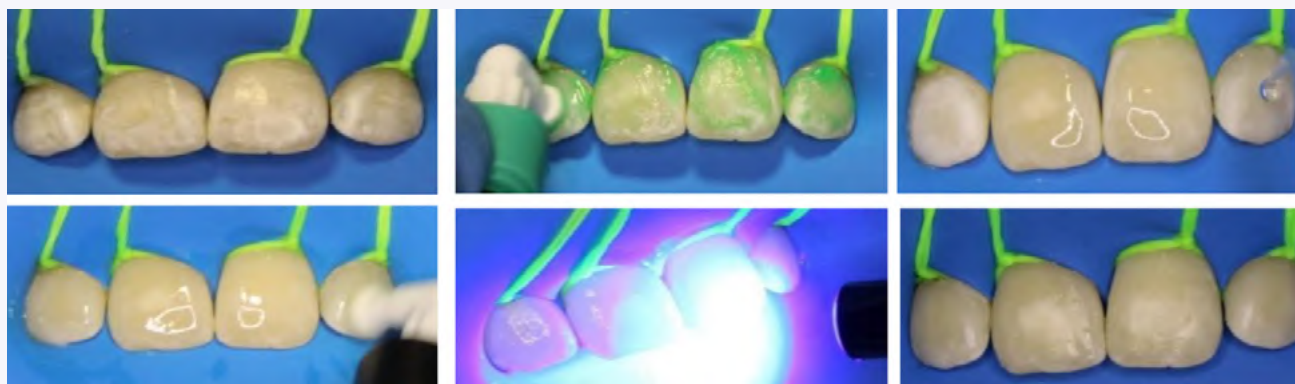


Fig. 3. Secuencia de uso de Icon Vestibular.

El resultado inmediato (Fig. 4) demostró una disminución considerable de dichas opacidades demarcadas. Se verificó uniformidad en la aplicación de la resina sobre la superficie vestibular. No se realizó pulido dental, pues se consideró innecesario debido a la aplicación adecuada del material, no se encontraron irregularidades sobre la cara vestibular.

Posteriormente, se continuó con el tratamiento rehabilitador integral, integrando selladores de fosetas y fisuras, tratamientos pulpares, colocación de corona de acero-cromo en sector posterior, extracciones y corona de resina con funda celuloide en canino superior deciduo derecho, por lo que el paciente se mantuvo en observación a lo largo de 7 semanas más, observando un desvanecimiento mayor de las opacidades. (Fig. 5).



Fig. 4. Resultado inmediato



Fig. 5. Resultado 7 semanas después

Discusión

El abordaje restaurativo de las opacidades en incisivos causadas por Hipomineralización Molar Incisivo (HMI) mediante el uso de resinas infiltrantes, demuestra ser una alternativa aceptable para su uso con pacientes pediátricos, dado que se demostró realizar el tratamiento en un tiempo más corto que el que se utiliza cuando se aborda de manera convencional retirando las opacidades con turbina, por esto, al mismo tiempo resulta mínimamente invasivo. De acuerdo con Lygidakis *et al.*, la intervención de las opacidades características de una clasificación leve de Hipomi-

neralización Molar Incisivo, se lleva a cabo por medio de un abordaje microinvasivo, haciendo uso de blanqueamientos o microabrasiones de la superficie, así como el uso de resinas infiltrantes.

El mismo abordaje propone el Índice de Necesidad de Tratamiento para HMI. El uso de otros agentes microabrasivos como el ácido clorhídrico al 21 %, conocido por su nombre comercial Antivet de la casa comercial MDC, es una alternativa viable para los casos de HMI leve, ya que, se busca la eliminación únicamente de las opacidades, aunque se ha descrito en su mayoría para la eliminación de pigmentaciones por fluorosis o agentes químicos pigmentantes como

lo son el tabaco, el café o el vino, sin embargo, se realiza únicamente la microabrasión del tejido, sin realizar la infiltración de resina de baja viscosidad.

Al comparar los resultados obtenidos en los casos reportados en pacientes en edad mixta tardía en el Manual de Hipomineralización Molar Incisivo de Lygidakis, con los resultados de este caso reportado, encontramos una similitud significativa, corroborando que el uso de técnicas de mínima invasión en defectos cualitativos del esmalte es posiblemente la mejor de las alternativas en cuanto a la estética se refiere.

Conclusión

La Hipomineralización Molar Incisivo (HMI) es un defecto del esmalte que, gracias a su clasificación y definición podemos llevar a cabo tratamientos que ayuden a la mejoría de la estructura dental de los órganos afectados, siendo los tratamientos de elección para hipomineralizaciones leves el abordaje mínimamente invasivo, cuidando no dañar aún más la superficie dental ni retirar tejido sano. Gracias a este tratamiento se pudo devolver la estética de los incisivos superiores permanentes, factor que es destacable para fortalecer la autoestima del paciente.

Referencias

1. Weerheijm KL, Duggal MS, Mejáre I, Papagiannoulis L. Judgement criteria for molar incisor hypomineralization (MIH) in epidemiologic studies: a summary of the European meeting on MIH held in Athens. 2003. Eur J Paediatr Dent. 2003;4(3):110-113.
2. Lygidakis, N.A., Garot, E., Somani, C. et al. Best clinical practice guidance for clinicians dealing with children presenting with molar-incisor-hypomineralisation (MIH): an updated European Academy of Paediatric Dentistry policy document. Eur Arch Paediatr Dent 2022;23,3–21. doi.org/10.1007/s40368-021-00668-5.
3. Mathu-Muju K, Wright JT. Diagnosis and treatment of molar incisor hypomineralization. Compend Contin Educ Dent. 2006;27(11):604-611.
4. Ferreira L, Paiva E, Ríos H, Boj JR, Espasa E, Planells P. Hipomineralización incisivo molar: su importancia en Odontopediatría. Odontología Pediátrica. 2005;54(13.2):54–59.
5. American Academy of Pediatric Dentistry. Molar-incisor hypomineralization. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2024:444-51.

DESPLAZAMIENTO DISCAL Y OSTEOARTROSIS DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR EN UNA PACIENTE PEDIÁTRICA: REPORTE DE UN CASO

DISC DISPLACEMENT AND OSTEOARTHRITIS OF THE TEMPOROMANDIBULAR JOINT IN A PEDIATRIC PATIENT: A CASE REPORT

Páez Rafael Gustavo.^{1*}

1. Departamento de Odontología Preventiva. Facultad de Odontología
Universidad Nacional de Tucumán, Argentina.

Resumen

Introducción: Los desórdenes temporomandibulares pueden presentarse en la población pediátrica, aunque suelen ser subdiagnosticados. El desplazamiento discal sin reducción y la osteoartritis de la articulación temporomandibular constituyen entidades clínicamente relevantes en pacientes pediátricos, con potencial impacto sobre la función mandibular y el crecimiento craneofacial.

Reporte del caso: Paciente de 10 años que consulta por dolor facial y limitación de la apertura bucal. El examen clínico evidenció dolor articular y muscular, deflexión mandibular y apertura bucal limitada. La resonancia magnética mostró desplazamiento discal anterior sin reducción y cambios degenerativos compatibles con osteoartritis en la ATM derecha. Se instauró un abordaje terapéutico conservador basado en la evidencia, con evolución favorable, disminución del dolor y recuperación progresiva de la apertura bucal.

Conclusión: El diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno permiten una evolución clínica favorable y pueden prevenir alteraciones del crecimiento craneofacial.

Palabras clave: Desórdenes temporomandibulares en niños, osteoartritis de ATM, desplazamiento discal.

Abstract

Introduction: Temporomandibular disorders may occur in the pediatric population, although they are often underdiagnosed. Disc displacement without reduction and osteoarthritis of the temporomandibular joint are clinically relevant entities in pediatric patients, with potential impact on mandibular function and craniofacial growth.

Case Report: A 10-year-old female patient presented with facial pain and limited mouth opening. Clinical examination revealed joint and muscle pain, mandibular deflection, and restricted mouth opening. Magnetic resonance imaging demonstrated anterior disc displacement without reduction and degenerative changes consistent with osteoarthritis of the right temporomandibular joint. A conservative therapeutic approach was implemented, resulting in pain reduction and progressive recovery of mouth opening.

Conclusion: Early diagnosis and timely treatment allow for favorable clinical outcomes and may prevent alterations in craniofacial growth.

Keywords: Temporomandibular disorders in children; TMJ osteoarthritis; disc displacement.

Fecha de recepción: 11 de febrero de 2026

Fecha de aceptación: 12 de mayo de 2026

*Envío de correspondencia: ragupa1@yahoo.com.ar

Introducción

La Academia Americana de Dolor Orofacial define a los Desórdenes Temporomandibulares (DTM) como un conjunto de condiciones clínicas que involucran a las articulaciones temporomandibulares (ATM), la musculatura masticatoria y las estructuras asociadas. Clínicamente, los DTM pueden manifestarse con dolor orofacial, ruidos articulares, limitaciones o alteraciones en la dinámica mandibular, bloqueos articulares,

cefaleas y sintomatología otológica, entre otros signos y síntomas.¹

En la población pediátrica, la prevalencia de signos y síntomas de DTM muestra una amplia variabilidad en estudios poblacionales. Wahlund y colaboradores² informaron una prevalencia de DTM del 7 % en niños y adolescentes, mientras que otros autores observaron una prevalencia de dolor asociado a DTM del 4,2 % en una población de jóvenes entre 12 y 19 años, con mayor afectación en el sexo femenino.^{3,4}

Dentro de las patologías que afectan a las ATM se encuentra la osteoartrosis (OA), definida por los Criterios Diagnósticos para los Trastornos Temporomandibulares (DC/TMD) como un trastorno degenerativo caracterizado por el deterioro del tejido articular acompañado de cambios óseos en el cóndilo mandibular y/o la eminencia articular.⁵

Si bien la OA se asocia clásicamente a articulaciones de pacientes adultos, diversos estudios han demostrado que también puede presentarse en niños y adolescentes, con potencial impacto sobre el crecimiento y desarrollo craneofacial.⁶

La etiología de la OA de la ATM en pacientes pediátricos no se encuentra completamente dilucidada; sin embargo, se

ha sugerido que factores hormonales, particularmente las hormonas sexuales femeninas y de crecimiento, podrían desempeñar un rol relevante en su mayor prevalencia en niñas y adolescentes.⁷

La presencia simultánea de desplazamiento discal sin reducción y osteoartrosis en pacientes pediátricos es poco reportada en la literatura, especialmente cuando se confirma mediante resonancia magnética.

El objetivo del presente trabajo es describir un caso clínico de una paciente pediátrica con desplazamiento discal sin reducción asociado a osteoartrosis de la ATM, destacando los hallazgos clínicos e imagenológicos, así como el abordaje terapéutico conservador basado en la evidencia.

Reporte del caso

Paciente femenina de 10 años. Motivo de consulta: dolor y limitación de apertura bucal.

Se obtuvo el consentimiento informado de los padres de la paciente para la publicación del caso y las imágenes clínicas. Se garantizó la confidencialidad de los datos personales de acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki.

Historia. Los padres de la paciente refieren un episodio abrupto de bloqueo mandibular en cierre y dolor intenso en zona preauricular derecha, ocurrido hace una semana. Al momento del examen, el dolor es de baja intensidad en reposo (grado 2 del EVA), pero que aumenta considerablemente al tratar de abrir la boca y al masticar, especialmente al masticar en el lado izquierdo. Imposibilidad para realizar la higiene oral por la limitación de la apertura.

La paciente relata que antes del episodio actual, sentía ruidos (chasquidos) articulares en lado derecho, pero no se acuerda exactamente desde hace cuánto tiempo. En los últimos 6 meses, tuvo algunos episodios de traba cerrada intermitente, fugaces, que la paciente podía autoreducir realizando movimientos mandibulares y luego abriendo la boca hasta sentir el ruido articular. Sin historia de traumatismos. La mamá relata que la escucha bruxar durante el sueño desde hace años.

Historia médica.

Paciente alérgica, con rinitis crónica.

Sin historia de adenoidectomía ni amigdalectomía.

Respiradora bucal.

Examen extraoral.

El examen clínico de la paciente se realizó siguiendo el protocolo de examinación y registro propuesto por el DC/TMD.⁵ (Fig. 1) No presentaba asimetría facial marcada.



Fig. 1.

a) Paciente pediátrica femenina. **b)** La paciente señala la zona de dolor.

Movimientos mandibulares: Apertura 27 mm con dolor en zona de ATM derecha. Lateralidad hacia la izquierda, 5 mm; hacia la derecha, 9 mm. (Fig. 2).

En apertura, deflexión mandibular hacia la derecha.

No se palpan o escuchan ruidos articulares a ese nivel de apertura.

La palpación de las ATM revela dolor en polo externo del cóndilo de ATM derecha. ATM izquierda, sin dolor espontáneo ni a la palpación.

A la palpación muscular, dolor en músculos masetero y temporal derechos. Los otros músculos masticadores sin dolor.

