



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado
Facultad de Odontología
Unidad de Posgrado

**Manejo de focos de infección odontogénica en paciente
con síndrome de bandas amnióticas**

TRABAJO ACADÉMICO

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en
Odontopediatría

AUTOR

Claudia Carolina ARCE GARCÍA

ASESOR

Dr. Gilmer TORRES RAMOS

Lima, Perú

2020



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Arce C. Manejo de focos de infección odontogénica en paciente con síndrome de bandas amnióticas [Trabajo académico de segunda especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Odontología, Unidad de Posgrado; 2020.

HOJA DE METADATOS COMPLEMENTARIOS

Código ORCID del autor	0000-0001-6483-8572
DNI o pasaporte del autor	47700593
Código ORCID del asesor	0000-0002-2590-6736
DNI o pasaporte del asesor	10194229
Grupo de investigación	“—“
Agencia financiadora	Autofinanciado
Ubicación geográfica donde se desarrolló la investigación	Perú, Lima, Breña, Av. Brasil 1583. https://www.google.com/maps/place/-12.065011349999999+-77.04644241031102/@-12.065011349999999,-77.04644241031102,17z
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2020
Disciplinas OCDE	Odontología, cirugía oral, medicina oral http://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.14



Facultad de Odontología

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

UNIDAD DE POSGRADO



“Año de la universalización de la salud”

ACTA N° 023-FO-UPG-2020

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TRABAJO ACADÉMICO MODALIDAD VIRTUAL PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ODONTOPEDIATRÍA

Autorizado con RR N°01357-R-20


En la ciudad de Lima, a los 13 días del mes de noviembre del año dos mil veinte, siendo las 14:00 horas, se reunieron los miembros del Jurado para llevar a cabo la sustentación del trabajo académico titulado: “**MANEJO DE FOCOS DE INFECCIÓN ODONTOGÉNICA EN PACIENTE CON SÍNDROME DE BANDAS AMNIÓTICAS**”, presentado por la C.D. doña **CLAUDIA CAROLINA ARCE GARCÍA**, para optar el título de Segunda Especialidad Profesional en Odontopediatría.

Concluida la exposición, se procedió a la evaluación correspondiente, después de la cual obtuvo la siguiente calificación:


Bueno	16	Dieciséis
_____	_____	_____
Escala	Número	Letras

A continuación, la Presidenta del Jurado, en virtud de los resultados favorables, recomienda que la Facultad de Odontología proponga que la Universidad le otorgue a la C.D. doña **CLAUDIA CAROLINA ARCE GARCÍA**, el título de Segunda Especialidad Profesional en Odontopediatría.

Se expide la presente acta en cuatro originales y siendo las 15:25, se da por concluido el acto académico de sustentación.



Mg. Federico Segundo Paredes Guillén
Presidente



C.D. Esp. Luis Claudio Huamaní Huayhua
Miembro



C.D. Esp. Zenaida Rojas Apaza
Miembro



Dr. Gilmer Torres Ramos
Miembro Asesor

Escala de calificación

- Excelente 20, 19
- Muy bueno 18, 17
- Bueno 16, 15
- Aprobado 14
- Desaprobado 13 o menos



Facultad de Odontología

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

UNIDAD DE POSGRADO



“Año de la universalización de la salud”

❖ RECOMENDACIONES

Datos de la plataforma virtual institucional del acto de sustentación:

https:

ID:

Grabación archivada en:

❖ **PÚBLICO ASISTENTE:** (Nombre, apellido y DNI)

1) Título:

“Manejo de focos de infección odontogénica en paciente con síndrome de bandas amnióticas”

“Management of foci of odontogenic infection in a patient with amniotic band syndrome”

2) Autores:

Claudia Carolina Arce García¹, Gilmer Torres Ramos²

3) Profesión y Cargos de los autores:

1. Egresada de la Segunda Especialidad de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
2. Profesor Principal de la Facultad de Odontología. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

4) Correspondencia:

Dr. Gilmer Torres Ramos

Correo electrónico: gtorresr@unmsm.edu.pe

CD. Claudia Carolina Arce García

Correo electrónico: claudia.arcegarcia@unmsm.edu.pe

5) Información Adicional:

Conflicto de Intereses: Ninguno

Fuente de financiamiento: Autofinanciado

RESUMEN

Introducción: El síndrome de bandas amnióticas (SBA) comprende un grupo de defectos congénitos esporádicos producidos durante la gestación que se caracterizan por la aparición de anillos fibrosos que pueden provocar importantes defectos estructurales fetales, tanto externos como internos. Estos defectos pueden involucrar regiones del macizo cráneo facial alterando el desarrollo normal de los maxilares, entre ellos la Fisura Labio Alveolo Palatina (FLAP) y anomalías dentales como dientes malformados o impactados. El síndrome ha sido bien descrito en la literatura pediátrica, ortopédica y obstétrica; sin embargo, a pesar de la evidente afectación craneomaxilofacial, el SBA no se ha informado en la literatura dental con mucha frecuencia. **Objetivo:** Mostrar el manejo de focos de infección odontogénicos en un paciente pediátrico con SBA asociado a FLAP, así como describir la presentación clínica y sus manifestaciones orales. **Caso clínico:** Paciente de sexo masculino de 9 años con diagnóstico de SBA y FLAP bilateral ingresado por el servicio de Cirugía Plástica del INSN – Breña para evaluación y tratamiento. Fue derivado a interconsulta con el servicio de Odontopediatría para descartar focos de infección de origen odontogénico. Al examen clínico intraoral se observan múltiples lesiones cariosas extensas, presencia de cálculo dental en todas las piezas dentarias, diente supernumerario y marcada halitosis. Se programa realizar un tratamiento odontológico integral en SOP por la complejidad del caso. Se realizaron tratamientos pulpares en pzas 64, 65, 74, 75, a fin de preservar rebordes alveolares, restauraciones múltiples y profilaxis con destartraje. **Conclusión:** Es importante el manejo oportuno de lesiones cariosas en pacientes pediátricos donde se requiere preservar reborde alveolar y longitud de arco por la atresia maxilar característica de comorbilidades como FLAP asociado al SBA.

Palabras clave: Síndrome de bandas amnióticas, secuencia de bandas amnióticas, bandas de constricción congénita, fisura labio alveolo palatina, tratamiento odontológico, focos de infección.

ABSTRACT

Introduction: The amniotic band syndrome (ABS) comprises a group of sporadic congenital anomalies produced during pregnancy that are characterized by the appearance of fibrous rings that can cause important fetal structural defects, both external and internal. These defects can involve regions of the massive facial skull, altering the normal development of the jaws, including the Cleft Lip and Palate (CLP) and dental anomalies such as malformed or impacted teeth. The syndrome has been well described in the pediatric, orthopedic and obstetric literature; however, despite the obvious craniomaxillofacial involvement, ABS has not been reported in the dental literature very frequently. **Objective:** To show the management of odontogenic foci of infection in a pediatric patient with ABS, as well as to describe the clinical presentation and its oral manifestations. **Clinical case:** A 9-year-old male patient with a diagnosis of ABS and cleft lip alveolus

palate admitted by the Plastic Surgery service of the INSN - Breña for evaluation and treatment. He was consulted at the Pediatric Dentistry service to rule out foci of infection of odontogenic origin. Intraoral clinical examination revealed multiple carious lesions of wide extension, presence of dental calculus in all teeth, supernumerary tooth and marked halitosis. It was decided to carry out a comprehensive dental treatment in Operating Room due to the complexity of the case. Pulp treatments were performed in 64, 65, 74, 75 pieces, multiple restorations and prophylaxis with scaling. **Conclusion:** Timely management is important in pediatric patients with comorbidities whose clinical pictures can be exacerbated by an infection of odontogenic origin.

Keywords: Amniotic band syndrome, Amniotic band sequence, congenital constriction bands, cleft lip and palate, dental treatment, foci of infection.

INTRODUCCIÓN

Los defectos congénitos (DC) representan un amplio grupo de patologías que son resultado de alteraciones del desarrollo embrionario y/o fetal ⁽¹⁾. Datos epidemiológicos sitúan a los (DC) como la segunda causa de muerte en los niños menores de 28 días y de menos de 5 años en las Américas ⁽²⁾. Si se evalúan datos a nivel mundial, afectan a 1 de cada 33 bebés y causan 3,2 millones de discapacidades al año ⁽³⁾.

Dependiendo del momento y los mecanismos por los que se altera el desarrollo físico, se han establecido tipos de DC ⁽¹⁾. Siendo uno de ellos las interrupciones en los cuales se va producir alteraciones de órganos o partes del cuerpo que se formaron bien, pero que posteriormente se destruyeron ⁽²⁾. Generalmente ocurren en el periodo fetal y se conoce que mientras más pronto se produzcan los daños serán más graves.⁽⁴⁾

Dentro de este tipo de (DC) se encuentra el Síndrome de Bandas Amnióticas (SBA) también conocido como ADAM (acrónimo de Deformidad amniótica, adherencias y mutilaciones)⁽⁵⁾⁽⁶⁾ es una condición rara causada principalmente por la ruptura del saco amniótico que va generar la aparición de bandas de tejido fibroso mesodérmico ⁽⁷⁾ y van a ocasionar el atrapamiento en el útero de las partes fetales ⁽⁸⁾⁽⁹⁾.