Examen intraoral

Estado dentario y gingival dentro de los límites de normalidad. Casi toda la dentición permanente, solamente el elemento 53 presente en boca.

Clase II dentaria, leve.

Exámenes complementarios.

La radiografía panorámica (Fig. 3) muestra ligera asimetría condilar, con el cóndilo derecho levemente más corto, pero llama la atención un aplanamiento en la cabeza del cóndilo. En ese momento, el elemento 23 estaba por erupcionar y el 63 todavía estaba en boca.

De acuerdo con el relato de la paciente y su madre, al haber historia de ruidos articulares, probablemente estemos frente a un desplazamiento discal sin reducción. Se solicita una resonancia magnética de ATM con boca cerrada y máxima apertura posible.



Fig. 2. Apertura bucal limitada (27 mm) indicando una traba cerrada.



Fig. 3. Radiografía panorámica donde se observa asimetría condilar.

La resonancia magnética muestra:

En ATM derecha: en boca cerrada, el cóndilo centrado en la fosa, una imagen de proceso degenerativo tipo erosivo en superficie superior del cóndilo. El disco desplazado anteriormente constituyendo una **luxación anterior**. En boca abierta, el cóndilo se traslada parcialmente, llegando a un 40 % de su recorrido. El disco permanece ubicado por delante del cóndilo, lo que constituye un **desplazamiento discal anterior sin reducción**. (Fig. 4).

Asimismo, se evidencian cambios degenerativos compatibles con **osteoartrosis (OA)** en la cabeza del cóndilo mandibular.

En ATM izquierda: en boca cerrada, el cóndilo se ubica centrado en la fosa. Con integridad morfológica. El disco se ubica en su lugar. En boca abierta, el cóndilo se traslada un 70 % de su recorrido. El disco se encuentra interpuesto entre el cóndilo y la eminencia articular lo que significa una posición normal. (Fig. 5).

Diagnóstico Definitivo: Desplazamiento discal sin reducción y osteoartrosis en ATM derecha.

Tratamiento basado en la evidencia

Según la evidencia, el tratamiento de primera línea para los DDSR es el tratamiento conservador, que incluye una o más de las siguientes modalidades: farmacoterapia, terapia con placas, fisioterapia, terapia láser de baja intensidad (LLLT) y terapia psicológica (terapia conductual y educativa), autocuidado y ejercicios en casa.^{8,9}

En esta paciente pediátrica, se deben considerar dos líneas de tratamiento, una enfocada a la reducción del dolor y la segunda dirigida a mejorar la capacidad de apertura bucal (función).

En la primera consulta se indicó:

- Educación a los padres y a la paciente con respecto al cuadro de situación clínica.
- Autocuidado: restricción de movimientos dentro de los límites de dolor, minimizar el contacto dentario, “labios juntos y dientes separados”, dieta blanda, masticación lenta, bocados pequeños.
- Calor húmedo durante 15 minutos, aplicado en el músculo masetero derecho. Tres veces al día.
- Automasaje suave en masetero con agregado de una pomada antiinflamatoria (con diclofenaco) de manera tópica durante 5 minutos, 3 veces al día.
- Antiinflamatorio por vía oral (Ibuprofeno) por una semana.

En la segunda consulta, a los 10 días, la paciente se encontraba con menos dolor, y mejor rango de dinámica mandibular: apertura 35 mm con menos dolor en zona de ATM derecha. Lateralidad hacia la izquierda, 8 mm; hacia la derecha, 10 mm.

Debido a que es una paciente en crecimiento de sus arca-

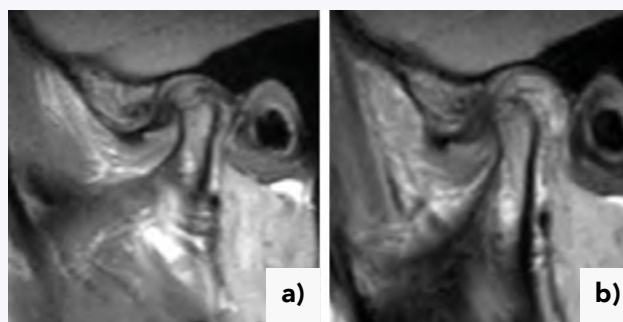


Fig. 4. Resonancia magnética de ATM derecha.

a) Boca cerrada, puede observarse el desplazamiento discal y el proceso degenerativo. **b)** ATM derecha boca máxima apertura (DDSR).

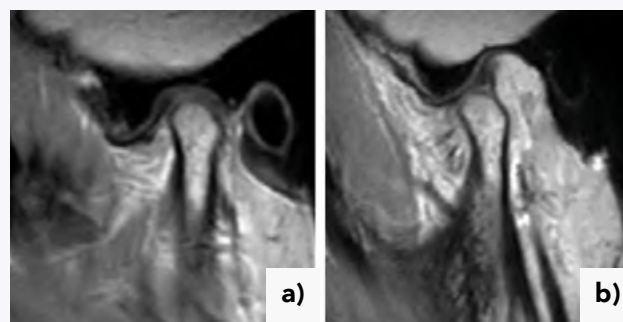


Fig. 5. Resonancia magnética de ATM izquierda.

a) Boca cerrada disco correctamente posicionado. **b)** Boca abierta, normalidad articular.



Fig. 6. Aparato de ortopedia funcional (Klammt)

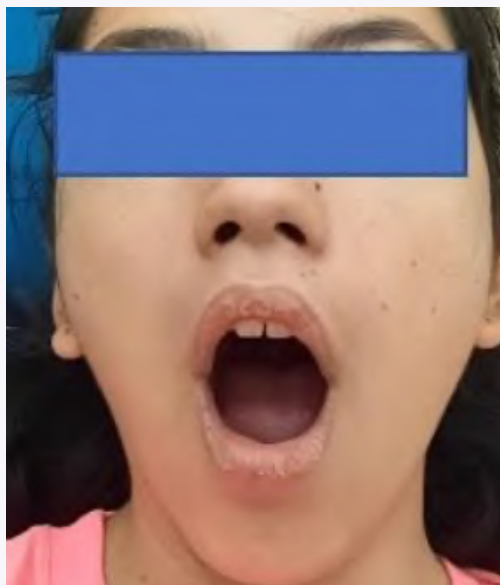


Fig. 7. Recuperación del rango de apertura bucal, sin dolor.

das, se confecciona un aparato de ortopedia funcional (Klammt), que cumplirá la función de aparato de ortopedia (por la clase II), y, además, brindará los beneficios de una placa de relajación en un adulto. (Fig. 6).

- Ahora que el dolor es menor, se deriva a fisioterapia facial (stretching muscular). Una sesión por semana.
- Se indica movilización mandibular suave, con la intención de aumentar gradualmente la movilidad condilar y el rango de apertura bucal.

Al mes, la paciente se presenta sin dolor muscular ni articular. Su apertura es de 38 mm. Lateralidad a la izquierda 9 mm y a la derecha 10 mm. (Fig. 7). Se indica que siga con la terapia física y los ejercicios hasta la próxima cita en un mes.

En la última consulta de control, la paciente se encuentra cómoda con la dinámica y la función mandibular normal, sin ruidos ni dolores. Se sugiere seguir usando el aparato como parte de un tratamiento puramente de ortopedia funcional. Las citas continuarán con la frecuencia de un tratamiento de ortopedia.

Discusión

Los trastornos internos de la ATM son menos frecuentes en la población pediátrica que en adultos, aunque su prevalencia puede aumentar durante la adolescencia, especialmente en el sexo femenino.

El motivo de consulta de esta niña fue el dolor y la limitación de apertura bucal. Ambos problemas causados por el desplazamiento discal sin reducción.

La información recopilada en la anamnesis de esta niña, revela que la paciente había tenido ruidos articulares, luego ruidos más trabas intermitentes, y actualmente se presenta sin ruidos, pero con la función mandibular disminuida. Estos hallazgos son compatibles con la evolución natural del trastorno interno articular, que progresa desde un Desplazamiento discal CON reducción hacia un Desplazamiento discal SIN reducción.

Además, se observa un dolor miofascial en los músculos masetero y temporal derechos como respuesta al dolor articular (Ley de Hilton) y al bruxismo presente en la paciente. Los desplazamientos del disco de la ATM son trastornos biomecánicos que afectan al complejo cóndilo-disco articular. En el desplazamiento anterior del disco sin reducción (DDSR), el ligamento retrodiscal pierde su elasticidad, lo que se acompaña de cambios en la forma y la posición del disco articular.¹⁰ Estos cambios pueden estar relacionados con la aparición de degeneración ósea de la ATM (OA) y causar alteración funcional.¹¹

La osteoartritis (OA) es una enfermedad degenerativa que se caracteriza por la degradación progresiva del cartílago, la remodelación del hueso subcondral, sinovitis y dolor crónico.¹² Aunque la etiología de la osteoartritis de la ATM es compleja y multifactorial, Wang y col, enumeran los mecanismos que participan en la patogénesis de la enfermedad: Inflamación, apoptosis de condrocitos, enzimas catabólicas, factores genéticos, hormonas y excesivo estrés mecánico.¹³

La importancia de esta afección es que está demostrado que un proceso degenerativo (OA) en un paciente en crecimiento, podría afectar el normal desarrollo de ese cóndilo, con la posibilidad de generar una asimetría facial si el problema es unilateral, o una posición mandibular retruida (clase II esquelética) si el proceso se instala en ambas ATM.^{7,9}

A pesar de la existencia de un diverso arsenal de tratamientos conservadores y mínimamente invasivos, todavía no existe consenso sobre cuáles son los mejores tratamientos para cada Trastorno Temporomandibular.¹⁴

En este caso, y de acuerdo con Al-Moraissi, se implementó para el DDSR un tratamiento conservador, que incluyó: farmacoterapia, fisioterapia, terapia de asesoramiento (terapia conductual y educación, así como autocuidado y ejercicios domiciliarios), además del tratamiento con un aparato de ortopedia funcional.¹⁵

Para el control de la OA, el único mecanismo fisiopatológico-

co que podemos manejar como odontólogos es el excesivo estrés mecánico, ya que los demás factores determinantes enunciados por Wang son inherentes a la biología del individuo. En ese sentido, está demostrado que uno de los mecanismos de acción de un dispositivo oclusal es la disminución de la sobrecarga (estrés mecánico) a nivel de las ATM.

Aunque las férulas oclusales están altamente recomendadas en adultos, su uso en niños es controvertido y requiere un seguimiento estrecho debido a la fase de crecimiento craneofacial y cronología de erupción dentaria.¹⁶

Por lo tanto, en esta paciente se utilizó un aparato de ortopedia funcional con el fin de proteger las piezas dentarias, permitir movimientos ortopédicos y generar una disminución de la presión interna articular. Esta estrategia es utilizada por varios autores quienes indican que este tipo de

aparatología es apropiada y efectiva en pacientes pediátricos con osteoartrosis en sus ATM.^{17,19}

Conclusión

Este caso resalta la importancia de un diagnóstico temprano, sustentado en la correlación clínico-imagenológica, para instaurar un abordaje terapéutico conservador basado en la evidencia, con una evolución clínica favorable. En pacientes en crecimiento, el tratamiento oportuno de las alteraciones articulares resulta fundamental para preservar la función mandibular y minimizar el riesgo de alteraciones en el desarrollo craneofacial.