El SBA exhibe manifestaciones clínicas al nacer, como anillos de constricción y amputaciones de extremidades y digitales ⁽⁶⁾, junto con diversas malformaciones craneofaciales y anomalías de la pared torácico-abdominal ⁽¹⁰⁾. Una característica de este síndrome es que se presentan de manera asimétrica y polimórfica⁽¹¹⁾ por lo que cada caso es único pudiendo presentar una gran variabilidad clínica. Los datos de estadística muestran una incidencia que varía entre 1 en 1.200 a 1 en 15.000 recién nacidos vivos ⁽¹²⁾ y no hay aparentemente ninguna preferencia por sexo o raza ⁽¹³⁾.

Al involucrar áreas del macizo craneofacial el SBA puede presentar defectos corneales y orbitarios, anencefalia, meningocele o encefalocele, colobomas palpebrales, malformaciones nasales y parálisis del nervio facial ⁽¹⁴⁾. A nivel a cavidad oral puede presentarse micrognatismo, hiperdoncia y labio leporino con o sin paladar hendido, lo que representa el 14,6% de los pacientes que padecen esta afección ⁽¹⁵⁾.

La Fisura Labio Alveolo Palatina es uno de los defectos congénitos que más acompaña al SBA⁽¹⁵⁾, esta condición propicia falta de desarrollo maxilar que implica dimensiones sagitales, verticales y transversales alteradas⁽¹⁷⁾; presentándose mordidas cruzadas anteriores y/o posteriores, unilaterales o bilaterales⁽¹⁸⁾. Todo ello conlleva a tener ciertas consideraciones para evitar complicar estas condiciones; así por ejemplo, se debe evitar realizar prótesis fija hasta que se haya finalizado el tratamiento global del paciente⁽¹⁹⁾, así mismo se deben evitarse la extracción de dientes supranumerarios al inicio del tratamiento, ya que estos pueden conservar el hueso alveolar⁽²⁰⁾, esto incluye la extracción de piezas dentarias por caries, de ahí la importancia de evitar la progresión de lesiones cariosas en pacientes con FLAP donde la preservación de las dimensiones del maxilar y evitar su colapso, se consideren de gran importancia para el tratamiento quirúrgico posterior⁽²¹⁾.

Se debe considerar además que son pacientes que deben tener un exhaustivo control y citas de instrucción de higiene oral, ya que por sus condiciones generales son más propensos a la aparición de caries, gingivitis y periodontitis.⁽²²⁾⁽²³⁾⁽²⁴⁾

Otra característica importante a considerar en pacientes con SBA es que debido a los defectos que pueden generarse a nivel neurológico como el encefalocele ⁽²⁵⁾ se evidencia retardo del desarrollo psicomotor, esto condiciona que a la consulta odontológica el comportamiento sea valorado como definitivamente negativa según la escala de Frankl⁽²⁶⁾; por lo que es importante valorar una atención odontológica considerando otras alternativas como un tratamiento bajo anestesia general.

Actualmente el manejo de estos pacientes ha sido bien descrito en la literatura pediátrica, por ejemplo en anestesiología en el manejo de vías aéreas en una intubación ⁽²⁷⁾ o en cirugía de cabeza y cuello ⁽²⁸⁾ con el manejo de las malformaciones faciales producto del síndrome. Sin embargo, a pesar de la evidente afectación oral, el SBA no se ha informado en la literatura odontológica con mucha frecuencia.

El objetivo del presente trabajo fue proporcionar una revisión de la literatura relacionada con el síndrome, sus manifestaciones clínicas craneofaciales y a nivel oral; así como describir el manejo de focos de infección odontogénicos en un paciente pediátrico con SBA.

REPORTE DE CASO

Se presenta el caso de un paciente masculino de 9 años de edad, procedente de la provincia de Andahuaylas, Apurímac – Perú. Acude a la Unidad de Pacientes Medicamente Comprometidos (PMC) del Departamento de Odontoestomatología del Instituto Nacional de Salud del Niño, Lima-Perú. Paciente se encuentra asintomático; presenta halitosis, pigmentación en sector anterior.