Referencias

1. American Academy of Orofacial Pain. [Internet]. [Citado 6 de abril 2023]. Disponible en: <https://aaop.org>
2. Wahlund K, List T, Dworkin SF. Temporomandibular disorders in children and adolescents: reliability of a questionnaire, clinical examination, and diagnosis. *J Orofac Pain*. 1998;12(1):42-51.
3. Dias IM, Cordeiro PC, Devito KL, Tavares ML, Leite IC, Tesch Rde S. Evaluation of temporomandibular joint disc displacement as a risk factor for osteoarthritis. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2016;45(3):313-7. doi: 10.1016/j.ijom.2015.09.016.
4. Nilsson IM. Reliability, validity, incidence and impact of temporomandibular pain disorders in adolescents. *Swed Dent J Suppl*. 2007;(183):7-86.
5. Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, Look J, Anderson G, Goulet JP et al; International RDC/TMD Consortium Network, International association for Dental Research; Orofacial Pain Special Interest Group, International Association for the Study of Pain. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network* and Orofacial Pain Special Interest Group†. *J Oral Facial Pain Headache*. 2014;28(1):6-27. doi: 10.11607/jop.1151.
6. Lei J, Han J, Liu M, Zhang Y, Yap AU, Fu KY. Degenerative temporomandibular joint changes associated with recent-onset disc displacement without reduction in adolescents and young adults. *J Craniomaxillofac Surg*. 2017;45(3):408-413. doi: 10.1016/j.jcms.2016.12.017.
7. Hong SW, Lee JK, Kang JH. Skeletal maturation and predicted adult height in adolescents with temporomandibular joint osteoarthritis. *J Oral Rehabil*. 2019;46(6):541-548. doi: 10.1111/joor.12780.
8. Nah KS. Condylar bony changes in patients with temporomandibular disorders: a CBCT study. *Imaging Sci Dent*. 2012;42(4):249-53. doi: 10.5624/isd.2012.42.4.249.
9. Kang JH, Yang IH, Hyun HK, Lee JY. Dental and skeletal maturation in female adolescents with temporomandibular joint osteoarthritis. *J Oral Rehabil*. 2017;44(11):879-888. doi: 10.1111/joor.12547.
10. Lomas J, Gurgenci T, Jackson C, et al. Temporomandibular dysfunction. *Aust J Gen Pract*. 2018;47(4):212-215. doi: 10.31128/AFP-10-17-4375.
11. Cortés D, Exss E, Marholz C, Millas R, Moncada G. Association between disk position and degenerative bone changes of the temporomandibular joints: an imaging study in subjects with TMD. *Cranio*. 2011;29(2):117-26. doi: 10.1179/crn.2011.020.
12. Zarb GA, Carlsson GE. Temporomandibular disorders: osteoarthritis. *J Orofac Pain*. 1999;13(4):295-306.
13. Wang XD, Zhang JN, Gan YH, Zhou YH. Current understanding of pathogenesis and treatment of TMJ osteoarthritis. *J Dent Res*. 2015;94(5):666-73. doi: 10.1177/0022034515574770.
14. Al-Moraissi EA, Wolford LM, Ellis E 3rd, Neff A. The hierarchy of different treatments for arthrogenous temporomandibular disorders: A network meta-analysis of randomized clinical trials. *J Craniomaxillofac Surg*. 2020;48(1):9-23. doi: 10.1016/j.jcms.2019.10.004.
15. Al-Moraissi EA, Al-Otaibi K, Almaweri AA, Bastos RM, Haas Junior OL, Amran AG. Treatment of painful temporomandibular joint disc displacement without reduction: network meta-analysis of randomized clinical trials. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2024;53(7):584-595. doi: 10.1016/j.ijom.2024.02.004.
16. Senff J, Bonotto DV, Hilgenberg-Sydney PB, Sebastiani A, Scariot R, Oda LY. Childhood and Adolescents Sleep Bruxism Treatment: A Systematic Review. *Sleep Sci*. 2023;16(3):e344-e353. doi: 10.1055/s-0043-1772826.
17. Bellerive A, Montpetit A, El-Khatib H, Carra MC, Remise C, Desplats E, Huynh N. The effect of rapid palatal expansion on sleep bruxism in children. *Sleep Breath*. 2015;19(4):1265-71. doi: 10.1007/s11325-015-1156-4.
18. Von Bremen J, Ruf S. Orthodontic and dentofacial orthopedic management of juvenile idiopathic arthritis: a systematic review of the literature. *Orthod Craniofac Res*. 2011;14(3):107-15. doi: 10.1111/j.1601-6343.2011.01514.x.
19. Rongo R, Michelotti A, Pedersen TK, Resnick CM, Stoustrup P. Management of temporomandibular joint arthritis in children and adolescents: An introduction for orthodontists. *Orthod Craniofac Res*. 2023;26 Suppl 1:151-163. doi: 10.1111/ocr.12676.

REQUISITOS FEDERALES PARA LA APERTURA DE UN CONSULTORIO DENTAL EN MÉXICO

FEDERAL REQUIREMENTS FOR OPENING A DENTAL OFFICE IN MEXICO

Álvarez Hernández Luis Alvaro,¹ Santillana Martínez Norma Patricia,² Rodríguez Chávez Jaqueline Adelina,³ Aceves González Carlos,⁴ Eduardo Enseldo Carrasco.^{4*}

1. Facultad de Estomatología, Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), Xochimilco

Calzada del Hueso 1100, Colonia Villa Quietud, Alcaldía Coyoacán, C.P. 04960, CDMX, México.

2. Facultad de Odontología, Universidad Tecnológica de México (UNITEC) Campus Marina, Ciudad de México, México

3. Departamento de Clínicas Odontológicas Integrales. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara. Salvador Quevedo y Zubieta 228, Colonia Independencia Oriente C.P. 44340 Guadalajara, Jalisco, México.

4. Centro de Investigaciones en Ergonomía, Centro Universitario de Arte, Arquitectura y Diseño (CUAAD) Universidad de Guadalajara (UDG). Calzada Independencia Norte No. 5075, Código Postal 44250 Guadalajara, Jalisco.

Resumen

Introducción: Para la apertura de un consultorio dental en México no basta con disponer de un título y cédula profesional, es necesario cumplir con el marco normativo y regulatorio del establecimiento, que exige varios requisitos fiscales, permisos sanitarios y trámites administrativos que deben cumplirse antes de iniciar las actividades profesionales y de generar honorarios. Estos requisitos son establecidos por el Servicio de Administración Tributaria (SAT), responsable de los aspectos fiscales; la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), la cual regula las condiciones sanitarias del establecimiento; y la Secretaría de Planeación, Ordenamiento Territorial y Coordinación Metropolitana (SPOTCM), encargada del uso de suelo en la Ciudad de México. Ante la diversidad de estos requisitos y trámites, es común consultar en internet o buscar orientación de otros odontólogos con experiencia en este proceso, lo que puede ocasionar confusión o incluso desinformación y contribuir a que no se realicen todos los trámites. Esto puede derivar en sanciones, suspensión o incluso en la clausura del consultorio. Por lo cual, este artículo presenta una síntesis práctica de los requisitos y trámites para la apertura de un consultorio dental, dirigida a cirujanos dentistas interesados y recién egresados. Conocerlos desde el inicio no solo previene problemas legales, sino que también establece las condiciones para ofrecer servicios odontológicos con estándares de calidad y seguridad. Se identifican los requisitos de competencia federal, así como ejemplos representativos de trámites locales correspondientes a la Ciudad de México, sujetos a variación según la entidad federativa.

Palabras clave: Consultorio dental, Regulación sanitaria, COFEPRIS, Requisitos legales y cumplimiento normativo.

Abstract

Introduction: In Mexico, possessing a degree and a professional license is not sufficient to establish a dental practice. Compliance with the regulatory framework is necessary, requiring fiscal obligations, health permits, and administrative procedures before starting professional activities. These requirements are established by the Tax Administration Service (SAT), which oversees fiscal obligations; the Federal Commission for the Protection against Sanitary Risks (COFEPRIS), which regulates sanitary conditions; and the Secretariat of Planning, Territorial Ordering, and Metropolitan Coordination (SPOTCM), which is responsible for land-use authorization in Mexico City.

Due to the variety of requirements and procedures, dentists often seek guidance from colleagues or online sources, which may lead to confusion or misinformation. Failure to comply may result in penalties, suspension, or closure of the practice. This article presents a practical synthesis of the requirements and procedures for opening a dental practice, aimed at dental surgeons and recent graduates. Understanding these aspects helps prevent legal issues and ensures the provision of dental services that meet quality and safety standards.

Keywords: Dental practice; sanitary regulation; COFEPRIS; legal framework; professional compliance.

Fecha de recepción: 9 de abril de 2026

Fecha de aceptación: 21 de agosto de 2026

*Envío de correspondencia: eduardo.enseldo@gmail.com

La apertura de un consultorio dental en México no es solo una cuestión de terminar los estudios, obtener el título y la cédula profesional. Tampoco basta con la inversión destinada a la renta o a la adquisición de un inmueble y su posterior equipamiento.

Todo cirujano dentista debe conocer el marco legal que regula la profesión, incluida la regulación del inmueble. Este marco incluye leyes, reglamentos y normas de observancia obligatoria en todo el país,^{1,2} y el consultorio dental en el que se generarán honorarios también debe cumplir con varios requisitos fiscales y permisos sanitarios^{3,4} antes de iniciar cualquier actividad profesional. Conocer estos requisitos y los trámites que involucran desde el inicio evita retrasos y costos innecesarios en la apertura. Sin embargo, el reto radica en que este marco legal es vasto, utiliza terminología con la que no estamos familiarizados y exige trámites que poco conocemos de antemano. Por ello, es común consultar información al respecto en internet o buscar orientación de otros odontólogos con experiencia en este proceso, pero esta diversidad de enfoques puede ocasionarnos confusión o desinformación. Por la omisión de estas responsabilidades administrativas, el consultorio puede recibir sanciones, ser suspendido o incluso clausurado.⁵

Entre 2022 y el primer semestre de 2024, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), clausuró establecimientos de atención a la salud por irregularidades graves o la operación clandestina de estos servicios.^{2,6} Entre las causas más frecuentes de clausura de establecimientos de atención a la salud, incluidos consultorios y clínicas dentales, se encuentran la ausencia de licencia sanitaria, la falta de aviso de responsable sanitario y la falta de permisos de publicidad.⁷ Es importante precisar que, si bien el marco fiscal (SAT) y sanitario (COFEPRIS, Secretaría de Salud) descrito en este artículo es de aplicación federal y, por tanto, uniforme en todo el territorio nacional, el trámite de uso de suelo y, en algunos casos, la coordinación de avisos sanitarios con autoridades locales, dependen de la entidad federativa o el municipio donde se ubique el consultorio. Los ejemplos presentados se refieren, salvo indicación en contrario, a la Ciudad de México, por lo que se recomienda al lector verificar las disposiciones específicas de su localidad.⁷ En consecuencia, este artículo sintetiza estos requisitos normativos para la apertura de un consultorio dental en México dentro de los estándares de calidad y seguridad que la profesión exige.⁸

El título y la cédula profesional son el punto de partida para iniciar las actividades profesionales. No son el único requisito, pero sí el más básico. Esto implica que toda persona que realice actividades o procedimientos en el espacio clínico de un consultorio dental debe poseer estos documentos que acrediten sus conocimientos y competencias. Este requisito está descrito en los artículos 2.º y 3.º de la Ley Reglamentaria del Artículo 5.º Constitucional, relativa al ejercicio de las profesiones.⁹ Además, el personal clínico está sujeto a *la lex artis ad hoc*,¹⁰ principio que obliga a que todo acto odontológico, desde una restauración simple hasta una exodoncia, se ejecute conforme a los principios de la odontología basada en la evidencia, a las necesidades individuales del paciente y a la normatividad vigente. Esto con la intención de que el ejercicio profesional se desarrolle bajo estándares de calidad y seguridad del paciente.¹¹

Prestar servicios odontológicos sin título y cédula profesional no solo impide cobrar honorarios, sino que también constituye un delito sujeto a sanción penal. Esto está tipificado como *usurpación de profesión* en el Artículo 250 del Código Penal Federal.^{12,13} La vigilancia de este cumplimiento recae en el responsable sanitario, figura prevista en el artículo 18 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica,¹⁴ quien debe asegurar que el personal que preste servicios en el establecimiento cuente con la documentación académica vigente y que las condiciones sanitarias del consultorio cumplan con la normatividad aplicable. En la práctica, esta figura frecuentemente coincide con el dentista propietario del consultorio privado, aunque la normativa no restringe el cargo a esta persona. Independientemente de que el establecimiento sea un consultorio o una clínica dental, el responsable sanitario debe resguardar toda la documentación académica del equipo de trabajo que acredite su ejercicio como tal,⁹ previendo que estos documentos serán verificados por la COFEPRIS.

Normativa legal y fiscal

Una vez resueltos los requisitos académicos, solo es el primer paso. Los recién egresados se enfrentan por primera vez a los requisitos fiscales del consultorio dental, considerado un negocio que generará ingresos. Estos están establecidos por el Servicio de Administración Tributaria (SAT). Además, se debe verificar que el inmueble donde se abra el consultorio dental cuente con el uso de suelo adecuado. En la Ciudad de México, este último trámite corresponde a la Secretaría de Planeación, Ordenamiento Territorial y Coordinación Metropolitana (SPOTCM), mientras que, en

los demás estados corresponde a sus equivalentes estatales.

Servicio de Administración Tributaria (SAT)

El cumplimiento fiscal es un requisito formal para operar legalmente un consultorio o una clínica dental en México. En este contexto, el SAT es el órgano desconcentrado de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) encargado de administrar y vigilar el cumplimiento fiscal en México. Su función abarca tanto a personas físicas como a personas morales¹⁵. En el caso de un consultorio dental privado, en el que el dentista trabaja de manera independiente, se considera una persona física. Si el consultorio está constituido como una empresa o una sociedad, debe registrarse como persona moral. Esta distinción es importante, dado que determina el régimen fiscal y las obligaciones correspondientes. Por lo cual, cualquier profesional de la salud debe registrarse ante el SAT y realizar los trámites necesarios para declarar sus ingresos, emitir comprobantes fiscales y cumplir con sus obligaciones fiscales.¹⁶

Tres trámites son indispensables: la inscripción en el Registro Federal de Contribuyentes (RFC), la inscripción de nuestra actividad económica como prestación de servicios odontológicos y el trámite de la Firma Electrónica (e-firma).³ Si no se cuenta con este último elemento, no será posible la emisión de los Comprobantes Fiscales Digitales por Internet (CFDI) que exige el artículo 29 del Código Fiscal de la Federación para la comprobación de ingresos ante el SAT.¹⁷

Secretaría de Planeación, Ordenamiento Territorial y Coordinación Metropolitana

En la Ciudad de México, antes de abrir un consultorio dental, es necesario verificar que el inmueble cuente con el uso de suelo permitido para la prestación de servicios de salud. De no ser así, será necesario tramitar el uso de suelo ante la Secretaría de Planeación, Ordenamiento Territorial y Coordinación Metropolitana (SPOTCM), dependencia encargada de coordinar las políticas de planeación urbana en la capital, conforme al artículo 31 de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo y de la Administración Pública de la Ciudad de México.¹⁸

La apertura de un consultorio también requiere solicitar el Certificado Único de Uso de Suelo, que se tramita a través del portal de la SPOTCM.¹⁹ Esto requiere proporcionar información detallada del establecimiento, como su ubicación exacta, sus dimensiones y el tipo de actividad odontológica que se realizará. Este certificado es esencial, ya que confirma que el consultorio o la clínica dental puede operar legalmente en la zona seleccionada y cumple con las disposiciones urbanas vigentes.²⁰ Si el consultorio se encuentra

fuera de la Ciudad de México, la emisión de este certificado queda sujeta a la legislación de cada estado y municipio. Ejemplos de estas legislaciones son los del Estado de México,²¹ Puebla,²² Jalisco²³ y Nuevo León.²⁴

Secretaría de Salud y la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

El siguiente paso consiste en verificar que el consultorio cumpla con la normativa sanitaria vigente. La normativa establecida por la Secretaría de Salud²⁰ designa a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) como el órgano desconcentrado encargado de regular, vigilar y controlar los riesgos sanitarios relacionados con los establecimientos de atención médica, incluidos los consultorios dentales.²⁵ Sus funciones principales comprenden la identificación y evaluación de los riesgos sanitarios, la propuesta de políticas nacionales para su prevención y control, la implementación de medidas de seguridad y aplicación de sanciones en caso de incumplimiento.²⁶ En este contexto, la COFEPRIS supervisa el cumplimiento de la Ley General de Salud y de las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) pertinentes a los servicios de atención odontológica.²⁷ Por ejemplo, la NOM-005-SSA3-2018 establece los requisitos de infraestructura y las condiciones mínimas de equipamiento con que debe cumplir un consultorio dental.²⁸ Esta norma específica, además, en su Apéndice B, establece el equipamiento mínimo del consultorio dental, que comprende tanto mobiliario (unidad dental, banco giratorio, mueble para guardar expedientes clínicos) como equipo de esterilización (autoclave, compresora libre de aceite), indispensables para garantizar la asepsia y el funcionamiento de la práctica clínica. Asimismo, existe otra NOM que regula las medidas de seguridad e higiene, incluyendo el manejo adecuado de Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos (RPBI) (NOM-087-ECOL-SSA1-2002), así como la disponibilidad de protocolos y recursos para la atención de emergencias médicas.²⁹

Otros requisitos que la COFEPRIS verifica incluyen el aviso de funcionamiento y el aviso del responsable sanitario, así como la verificación de la Constancia de situación profesional.^{30,31} Se recomienda mantener disponible este documento como respaldo de la vigencia de la cédula profesional, aun cuando su exigencia no esté codificada de manera uniforme en todos los trámites de la COFEPRIS. Este documento, emitido por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública (SEP), permite verificar la validez y vigencia de los títulos y cédulas profesionales. Su objetivo es confirmar que el odontólogo cuenta con la autorización legal necesaria para ejercer su profesión. Para conceder su autorización, la COFEPRIS también requiere la presentación de documentos adicionales (Tabla 1).

Tabla 1. Requisitos para la autorización y funcionamiento de consultorios dentales ante la COFEPRIS

Requisito	Descripción
1. Documentación del personal y archivo clínico	Título y cédula profesional de licenciatura y, de ser el caso, también el título y cédula de la especialidad, visibles al público. También se deben de archivar el curriculum vitae y constancias de formación continua
2. Aviso de funcionamiento	Permite la operación legal del consultorio, operar dentro del marco legal. Este trámite informa a la COFEPRIS sobre las actividades del establecimiento y asegura que se cumplan las normas sanitarias
3. Aviso del responsable sanitario	Este profesional es el encargado de asegurar que el consultorio cumpla con todas las normativas y regulaciones sanitarias vigentes del consultorio dental
4. Documentación y registros del consultorio dental	El consultorio dental debe contar con el historial diario de pacientes, una bitácora de la esterilización de los instrumentos y desinfección del equipo. Es obligatorio contar con la notificación de equipo de rayos X, registro de cloración del agua, manifiestos de RPBI y bitácoras de recolección del RPBI, manual de reacciones adversas, control de plagas y protocolo de manejo de mercurio.
5. Expedientes clínicos	Este documento debe incluir información detallada sobre el estado de salud del paciente, el tratamiento y notas de evolución en conformidad con la NOM-004-SSA3-2012, (DOF 15-oct-2012, en vigor a partir del 13-dic. de ese año) en formato físico o digital.
6. Recetas médicas/odontológicas	Forman parte del expediente clínico, son documentos oficiales, personalizados y regulados por la NOM-004-SSA3-2012.
7. Control de medicamentos e insumos	Los medicamentos e insumos del establecimiento deben contar con fecha de caducidad vigente, almacenados según las indicaciones del fabricante. No se permite contar con medicamentos provenientes del sector público. Debe disponerse de una política específica para el manejo de soluciones de uso pediátrico.
8. Prestación de servicios odontológicos	El consultorio debe garantizar la atención dental por parte de un odontólogo capacitado para realizar maniobras básicas de reanimación cardiopulmonar (RCP) y contar con un botiquín equipado con los medicamentos e insumos necesarios para la atención de urgencias.
9. Equipamiento e infraestructura	El consultorio dental debe estar equipado con instalaciones adecuadas de agua y electricidad. También áreas destinadas para el lavado y esterilización del instrumental, sala de espera y la atención clínica odontológica.

La COFEPRIS también realiza inspecciones periódicas o aleatorias con el propósito de corroborar que los consultorios dentales operen conforme a la normatividad sanitaria vigente. Estas inspecciones pueden derivar en observaciones y requerimientos de corrección, así como en sanciones administrativas cuando se detectan incumplimientos.³² En casos graves, las irregularidades pueden derivar en la suspensión temporal de las actividades o incluso en la clausura definitiva del establecimiento.²⁶

De acuerdo con la legislación aplicable, las sanciones administrativas pueden incluir amonestación con apercibimiento, sanciones económicas, clausura temporal o definitiva (parcial o total), e incluso arresto administrativo de hasta treinta y seis horas. Con el fin de reducir el riesgo de incumplimiento y facilitar la preparación ante una eventual inspección, se recomienda consultar las guías de autoevaluación y verificación sanitaria emitidas por la COFEPRIS, que establecen los criterios mínimos para la operación de consultorios.^{33,34}

Equipamiento básico

La Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2018 establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento aplicables a los establecimientos de atención médica ambulatoria en general; dentro de este ámbito, regula también el equipo básico que debe tener un consultorio dental, a fin de garantizar su funcionamiento (DOF 9 de julio de 2020).²⁸ Para procurar que los pacientes reciban una atención dental segura, efectiva y de alta calidad, esta norma establece los requisitos mínimos para la infraestructura y el equipo de atención ambulatoria. Esto consiste principalmente en la unidad dental, compuesta por un módulo de control con dispensadores de agua y dispositivos de succión, una silla dental ajustable para el paciente y el dentista, y una lámpara de iluminación suficiente, además, un sistema de esterilización como autoclave, olla de presión o esterilizador eléctrico de calor seco o su equivalente tecnológico que garantice la esterilización del instrumento (Apartado 6.4, apéndice B1 y apéndice J de la NOM-005-SSA3-2018). Se recomienda consultar la NOM-005-SSA3-2018 en el apéndice J donde se muestra el croquis (Fig. 1).²⁸

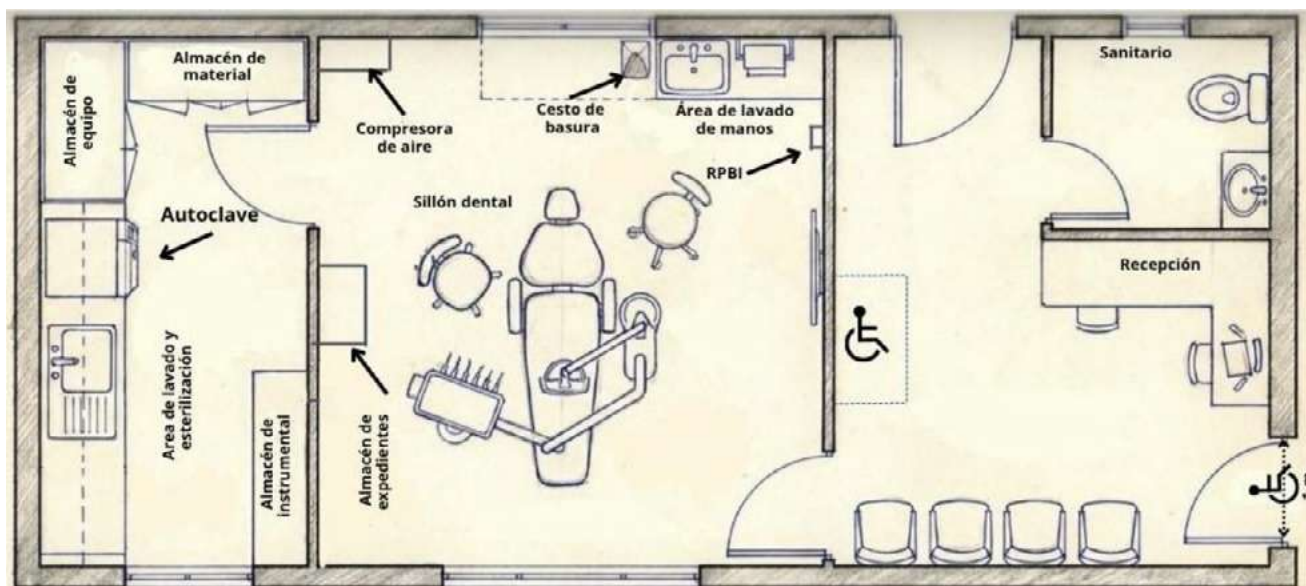


Fig. 1. Croquis del consultorio de estomatología

Ejemplo de distribución de un consultorio dental. Adaptado de la NOM-005-SSA3-2018, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios, Secretaría de Salud, 2018 (DOF, 2020). Elaboración propia con Canva.

Otro aspecto a considerar es que todo consultorio debe contar con facilidades arquitectónicas para efectuar las actividades propias del establecimiento, además de un área para la espera de pacientes y sanitarios, de acuerdo con la NOM-005-SSA3-2018 (numeral 5.7.1, que a su vez remite a la NOM-016-SSA3-2012). Además, el diseño debe permitir una circulación fluida y cumplir con requisitos arquitectónicos que faciliten el acceso a personas con discapacidad, tal como lo establece la NOM-030-SSA3-2013 (DOF 12 de septiembre de 2013).^{28,35} El área clínica debe, además, contar con un compresor de aire sin aceite, con filtros, y un sistema de purga de condensado. Estos elementos son vitales para el correcto funcionamiento de las piezas de mano de alta y baja velocidad, que, a su vez, son esenciales para la realización de la gran mayoría de los procedimientos en el consultorio dental (Apéndice B1, numeral B.2.2, de la NOM-005-SSA3-2018).²⁸ Los cuales van desde la profilaxis y las preparaciones para restauraciones simples y protésicas, hasta procedimientos quirúrgicos. Además, deben incluirse espejos de exploración dental, sondas, pinzas, curetas y otras herramientas necesarias para la examinación y el cuidado del paciente. El consultorio dental que cuente con equipo radiográfico debe distinguir el régimen normativo aplicable según el tipo de equipo: los estudios radiográficos panorámicos y cefalométricos están sujetos a los requisitos de instalación, protección radiológica y responsabilidad sanitaria establecidos en la NOM-229-SSA1-2002, mientras que los equipos de radiografía intraoral convencional quedan excluidos del ámbito de aplicación de dicha norma

(DOF 15 de septiembre de 2006), por lo que se recomienda verificar el régimen vigente aplicable a cada tipo de equipo antes de su instalación, considerando además la implementación de medidas que minimicen su impacto ecológico y garanticen la seguridad de los pacientes, así como la del personal clínico y no clínico.^{36,37}

Además de los requisitos clínicos y administrativos, existen otros aspectos que hay que considerar al abrir un consultorio dental. Esto incluye a otras Normas Oficiales Mexicanas, como la NOM-087-ECOL-SSA1-2002, que establece reglas para el manejo de residuos biológico-infecciosos peligrosos generados en los servicios de salud,²⁹ (DOF 17 de febrero 2003) y la NOM-030-SSA3-2013, que establece reglas para las características físicas que deben estar presentes en las instalaciones de atención médica ambulatoria y hospitalaria para facilitar el acceso, la movilidad, el uso y la permanencia de las personas con discapacidad en dichas instalaciones (DOF 12 de septiembre 2013).³⁵

Otro aspecto que debemos considerar es el uso de expedientes clínicos electrónicos, ya que constituye una tendencia creciente en la odontología moderna. Para utilizarlos, generalmente es necesario suscribirse a un plan mensual o anual. Sin embargo, existe una gran variedad de plataformas en línea para gestionar los expedientes clínicos.³⁸ Pero también hay que verificar el cumplimiento de la NOM-024-SSA3-2012, la cual establece las reglas para los Sistemas de Información de Expedientes Clínicos Electrónicos (SIRES) para asegurar que la información clínica digital

sea segura, privada y pueda trabajar con otros sistemas (DOF 30 de noviembre 2012).³⁹ Al mismo tiempo, hay que verificar que estos registros clínicos cumplan con los criterios y normas establecidas en la NOM-004-SSA3-2012 para el expediente clínico (DOF 15 de octubre de 2012).⁴⁰

Normas de salud y seguridad: Son esenciales para garantizar la calidad de los servicios odontológicos. Estas regulaciones están establecidas en diversas Normas Oficiales Mexicanas (NOM), como la NOM-013-SSA2-2015 (DOF 23 de noviembre de 2016), que establece los criterios y procedimientos para la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades bucales que deben seguirse en México para garantizar la adecuada atención odontológica.⁴¹ Es importante destacar que, además del cuerpo normativo, esta NOM incluye en su numeral 3 un capítulo de referencias normativas que remite a otras Normas Oficiales Mexicanas de aplicación obligatoria, por lo que su conocimiento y observancia resultan igualmente indispensables para el ejercicio de la profesión.