En relación con el historial médico prenatal los padres del niño son sanos, no consanguíneos. La edad de la madre durante la gestación fue de 35 años y no recibió controles prenatales. El nacimiento fue por parto distócico. No recibió lactancia materna desde el nacimiento; en antecedentes patológicos presentó defectos congénitos múltiples compatibles con el Síndrome de Bandas Amnióticas, FLAP, postoperado de Encefalocele a los 3 años (2014) y actualmente presenta un cuadro de anemia y desnutrición.

En el examen físico general el paciente presenta asimetría facial, turricefalia, fisura palpebral derecha, fisura labio alveolo palatina bilateral, pabellones auriculares displásicos; en tórax y pulmones murmullo vesicular, pasa bien en auscultación cardiopulmonar, no se presentan ruidos agregados, no soplo; abdomen blando depresible; ruidos hidroaéreos presentes; presencia de escoliosis; con relación al sistema nervioso central se encuentra despierto, no orientado en tiempo, espacio y persona, recibe órdenes, no articula palabras.

Presenta en mano derecha sindactilia del 2do y 3er dedo, anillo constrictivo en 3er dedo; hipoplasia de 4to dedo del pie derecho.

Al examen clínico estomatológico intraoral presentó una dentición mixta temprana, FLAP bilateral, presenta un arco maxilar estrecho de forma triangular. A nivel dentario se evidencian lesiones cariosas extensas, activas con aparente compromiso pulpar en sector posterior en piezas 64, 65, 74 y 75 y lesiones cariosas múltiples con compromiso de esmalte en piezas 84, 85 y 63. Higiene bucal deficiente con presencia de cálculo dental en todas las piezas dentarias, presencia de halitosis. Diente supernumerario entre piezas 62 y 63. Paciente con conducta definitivamente negativa, según la escala de Frankl; rechaza el tratamiento y no responde bien a las ordenes por deterioro neurológico.

Se solicitaron exámenes auxiliares de laboratorio, radiografía de tórax, recuento de valores de IGF-1 y TSH a solicitud de Endocrinología y paciente ya contaba

con radiografía de cráneo. Como protocolo para el tratamiento odontológico integral en el centro quirúrgico se solicitaron interconsultas para evaluación y sugerencias correspondientes a los servicios de Pediatría, Endocrinología y Anestesiología. El servicio de Pediatría clasificó al paciente con un riesgo quirúrgico II – III (enfermedad sistémica grave con limitación funcional definida, pero que no constituye una amenaza constante para la vida); Endocrinología recomendó evitar ayuno prolongado y programar en primer turno, uso de Dextrosa 5% más monitorización de glicemia durante la cirugía; Anestesiología clasificó al paciente con un Mallampati no evaluable, vía aérea difícil, recomendando abordar con video laringoscopia (Glidescope) en SOP. También se solicitó la firma del consentimiento informado por parte de la madre para el Tratamiento Odontológico Integral bajo anestesia general en sala de operaciones. Se solicitó radiografía panorámica; sin embargo, el resultado obtenido presenta deficiencias por no conseguir que paciente mantenga la cabeza erguida en una misma posición durante el tiempo que dura la toma.

Como diagnóstico tenemos un paciente de sexo masculino de 9 años de edad con antecedente sistémico de SBA, FLAP, anemia y desnutrición. Como diagnóstico estomatológico presenta gingivitis marginal asociada a placa blanda, fosas y fisuras profundas en piezas 55, 54; caries de esmalte en piezas 84, 85, 63; pulpitis reversible en piezas 64, 65, 74, 75; diente supernumerario (mesiodens) entre pieza 62 y 63. Maloclusión dentaria. Comportamiento definitivamente negativo según la escala de Frankl. Pronóstico reservado.

El tratamiento odontológico integral se programó en SOP y previamente se realizó fisioterapia, se instruyó al padre sobre hábitos de higiene oral. Al iniciar el tratamiento en SOP se realizó la adecuación del medio bucal con gasa más clorhexidina al 0,12%. Se procedió a realizar destarraje con ultrasonido (AS2000 NSK) en todas las piezas dentarias. Se realizaron restauraciones con resina compuesta en piezas dentarias: 63, 64, 65, 75, 74, 84, 85. Los tratamientos pulpares realizados fueron pulpotomías en piezas dentarias: 64, 65, 74, 75. La apertura cameral se realizó con fresa redonda #23, se extirpó la cámara pulpar con cureta de dentina (Dentsply Maillefer), se realiza hemostasia con bolitas de algodón estériles y se utilizó electrocauterio (HealForce EB05) en función de coagulación con punta lápiz. Se coloca pasta de óxido de zinc-eugenol en muñones y base de cámara pulpar y posteriormente ionómero como base cavitaria. Posteriormente se realiza restauración con resina en dichas piezas dentarias. Se decide no realizar exodoncia de diente supernumerario para

preservar reborde alveolar en la fisura. Finalmente se realiza la toma de impresión con silicona pesada y una segunda toma con alginato para obtener modelos de estudio.