Vigilancia epidemiológica: El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB), creado por la Secretaría de Salud, recopila información sobre las enfermedades bucales en todo el país. Esto se realiza mediante unidades centinela distribuidas en todo el país. La obligación de notificar la ocurrencia de estas enfermedades recae principalmente en los profesionales adscritos al sector público y en las unidades centinela integradas al Sistema Nacional de Salud; los consultorios privados no integrados a dicho sistema no están sujetos de la misma manera a esta

obligación, aunque pudieran participar de forma voluntaria previo cumplimiento de los requisitos correspondientes ante la Dirección General de Epidemiología.^{42,43} Este sistema permite identificar tendencias y tomar decisiones estratégicas para mejorar la salud bucal pública.

Conclusión

El cumplimiento de la normativa para la apertura de un consultorio dental no se limita a una serie de trámites burocráticos: constituye, en conjunto, el fundamento sobre el cual se sustenta el funcionamiento legal y confiable de un establecimiento de salud. La presentación de los avisos correspondientes ante la COFEPRIS, la designación del responsable sanitario, la definición del régimen fiscal y la regularización del uso de suelo representan condiciones básicas para iniciar operaciones, cuya omisión puede exponer al consultorio a sanciones administrativas, suspensión, o en los casos más graves, a la clausura del establecimiento.

La información disponible en redes sociales sobre estos trámites es vasta, con un lenguaje técnico y, en ocasiones, desactualizada o incompleta. Este artículo ofrece una síntesis de los aspectos generales, con un lenguaje menos técnico, para la apertura de un consultorio. Es importante que cada uno de los aspectos abordados sea consultado con mayor profundidad, teniendo en cuenta que cada consultorio tiene sus particularidades según su ubicación, su estructura organizacional y los servicios que ofrece. La clave está en partir de una base sólida y, de manera individual, actualizar ese conocimiento con regularidad, porque la normatividad cambia.

Referencias

1. Gómez-Dantés O. La regulación de la práctica médica en México. *Rev Invest Clin.* España: 1999; Aug;51(4):245–253. Spanish. PMID:10546506.
2. Gómez-Dantés O, Serván-Mori E, Cerecero D, Flamand L, Mohar A. Mexico's Health System, 2023. *Salud Publica Mex.* 2024 Nov 27;67(1 (ene-feb)):91-105. doi: 10.21149/15802. PMID: 39977189.
3. Ramírez-Fernández DM. Requirements for the opening of a dental office in Mexico. *Rev ADM.* 2019;76(1):38-43.
4. González-Robledo LM, González-Robledo MC, Nigenda G. Dentist education and labour market in Mexico: elements for policy definition. *Hum Resour Health.* 2011;10:31. doi: 10.1186/1478-4491-10-31.
5. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General de Salud. Sanciones administrativas (Art. 425) México: Diario Oficial de la Federación; 1984 [modificado 15 ene 2026; citado 16 mar 2026]. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
6. Gobierno de México. Nueva era de vigilancia sanitaria: Cofepris clausura 97 clínicas clandestinas [Internet]. México: Gobierno de México; 2024 [citado 4 jun 2025]. Disponible en: <https://www.gob.mx/cofepris/articulos/nueva-era-de-vigilancia-sanitaria-por-primera-vez-cofepris-clausura-97-clinicas-clandestinas-en-los-dos-ultimos-anos>
7. Gobierno de México. Cofepris previene daños a la salud al clausurar clínicas clandestinas [Internet]. México; 2024 [citado 4 jun 2025]. Disponible en: <https://www.gob.mx/cofepris/articulos/cofepris-previene-danos-a-la-salud-al-clausurar-clinicas-clandestinas-que-operaban-como-hospitales-consultorios-y-centros-de-hemodialisis>
8. Dunbar P, Keyes LM, Browne JP. Determinants of regulatory compliance in health and social care services: A systematic review using the Consolidated Framework for Implementation Research. *PLoS One.* 2023 Apr 13;18(4):e0278007. doi: 10.1371/journal.pone.0278007. PMID: 37053186.
9. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en la Ciudad de México [Internet]. México: DOF; 1945 [modificado 19 ene 2018; citado 16 mar 2026]. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/208_190118.pdf
10. Enseldo-Carrasco E, Salazar-Pimentel IA, Márquez-Villarreal H, et al. Marco normativo y regulatorio de la seguridad y calidad para el ejercicio profesional de la odontología en México. *Oral.* 2024;25(78):2332-2340.
11. Aguilar HS. Introducción a la odontología basada en la evidencia. *Rev Fac Odontol Univ Cuenca.* 2024;2(1):32–39.

12. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Código Penal Federal: Capítulo VII. Usurpación de funciones públicas o de profesión y uso indebido de condecoraciones, uniformes, grados jerárquicos, divisas, insignias y siglas (Art. 250). [Internet]. México: DOF; 2009. Disponible en: https://www.oas.org/juridico/spanish/mesicic3_mex_anexo7.pdf
13. García-Peña MC. Ética y legalidad en el ejercicio profesional de la odontología. *Rev ADM*. 2019;76(3):132–137.
14. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención [Internet]. México: Diario Oficial de la Federación; 1986 [modificado 2 may 2014]. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MPSAM.pdf
15. Servicio de Administración Tributaria. SAT [Internet]. México; s.f. [citado 4 jun 2025]. Disponible en: <http://m.sat.gob.mx>
16. Tiol-Carrillo A. Las obligaciones fiscales del odontólogo. *Rev Mex Ortodoncia*. 2021;7(3):120–124.
17. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Código Fiscal de la Federación de los derechos y Obligaciones de los contribuyentes. México: Diario Oficial de la Federación; 1981 [modificado 2025 nov 14]. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CFF.pdf>
18. Gobierno de la Ciudad de México. Ley Orgánica del Poder Ejecutivo y de la Administración Pública de la Ciudad de México [Internet]. 2020 [citado 4 ago 2025]. Disponible en: <https://www.congresocdmx.gob.mx>
19. Secretaría de Desarrollo Urbano y Vivienda. Sistema de Certificado Digital de Zonificación [Internet]. Ciudad de México; s.f. [citado 4 ago 2025]. Disponible en: <http://certificadodigital.cdmx.gob.mx>
20. Secretaría de Salud. ¿Qué hacemos? [Internet]. México; s.f. [citado 5 jun 2025]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/que-hacemos>
21. Gobierno del Estado de México. Secretaría de Desarrollo Urbano e Infraestructura [Internet]. s.f. [citado 16 mar 2026]. Disponible en: <https://sedui.edomex.gob.mx>
22. Gobierno del Estado de Puebla. SMADSOT [Internet]. s.f. [citado 16 mar 2026]. Disponible en: <https://smadsot.puebla.gob.mx>
23. Gobierno del Estado de Jalisco. SIOP [Internet]. s.f. [citado 16 mar 2026]. Disponible en: <https://siop.jalisco.gob.mx>
24. Gobierno del Estado de Nuevo León. Secretaría de Movilidad y Planeación Urbana [Internet]. s.f. [citado 16 mar 2026]. Disponible en: <https://www.nl.gob.mx/es/movilidad>
25. Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. Estrategia COFEPRIS Digital [Internet]. México; 2016 [citado 5 jun 2025]. Disponible en: <https://www.gob.mx/cofepris>
26. Tiol-Carrillo A. COFEPRIS: auditorías en establecimientos odontológicos. *Rev Mex Ortodoncia*. 2017;5(4):202–204.
27. Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. Marco jurídico de la COFEPRIS [Internet]. México; 2019 [citado 5 jun 2025]. Disponible en: <https://transparencia.cofepris.gob.mx>
28. Secretaría de Salud. NOM-005-SSA3-2018. Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. Diario Oficial de la Federación; 2020 [citado 31 jul 2025]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5596456&fecha=09/07/2020#gsc.tab=0
29. Secretaría de Salud. NOM-087-ECOL-SSA1-2002. Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo. Diario Oficial de la Federación; 2003 [citado 31 jul 2025]. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=704675&fecha=17/02/2003#gsc.tab=0
30. Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. Aviso de funcionamiento y responsable sanitario [Internet]. México; s.f. [citado 5 jun 2025]. Disponible en: <https://www.gob.mx/tramites/COFEPRIS771>
31. Secretaría de Educación Pública. Consulta de cédula profesional [Internet]. México; s.f. [citado 13 feb 2026]. Disponible en: <https://cedulaprofesional.sep.gob.mx>
32. Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. Guía para las buenas prácticas sanitarias en farmacias con consultorios adyacentes [Internet]. México: COFEPRIS; 25 may 2020 [citado 16 mar 2026]. Disponible en: https://blog.farmasuper.com.mx/wp-content/uploads/2022/08/GU_A_DE_FARMACIAS_CON_CONSULTORIOS_ADYACENTES_2020_abril__1_.pdf
33. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General de Salud. Sanciones administrativas (Art. 417) [Internet]. México: Diario Oficial de la Federación; 1984 [modificado 15 ene 2026]. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
34. Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. Guía de autoverificación: establecimientos de atención médica ambulatoria o consultorios médicos generales y de especialidad. Ciudad de México: COFEPRIS; 2022. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/729563/Gu_a_de_autoverificaci_n_Consultorios.pdf
35. Secretaría de Salud. NOM-030-SSA3-2013. Que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud. Diario Oficial de la Federación; 2013 [citado 31 jul 2025]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5313974&fecha=12/09/2013#gsc.tab=0
36. Secretaría de Salud. NOM-229-SSA1-2002. Salud ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con rayos X. Diario Oficial de la Federación; 2003 [citado 31 jul 2025]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4931612&fecha=15/09/2006#gsc.tab=0
37. Lee H, Kim S. Advances in dental radiography. *Dentomaxillofac Radiol*. 2022;51(5):20210275.
38. Pérez M, García L. Uso de expedientes clínicos electrónicos en odontología. *Rev Odontol Mex*. 2021;25(2):123–130.
39. Secretaría de Salud. NOM-024-SSA3-2012. Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud. DOF; 2012 [citado 31 jul 2025]. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5280847&fecha=30/11/2012#gsc.tab=0
40. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. Sistemas de Información de Expedientes Clínicos Electrónicos. México: Diario Oficial de la Federación; 2012 [citado 31 jul 2025]. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787
41. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015, para la prevención y control de enfermedades bucales. México: Diario Oficial de la Federación; 2016 [citado 31 jul 2025]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5462039&fecha=23/11/2016#gsc.tab=0
42. Secretaría de Salud. Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de las patologías bucales (SIVEPAB). 2024 [citado 30 jul 2026]. Disponible en: https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/manuales/Manual_SIVEPAB.pdf
43. Secretaría de Salud de la Ciudad de México. Boletín anual SIVEPAB 2024 [Internet]. Ciudad de México: Secretaría de Salud CDMX; 2024 [citado 2026 Jul 8]. Disponible en: <https://sersalud.cdmx.gob.mx/sspcdmx/Documentos/direccion/demp/Bolet%C3%ADn%20patolog%C3%ADas%20bucales/2024/BOLET%C3%8DN%20ANUAL%20SIVEPAB%202024.pdf>

MANEJO QUIRÚRGICO-ODONTOLÓGICO DE HIPERPLASIA FIBROSA EN LENGUA ASOCIADA A IRRITACIÓN CRÓNICA DE MOLARES INFERIORES FRACTURADOS POR CARIES

FIBROUS HYPERPLASIA ASSOCIATED WITH CHRONIC IRRITATION CAUSED BY DENTAL CARIES: DENTAL-SURGICAL MANAGEMENT

Hernández Marín Gabriela,¹ Prieto García Luz Nora,¹ Rodríguez Pérez María Alejandra,² Chávez Priego Tania,³ Graillet Mora Olivier,¹ Rodríguez López Diana María.^{1*}

1. Universidad Veracruzana. Maestría en Odontología Infantil de la Universidad Veracruzana. Lomas del Estadio s/n, C.P. 91000, Xalapa, Veracruz, México.

2. Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Centro de Alta Especialidad Dr. Rafael Lucio. Xalapa Veracruz. Av. Adolfo Ruiz Cortines 2903, C.P. 91020 Xalapa de Enríquez, Veracruz de Ignacio de la Llave.

3. Servicio de Patología Oral del Centro de Alta Especialidad Dr. Rafael Lucio. Xalapa Veracruz. Av. Adolfo Ruiz Cortines 2903, C.P. 91020 Xalapa de Enríquez, Veracruz de Ignacio de la Llave.

Resumen

Introducción: La hiperplasia fibrosa es una lesión benigna caracterizada por aumento de número de células en el tejido conectivo, fibras de colágeno y fibroblastos, causada por algún agente irritante. El abordaje odontológico de la hiperplasia fibrosa consiste en retirar la lesión y controlar agentes con morfología filamentosos o con superficie irregular, el retiro de la lesión suele ser quirúrgico o con electrocauterio, adicionalmente el análisis de la muestra mediante exámenes histopatológicos para confirmar diagnóstico.

Reporte del caso: Paciente femenina de 10 años, con lesión exofítica en lado izquierdo y al borde de lengua, con evolución de un año, asociada a molar fracturado, se rehabilitan múltiples lesiones cariosas, se extraen O.D. 75 y 85, se coloca arco lingual para posteriormente realizar biopsia de la lesión y confirmar diagnóstico.

Conclusiones: El manejo odontológico en lesiones de tejidos blandos provocadas por irritantes locales debe ser de manera interdisciplinaria, no es suficiente resolver la complicación. Se debe informar a los padres y cuidadores las causas de la enfermedad, reducir superficies cavitadas o fracturadas en molares para evitar irritación a tejidos blandos que provocan hiperplasia fibrosa.

Palabras clave: Hiperplasia fibrosa, caries de la infancia, manejo odontológico.

Abstract

Introduction: Fibrous hyperplasia is a benign lesion characterized by increased connective tissue cells, collagen fibers, and fibroblasts, caused by local irritation. Management consists of removing the lesion and controlling irritant factors. Removal is usually surgical or performed with electrocautery, followed by histopathological examination to confirm the diagnosis.

Case report: A 10-year-old female patient presented with an exophytic lesion on the left side of the tongue margin, present for one year and associated with a fractured molar. Multiple carious lesions were treated, teeth 75 and 85 were extracted, and a lingual arch was placed. A biopsy of the lesion was performed to confirm the diagnosis.

Conclusions: Management of soft tissue lesions caused by local irritants should be interdisciplinary; simply removing the lesion is insufficient. Parents and caregivers should be informed about the causes, and fractured or cavitated molars should be treated to avoid irritation leading to fibrous hyperplasia.

Keywords: Fibrous hyperplasia; childhood caries; dental management.

Fecha de recepción: 20 de abril de 2026

Fecha de aceptación: 07 de julio de 2026

*Envío de correspondencia: diarodriguez@uv.mx

Introducción

La caries dental es una enfermedad bucal, que se caracteriza por la destrucción de los tejidos duros que conforman al diente. Es reconocida como una enfermedad multifactorial, no transmisible dinámica y mediada por biopelículas de origen bacteriano que producen metabolitos ácidos que provocan la pérdida de la estructura anatómica del diente y que se identifica clínicamente por la formación de una cavidad patológica que puede desencadenar diversos problemas bucales.^{1,2}

Las cavidades generadas por caries dental pueden presentar características irregulares, con bordes no definidos y en ocasiones con filo, que afectan el tejido circundante de otras estructuras anatómicas como la lengua y la encía. La irritación localizada y constante puede generar lesiones reactivas.

Estas son consideradas como un aumento de volumen benigno, solitario y de naturaleza reactiva, que se desarrolla como consecuencia de una lesión tisular crónica y recurrente, la cual provoca una respuesta tisular exagerada o exuberante.³

Generalmente estas lesiones tienen una forma exofítica, de color similar a la superficie donde aparecen, se desarrollan en respuesta a una inflamación crónica ocasionada por una irritación de baja intensidad sobre la mucosa oral y tienen una alta recidiva si no se retira el factor que lo provoca.³⁻⁵

De acuerdo con lo descrito por Neville *et al.*, 2016, estas son consideradas como patologías maxilofaciales que se

clasifican como tumores de los tejidos blandos y comúnmente se les conoce como hiperplasias fibrosas.⁵

Las zonas más comunes donde aparecen son: la mucosa bucal, la lengua, el tejido gingival y los labios. Clínicamente, son crecimientos indoloros, pediculados o sésiles con coloración rosa al rojo, superficies lisas o ulceradas y con tamaños que varían de milímetros a centímetros. Inicialmente, se observan irregulares, rojas, vasculares y conforme evolucionan se vuelven bien definidas avasculares y de color, histopatológicamente se describen como tejido fibroso denso colagenizado.⁶

Los crecimientos reactivos pueden contener células gigantes multinucleadas, calcificaciones, así como el aumento en vasos sanguíneos, así como otros componentes tisulares dentro del tejido fibroso.^{6,8}

De Almeida *et al.*, en el año 2022, reportaron un estudio epidemiológico sobre los reportes anatomopatológicos de biopsias bucales en una clínica universitaria. Los autores identificaron que las hiperplasias fibrosas son las lesiones benignas de la cavidad oral más comunes, representando el 47 % de sus casos reportados. Además, refieren que estas lesiones se presentan generalmente en personas adultas y del sexo femenino.⁹

La atención odontológica de estas lesiones consiste en la escisión quirúrgica conservadora de la lesión en conjunto con la atención integral para la eliminación de los agentes irritantes causales, así como la referencia del espécimen biológico para su estudio histopatológico. Además, es importante realizar seguimientos periódicos del paciente.⁸

Reporte del caso

Paciente femenina de 10 años que acude por primera vez a consulta en el servicio de odontopediatría, adscrito a la Maestría en Odontología Infantil de la Facultad de Odontología, en la región Xalapa de la Universidad Veracruzana, referida por el servicio de cirugía maxilofacial de un Hospital de Tercer Nivel de esta misma ciudad, en compañía de su tutora (madre), para realizar rehabilitación dental integral previa a la escisión de tejido hiperplásico en borde de la lengua de lado izquierdo.

Se realiza historia clínica de manera indirecta a la madre quien refiere que “desde hace un año aproximadamente le salió una bolita en la lengua”, complementariamente no hay datos patológicos aparentes de relevancia. Asimismo menciona que el inicio de los hábitos de higiene oral de la paciente ocurre hasta los 3 años, posterior a identificar lesiones cariosas. La paciente no había recibido atención odontológica hasta el momento de su integración a la clínica universitaria. Hace un par de meses decidió ir al centro de salud de su comunidad donde remitieron para atención especializada y manejo de hiperplasia fibrosa reactiva en el Centro de Alta Especialidad Dr. Rafael Lucio.

Se inicia atención odontológica con el siguiente protocolo después de realizar la historia clínica y que la madre firmara el consentimiento informado.

1. Cita de valoración con Odontopediatría: Se realiza historia clínica completa, fotografías intraorales, entrevista motivacional, se realiza índice O'leary, se da técnica de cepillado Bass modificada. Se explica la importancia del cepillado con

pasta fluorada con 1450 ppm, después de cada alimento, así como el uso de auxiliares de la higiene. De acuerdo con el protocolo de riesgo CAMBRA, por ser paciente de alto riesgo se da cita en cuatro meses para control dental (Fig. 1a, 1c) (Fig. 2).²

2. Tratamiento restaurativo por cuadrantes: Superior derecho; O.D. 16 S.F.F., O.D. 55 resina, O.D. 54 extracción, O.D. 12 S.F.F, cuadrante superior izquierdo; O.D. 26 S.F.F, OD. 65 resina, O.D. 24 S.F.F, O.D. 22 S.F.F, inferior izquierdo; O.D. 36 S.F.F y cementado de banda de arco lingual, O.D. 75 extracción, O.D. 74. resina, inferior derecho O.D. 46 resina y cementado de arco lingual, O.D. 85. extracción, O.D. 84 resina. (Fig. 4).

3. Manejo de hiperplasia fibrosa reactiva en borde de lengua por parte de cirugía maxilofacial.

Libre de focos infecciosos de origen dental, se realiza escisión de lesión tumoral, de color rosa claro y bordes bien definidos, de longitud de 13 mm aproximadamente, forma ovoide, superficie lisa, y base sésil. (Fig. 1b).

Se inicia tratamiento con técnica de anestesia regional lado izquierdo y local en la zona, con aguja corta y anestesia lidocaína HCl 2 % con epinefrina 1:1000,000, se coloca un ansa con sutura para retraer la lengua y se efectúa un corte elíptico, dejando el borde expuesto, se realiza hemostasia suturando con puntos profundos la zona, la muestra obtenida se envía al servicio de histopatología del nosocomio con el propósito de confirmar el diagnóstico presuntivo. Se da farmacoterapia con analgésico y antiinflamatorio y realizar enjuagues con clorhexidina 0,12 % dos veces al día por diez días. Se da cita después de ocho días para retiro de puntos.

4. Confirmación de diagnóstico presuntivo por parte del servicio de patología.

Descripción macroscópica: Se recibió muestra fijada en formol, fragmento de tejido blando de forma irregular midiendo 12 x 10 x 7 mm, de coloración blanquecina superficie lisa y base sésil, corte consistencia blanda y de superficie interna blanquecina se incluye toda la muestra en una cápsula. (Fig. 3a)

Descripción microscópica: En las secciones estudiadas se identifica un fragmento de mucosa cuya lámina propia se observa proliferación de fibras de colágeno, dispuestas en haces desorganizados, entre los que se aprecian abundantes fibroblastos redondos y activos, así como vasos sanguíneos de pequeño calibre; el epitelio escamoso estratificado de la superficie se observa hiperqueratinizado e hiperplásico hacia la base de haces de músculo estriado esquelético que

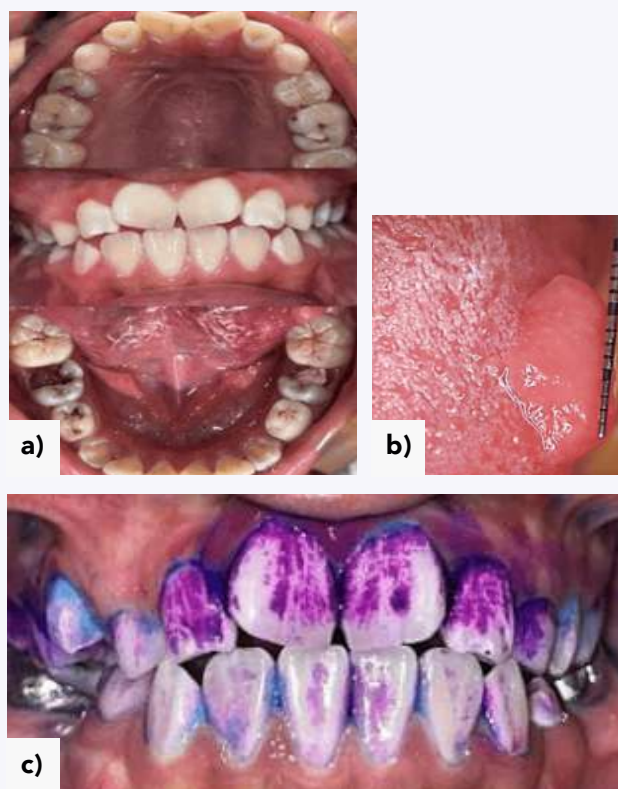


Fig. 1. Imágenes previas a la atención odontológica y quirúrgica.

a) Situación inicial del caso clínico. **b)** Lesión exofítica de borde bien definida y coloración rosa claro de 13 mm aproximadamente. **c)** Identificación de niveles de placa dentobacteriana: Índice O'Leary porcentaje: Higiene deficiente.



Fig. 2. Imágenes previas a la atención odontológica y quirúrgica. Reforzamiento de técnica Bass Modificada e instrucción de auxiliares de higiene.

se encuentra sin alteraciones, no se identifica datos sospechosos de malignidad. (Fig. 3b).

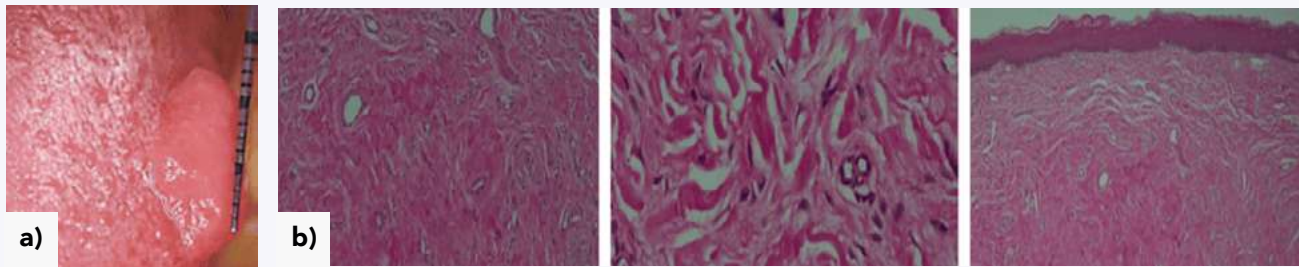


Fig. 3. Hiperplasia fibrosa

a) Imagen clínica de la lesión. **b)** Características histopatológicas de la lesión. Técnica de tinción hematoxilina-eosina donde se observa proliferación de fibras de colágeno dispuestas en haces de manera desorganizada, con abundantes fibroblastos redondos y activos de vasos sanguíneos de pequeño calibre, el epitelio escamoso estratificado de la superficie se observa hiperqueratinizado e hiperplásico. Imagen cortesía de Dra. Tania Chávez Priego.

Diagnóstico: hiperplasia fibrosa.

5. Cita de control ocho días posoperatorio (Fig. 4) y después de cuatro meses (Fig. 5).

Se presenta a consulta de control, se realiza exploración de tejidos duros y blandos, correcto ajuste de arco lingual se aplica Tri Plaque para reforzar técnica de cepillado se procede a realizar profilaxis dental, toma de fotografías intraorales, se comenta la importancia de que permanezca el arco lingual en boca hasta que aparezcan los segundos premolares.



Fig. 4. Imágenes posoperatorio

a) Ocho días posoperatorio: No se observa hinchazón, se observa formación de nuevo tejido y cicatriz madura, la paciente continúa con cuidados postoperatorios.



Fig. 5. Imágenes posoperatorio

a) Cuatro meses posoperatorios: Tejido especializado se observa con adecuada coloración, brillante, ligeramente irregular, a la palpación se detecta superficie fibrosa resultado de la cicatrización.

Discusión

Las lesiones reactivas como la hiperplasia fibrosa son patologías benignas de la cavidad oral secundarias a lesiones o factores irritantes locales, que en muy raras ocasiones evolucionan a procesos malignos.² Los sitios anatómicos que con mayor frecuencia presentan estas patologías son las mucosas bucales y se concentran principalmente en personas entre los 20 y 50 años, siendo las mujeres las más afectadas.^{7,9}

En la presentación de este caso clínico, se observó la presencia de una lesión tumoral en el borde lateral de la lengua de una paciente de 10 años con el diagnóstico histopatológico de hiperplasia fibrosa.

Este hallazgo es relevante, debido a la baja incidencia de estas lesiones en menores de edad. Habitualmente, las patologías bucales benignas que más afectan a grupos etarios de 0 a 17 años son los mucocelos.⁹

Sin embargo, hay reportes de investigaciones que han descrito la presencia de lesiones reactivas como la hiperplasia fibrosa local en niños.

En la patología bucal diversos autores han utilizado casi históricamente términos intercambiables como hiperplasia fibrosa, fibroma traumático, fibroma por irritación y pólipos fibroepitelial, aunque no son equivalentes desde el punto de vista histopatológico.^{4,6,7} Ante esta situación es necesario incluir diagnósticos diferenciales de patologías que puedan asociarse a este grupo de edades.

La hiperplasia fibrosa es una lesión reactiva benigna que presenta la proliferación de tejido conectivo denso no encapsulado, fibras de colágeno algunas veces hialinizadas y fibroblastos, algunas hiperplasias fibrosas locales presentan una superficie epitelial atrófica, cubiertas por epitelio hiperqueratósico⁴ que se asocian a trauma o irritación crónica como lo sucedido en este caso clínico.

Asundaria R. y otros en el año 2023 reportaron el caso de un fibroma traumático en la lengua de un paciente pediátrico, del sexo masculino de 11 años. Su reporte histopatológico describió la presencia de un epitelio hiperqueratinizado, atrófico e hiperplásico. Con tejido conectivo constituido por densas fibras de colágeno con áreas focales de hialinización, así como agregados locales de infiltrado inflamatorio de intensidad moderada.¹⁰

En este caso clínico, los resultados histopatológicos que nos fueron referidos por el departamento de patología bucal describen la presencia de un epitelio hiperqueratinizado, hiperplásico, así como la proliferación de fibras de colágeno desorganizadas. Datos que podrían coincidir con lo reportado por Asundaria R *et al.*, 2023.

Sin embargo, en la descripción microscópica reportada por patología, se menciona la presencia de fibroblastos redondos y activos, lo cual nos hace pensar en una lesión joven sometida a irritación continua o en diagnósticos diferenciales como en fibroma osificante periférico o fibroma de células gigantes con menores probabilidades de aceptación. El diagnóstico histopatológico emitido por patología fue hiperplasia fibrosa, la correlación clínica y patológica sumado a la presencia de un factor traumático irritante nos ha llevado a pensar en que esta lesión podría ser consistente con una lesión reactiva, la cual se ha descrito bajo términos de hiperplasia fibrosa local o fibroma por irritación. Por lo que es necesario establecer puntos de discusión sobre las nomenclaturas de la patología entre los profesionales clínicos y los patólogos.

Este es el primer caso clínico que está reportando una lesión reactiva como la hiperplasia fibrosa secundaria a una lesión de caries dental. La mayor parte de las investigaciones y otros reportes de casos clínicos describen lesiones de la mucosa bucal como la hiperplasia fibrosa, la hiperplasia fibrosa inflamatoria y la hiperplasia fibrosa focal asociadas al uso de prótesis bucales parciales o totales, aparatología ortognática, trauma oclusal o lesiones causadas por traumatismos mecánicos como mordidas.¹¹⁻¹⁵

En este sentido es importante recordar que la caries dental no solo es un factor de riesgo para infecciones odontológicas o lesiones de las mucosas bucales, sino que va más allá de un problema bucal que se asocia a diversos problemas de salud en general.

Conclusión

El manejo odontológico en niños que presentan múltiples problemas de salud bucal debe considerar la atención integral, inter y multidisciplinaria. La presentación de este caso clínico nos sugiere que la caries dental tiene repercusiones que no solo afectan a los dientes, sino también pueden comprometer a otras estructuras anatómicas de las mucosas bucales cercanas a la cavidad patológica y desarrollar lesiones reactivas.

La comunicación con los padres o cuidadores de los menores de edad es un punto clave en el entendimiento y manejo de los problemas de salud de sus hijos. Explicar y abordar el reconocimiento de factores de riesgo y de factores protectores para la caries dental, les daría la probabilidad de reducir la aparición de otras lesiones de la cavidad oral y disminuir la necesidad de atención médico-odontológica invasiva hacia los niños.

Referencias

1. Martignon S, Roncalli AG, Alvarez E, Aránguiz V, Feldens CA, Buzalaf MAR. Risk factors for dental caries in Latin America and the Caribbean. *Braz Oral Res.* 2021;35. doi: 10.1590/1807-3107bor-2021.vol35.0053.
2. Pitts NB, Baez RJ, Diaz-Guillory C, Donly KJ, Alberto Feldens C, McGrath C. Early Childhood Caries: IAPD Bangkok Declaration. *Int J Paediatr Dent.* 2019;29:384-386.
3. Babu B, Hallikeri K. Reactive lesions of oral cavity: A retrospective study of 659 cases. *J Indian Soc Periodontol.* 2017;21(4):258-263. doi: 10.4103/jisp.jisp_103_17.
4. Navas-Aparicio MC, Hernández-Rivera P. Hiperplasia fibrosa focal: lesión benigna de la mucosa oral. Revisión de la literatura. *Rev Estomatol Herediana.* 2021;31(3):186-193. doi: 10.20453/reh.v31i3.4048.
5. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. Chapter 12, Soft Tissue Tumors. En *Oral and Maxillofacial Pathology* (p. 517). St. Louis: Elsevier; 2016.
6. Fukumoto Y, Miyama T, Tanei ZI, Saito Y, Ota Y. Reactive bite-related tongue lesions in cognitively impaired epilepsy patients: A report of two cases. *Spec Care Dentist.* 2020;40(3):285-290. doi: 10.1111/scd.12470.
7. De Santana Santos T, Martins-Filho PR, Piva MR, de Souza Andrade ES. Focal fibrous hyperplasia: A review of 193 cases. *J Oral Maxillofac Pathol.* 2014;18(Suppl 1). doi: 10.4103/0973-029X.141328.
8. Oliveira Cavezzi G, Cavezzi Junior O. Bilateral tongue fibrous hyperplasia: A case report and literature review. *Rev Estomatol.* 2023;31(1). doi: 10.25100/re.v31i1.12342.
9. De Almeida CG, Freitas F, Francisco H, Marques JA, Caramês J. Oral biopsies in a Portuguese population: A 20-year clinicopathological study in a university clinic. *J Clin Exp Dent.* 2022;14(12). doi:10.4317/jced.59688.
10. Asundaria RR, Tavargeri A. Excision of traumatic fibroma of the tongue in a pediatric patient: A case report. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2023;16(1):166-169. doi:10.5005/jp-journals-10005-2492.
11. Jaramillo-Correa M. Prevalencia de estomatitis subprotésica, queilitis angular e hiperplasia fibrosa asociada al uso de prótesis dental en una clínica universitaria de Medellín. *Revista Nacional de Odontología.* 2019;15(29): 1-10.
12. Wang Y, Gao M, Ge N, Gao Y, Chen Y, Yu G.-Y. Fibrous hyperplasia involving the orifice of Stensen's duct. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.* 2014;43(4): 418-421. doi: 10.1016/j.ijom.2013.08.011.
13. Mozzati M, Mortellaro C, Galesio G, Ruggiero T, Pol R. Surgical treatment of denture-induced fibrous hyperplasia with plasma rich in growth factors. *The Journal of craniofacial surgery.* 2015; 26(3): 772-775. doi.org/10.1097/SCS.0000000000001507.
14. Macedo Firoozmand L, Dias Almeida J, Guimarães Cabral L. Study of denture-induced fibrous hyperplasia cases diagnosed from 1979 to 2001. *Quintessence international.* 2005 (Berlin, Germany: 1985); 36(10): 825-829.
15. Casian Romero A, Trejo Quiroz P, De León Torres C, Carmona Ruiz D. Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria: reporte de un caso. *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral.* 2011; 4(2): 74-79.

TERAPIA PULPAR VITAL EN ÓRGANO DENTAL PERMANENTE JOVEN CON TRAUMATISMO DENTAL Y ÁPICE INMADURO: REPORTE DE CASO

APICOGENESIS THROUGH VITAL PULP THERAPY IN A YOUNG PERMANENT
TOOTH WITH DENTAL TRAUMA AND IMMATURE APEX: CASE REPORT

Rodríguez Gómez Martha Haidde,¹ Cornelio Moguel Janeth.^{1*}

1. Posgrado en Endodoncia, División Académica de Ciencias de la Salud, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
Av. Gregorio Méndez 2838-A, Col. Tamulté, CP. 86100, Villahermosa, Tabasco, México.

Resumen

Introducción: La apicogénesis se da mediante el procedimiento en el cual se desbrida la pulpa cameral afectada del conducto radicular de un diente permanente inmaduro, la extracción de la pulpa lesionada permitirá que la pulpa vital restante continúe la maduración y el desarrollo fisiológico de las raíces. En el contexto del traumatismo dental pediátrico, preservar la vitalidad pulpar constituye un reto clínico significativo ante el riesgo de necrosis secundaria, reabsorciones inflamatorias u obliteración del conducto radicular.

Reporte de caso: Masculino de 8 años con fractura coronaria compleja del órgano dental 21 por traumatismo directo, con exposición pulpar y diagnóstico de pulpitis reversible sintomática. Se realizó pulpotomía parcial mediante la técnica de Cvek, control de la hemorragia en menos de cinco minutos y recubrimiento pulpar con cemento bio-cerámico a base de silicato tricálcico (Biodentine), seguido de restauración definitiva con resina compuesta. Durante el seguimiento clínico y radiográfico a 12 meses, el paciente permaneció asintomático y se observó elongación radicular progresiva, engrosamiento de las paredes dentinarias y cierre apical completo, sin evidencia de radiolucidez periapical.

Conclusiones: La terapia pulpar vital mediante pulpotomía parcial representa una alternativa terapéutica altamente predecible para preservar la vitalidad pulpar y favorecer la apicogénesis en dientes permanentes jóvenes con traumatismo dental. El diagnóstico oportuno, el control adecuado de la hemorragia y la selección de materiales biocerámicos son factores determinantes para el éxito clínico y radiográfico a largo plazo.

Palabras clave: Apicogénesis, TPV, ápice radicular inmaduro, cierre apical, pulpotomía, hidróxido de calcio, Biodentine.

Abstract

Introduction: Apexogenesis is a procedure in which the affected coronal pulp of an immature permanent tooth is removed, allowing the remaining vital pulp to continue root maturation and development. In pediatric dental trauma, preserving pulp vitality is challenging due to risks of necrosis, resorption, or canal obliteration.

Case report: An 8-year-old male presented with a crown fracture of tooth 21 caused by trauma, with pulp exposure and reversible pulpitis. A partial pulpotomy was performed using the Cvek technique; hemorrhage was controlled within five minutes, and the pulp was capped with a bio-ceramic material (Biodentine®), followed by composite restoration. During 12 months of follow-up, the patient remained asymptomatic, with root elongation, dentinal wall thickening, and apical closure observed.

Conclusions: Partial pulpotomy is a predictable therapy for preserving pulp vitality and promoting apexogenesis in traumatized immature permanent teeth. Timely diagnosis, hemorrhage control, and bioceramic materials are key to success.

Keywords: Apexogenesis; vital pulp therapy; immature permanent teeth; apical closure; pulpotomy; Biodentine.

Fecha de recepción: 29 de abril de 2026

Fecha de aceptación: 06 de agosto de 2026

*Envío de correspondencia: cd.janethcornelio@gmail.com

Introducción

Los traumatismos dentales constituyen una de las principales causas de daño pulpar en pacientes en etapa de crecimiento, especialmente en incisivos maxilares permanentes jóvenes.¹ Durante el desarrollo radicular, estos órganos dentales presentan ápice abierto y paredes dentinarias delgadas, lo que aumenta su vulnerabilidad estructural y biológica.

La interrupción de la vitalidad pulpar en esta fase puede detener la formación radicular, generando raíces cortas y con paredes frágiles, predispuestas a fractura.² Por ello, el tratamiento debe orientarse prioritariamente a conservar la pulpa vital siempre que sea posible.

La apicogénesis se define como el fenómeno biológico que se espera después de realizar un procedimiento de terapia pulpar vital destinado a mantener la vitalidad pulpar, para permitir la continuación del desarrollo radicular y el cierre apical fisiológico.³ Según Cvek, en traumatismos recientes la inflamación pulpar suele limitarse a la zona superficial, lo que permite realizar pulpotomías parciales con altos índices de éxito.⁴

El objetivo del artículo es presentar el manejo clínico conservador de un incisivo permanente joven con traumatismo dental y exposición pulpar, tratado mediante terapia pulpar vital, así como discutir los fundamentos biológicos que sustentan este procedimiento.

Reporte del caso

Paciente masculino de 8 años, con un peso de 33 kg, aparentemente sano, acude a la Clínica de la Especialidad en Endodoncia de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco por traumatismo dental directo en O.D. 21; a la exploración clínica presentó fractura coronaria compleja que involucra esmalte y dentina con comunicación pulpar dental, con pérdida de estructura dental a nivel medio e incisal (Fig. 1); las pruebas de sensibilidad térmica mostraron respuesta positiva, con

un diagnóstico pulpar de pulpitis reversible sintomática, indicativa de vitalidad pulpar, concordante con los criterios diagnósticos descritos por Andreasen *et al.*¹ Radiográficamente se observó ápice abierto con desarrollo radicular incompleto y sin lesión evidente a nivel periapical, hallazgos compatibles con diente permanente joven inmaduro.

Diagnóstico: Pulpitis reversible por traumatismo con periodontitis apical sintomática

Día de intervención: 14 de marzo de 2025

Se decidió realizar pulpotomía parcial siguiendo la técnica descrita por Cvek⁴, la cual consiste en la remoción de aproximadamente 1–2 mm de tejido pulpar inflamado hasta encontrar tejido sano con sangrado controlable.

- Se administró con técnica subperióstica infiltrativa un cartucho de anestesia local de articaína al 4 % con epinefrina 1:200 000.
- Se realizó aislamiento absoluto y vía de acceso con fresa de bola de carburo # 2. (Fig. 2)
- Se realizó pulpotomía parcial con cucharilla de dentina 33L, irrigando con solución salina y se aplicó presión con algodón para lograr la hemostasia en menos de cinco minutos, criterio clínico de buen pronóstico según Murray *et al.*³

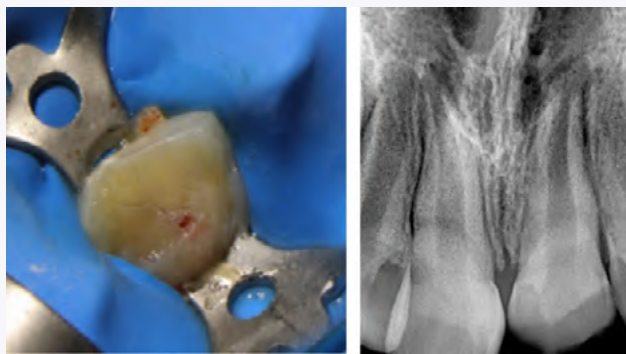


Fig. 1. Fractura coronaria en tercio medio incisal en OD 21



Fig. 2. Hemostasia de pulpa cameral e irrigación con solución salina.

- Como material de recubrimiento pulpar se utilizó cemento biocerámico a base de silicato tricálcico (Biodentine), debido a su biocompatibilidad y capacidad de inducir formación de puente dentinario.⁵ Posteriormente se colocó restauración provisional de provisit (cavit) y, en cita subsecuente, restauración definitiva con resina compuesta. (Fig. 3)

El seguimiento clínico y radiográfico se realizó al mes, a los dos meses y al año. En todas las evaluaciones el paciente permaneció asintomático, sin dolor a la percusión ni cambios cromáticos coronarios.

Radiográficamente se evidenció progresiva elongación radicular, engrosamiento de paredes dentinarias y reducción del diámetro apical, hallazgos compatibles con apicogénesis exitosa.⁴ A los 12 meses se observó cierre apical completo y ausencia de radiolucidez periapical. (Fig. 4)

Estos resultados coinciden con lo reportado por Fuks, quien describe tasas de éxito superiores al 90 % en pulpotomías parciales en dientes traumatizados cuando se mantiene la vitalidad pulpar.⁶

Discusión

El pronóstico de la terapia pulpar vital en dientes traumatizados depende principalmente del estado pulpar inicial y del tiempo transcurrido hasta el tratamiento,¹ ya que la preservación de la vitalidad pulpar es el factor determinante para permitir la continuación del desarrollo radicular.² Cvek demostró que, incluso en exposiciones pulpares de varios días de evolución, la inflamación puede permanecer localizada superficialmente, lo que hace de la pulpotomía parcial un tratamiento conservador predecible⁴; en el caso presentado, la intervención temprana favoreció este ambiente propicio para la cicatrización pulpar.

Respecto al material de recubrimiento, el hidróxido de calcio fue durante décadas el estándar, aunque con limitaciones como puentes dentinarios porosos y menor capacidad de sellado.⁷ El MTA y los cementos biocerámicos modernos, en cambio, promueven la liberación de iones calcio y la diferenciación odontoblástica, favoreciendo una dentina reparativa más homogénea,⁵ con mejores resultados de sellado marginal y menor microfiltración bacteriana a largo plazo,⁸ lo que explica la evolución favorable observada en este caso.

La conservación estructural que ofrece este enfoque favorece el engrosamiento fisiológico de las paredes dentinarias, reduciendo el riesgo de fracturas radiculares futuras; a diferencia de la apexificación, la apicogénesis logra tanto el cierre apical como el desarrollo radicular completo. Cuando

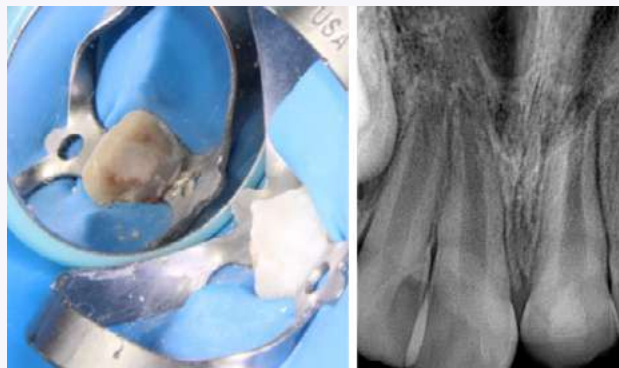


Fig. 3. Obturación inmediata con material biocerámico (Biodentine)

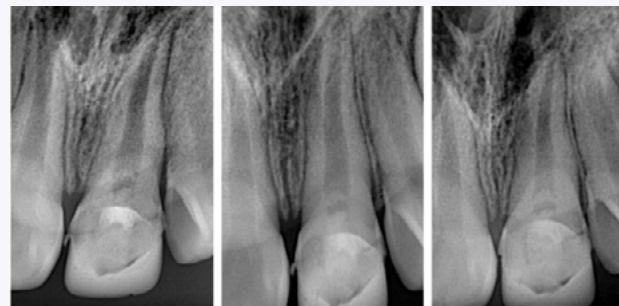


Fig. 4. Evolución del cierre apical a 1 mes, 2 meses y 12 meses, respectivamente.

la pulpa evoluciona a necrosis, las alternativas (apexificación con MTA o terapias regenerativas) no siempre alcanzan el mismo grado de fortalecimiento radicular,⁹ por lo que la terapia pulpar vital continúa siendo la primera elección cuando la pulpa es viable.

Este cambio de paradigma hacia la preservación pulpar no se limita a dientes inmaduros: en México también se ha documentado que, en dientes permanentes maduros con pulpitis irreversible, la pulpotomía total con cementos de silicato de calcio se consolida como tratamiento de primera elección frente al tratamiento de conductos,¹⁰ lo que refuerza el principio biológico central de este caso: la capacidad de reparación de la pulpa cuando se trata oportunamente.

Conclusión

La apicogénesis mediante tratamientos de terapia pulpar vital representa una alternativa terapéutica altamente predecible en dientes permanentes jóvenes con traumatismo dental y pulpa vital.

La intervención oportuna, el adecuado control de la hemorragia y el uso de materiales biocerámicos son factores determinantes en el éxito clínico y radiográfico.

El seguimiento periódico es indispensable para confirmar la continuidad del desarrollo radicular y detectar posibles complicaciones.

Referencias

1. Andreasen JO, Bakland LK, Flores MT, Andreasen FM, Andersson L. Traumatic Dental Injuries: A Manual. Chichester, Inglaterra: Wiley-Blackwell; 2013. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/260000000/TraumaticDentalInjuries.pdf>
2. Trope M. Treatment of the immature tooth with a non-vital pulp and apical periodontitis. *Dent Clin North Am*. 2010 Apr;54(2):313-24. doi: 10.1016/j.cden.2009.12.006. PMID: 20433980.
3. Murray PE. Review of guidance for the selection of regenerative endodontics, apexogenesis, apexification, pulpotomy, and other endodontic treatments for immature permanent teeth. *Int Endod J*. 2023 Mar;56 Suppl 2:188-199. doi: 10.1111/iej.13809. Epub 2022.
4. Cvek M. A clinical report on partial pulpotomy and capping with calcium hydroxide in permanent incisors with complicated crown fracture. *J Endod*. 1978 Aug;4(8):232-7. doi: 10.1016/S0099-2399(78)80153-8.
5. Torabinejad M, Chivian N. Clinical applications of mineral trioxide aggregate. *J Endod*. 1999 Mar;25(3):197-205. doi: 10.1016/S0099-2399(99)80142-3.
6. Fuks AB, Cosack A, Klein H, Eidelman E. Partial pulpotomy as a treatment alternative for exposed pulps in crown-fractured permanent incisors. *Endod Dent Traumatol*. 1987;3(3):100-102. doi:10.1111/j.1600-9657.1987.tb00610.x.
7. Witherspoon DE. Vital pulp therapy with new materials: new directions and treatment perspectives--permanent teeth. *J Endod*. 2008 Jul;34(7 Suppl):S25-8. doi: 10.1016/j.joen.2008.02.030.
8. Parirokh M, Torabinejad M, Dummer PMH. Mineral trioxide aggregate and other bioactive endodontic cements: an updated overview - part I: vital pulp therapy. *Int Endod J*. 2018 Feb;51(2):177-205. doi: 10.1111/iej.12841.
9. Banchs F, Trope M. Revascularization of immature permanent teeth with apical periodontitis: new treatment protocol? *J Endod*. 2004 Apr;30(4):196-200. doi: 10.1097/00004770-200404000-00003.
10. Sánchez Lara y Tajonar R, Domínguez Pérez. Pulpotomía total en dientes permanentes maduros con pulpitis irreversible; rompiendo el paradigma en México. *Rev ADM*. 2026;83(1):45-50. doi:10.35366/122576.

coa® **CURAPROX**

NuSmile®

 **herpes**
coronas estéticas infantiles

 **TBS**
DENTAL

ZEYCO®

G·U·M®

 **6b**®
INVENT GERMANY


MORELLI


LIONESSE®
beauty bar

vatech
méxico

 **Lacer**

 **FORESTADENT**®
GERMAN PRECISION IN ORTHODONTICS

 **solventum**

Odontología
ACTUAL