Aunque no estuvo incluido en el plan de tratamiento inicial se decidió realizar exodoncia pieza dentaria 72 por presencia de movilidad grado 3 (remanente coronario).

Los resultados pos tratamiento odontológico fueron evaluados al día siguiente, a los 7 días y a los 15 días. En todos los controles el paciente se encontró asintomático, se observaron restauraciones en buen estado de conservación y mejora de las condiciones de higiene bucal. Se observó adicionalmente mejora en las condiciones de higiene bucal; ausencia de halitosis.

Un logro importante del tratamiento fue la motivación que hasta la última fecha de control se observó en los cuidados de higiene bucal que realizó el padre del paciente. Se reforzó la instrucción de higiene oral al padre y se indicó la importancia de realizar los controles a los 15 días, al mes y luego cada 3 meses; motivando así controlar periódicamente la salud estomatológica de su menor a fin de evitar posibles recidivas. Para los controles siguientes se tuvo la limitación del contexto del estado de emergencia por la COVID-19, por lo cual fueron postergados.

DISCUSIÓN

El síndrome de bandas amnióticas (SBA) representa un caso raro de defecto congénito. Mézel y colaboradores reportan una incidencia de 1 por cada 15 000 recién nacidos vivos⁽¹²⁾. Sin embargo a pesar de su extraña presentación las manifestaciones clínicas son de gran relevancia para su estudio clínico⁽⁶⁾. A través de diversos reportes de caso descritos en la literatura, vemos que alrededor de un tercio de estos pacientes presentan asociado anomalías craneofaciales⁽¹⁶⁾, y dentro de este grupo, algunos de gran complejidad como defectos en el desarrollo del tubo neural⁽²⁵⁾. Esto determina que el tratamiento odontológico ambulatorio en estos pacientes se vea limitado al considerar una conducta definitivamente negativa según la escala de Frankl⁽²⁶⁾ debido al estado neurológico y la tolerancia del niño, lo cual no permiten un tratamiento seguro en el consultorio dental. Además en muchos de los casos de pacientes con SBA presenta asociado una FLAP⁽¹⁵⁾ que en base a diversas revisiones sistemáticas refieren una mayor prevalencia de caries en estos pacientes frente a grupos control sin FLAP⁽²³⁾. Por todo ello es imprescindible en estos pacientes un estado de salud oral óptimo por lo que requieren el control de infecciones odontogénicas y la preservación del reborde alveolar. Debido a ello el tratamiento planteado esta dirigido a ser lo más conservador posible. En nuestro reporte de caso para los cuadros clínicos de pulpitis reversible se optó por realizar pulpotomías, con uso de electrobisturí que es una técnica no farmacológica que ofrece resultados favorables (tasa de éxito clínico 95%)⁽²⁹⁾ y que disminuye el tiempo operatorio. Se rehabilitó con restauraciones directas de resina lo cual aporta como ventaja una mayor resistencia a la compresión frente al uso de ionómero de vidrio⁽³⁰⁾; sin embargo requiere controles periódicos debido al riesgo de caries que presentan en estos pacientes; así como el costo del equipo de electrocirugía utilizado, el equipamiento de un centro quirúrgico, propio de establecimientos de categoría III.

El SBA tiene una etiología desconocida y esporádica⁽¹²⁾ sin embargo algunos autores mencionan que puede estar relacionada con algunos factores ambientales como la ingesta de fármacos, malformaciones uterinas y traumatismos abdominales maternos⁽³¹⁾. En nuestro caso, tuvimos la limitación de no tener una historia prenatal completa debido a no contar con la historia clínica de su lugar de nacimiento y que el padre no refiere datos precisos por la limitación del idioma. Sin embargo refiere que la madre nunca llevó un control durante la gestación y

que no sufrió algún tipo de traumatismo en ningún trimestre ni tuvo ingesta alguna de medicamentos.

La variabilidad de las manifestaciones clínicas del SBA lo vuelve un defecto congénito complejo ⁽¹¹⁾, siendo las anomalías anatómicas más comunes que suelen presentarse los anillos de constricción en los miembros y las amputaciones de los dedos ⁽²⁸⁾. En nuestro caso el paciente presentaba anillos constrictivos en 2do y 3er dedo de la mano derecha que producía edema distal, amputación de falange distal del 3er dedo en pie derecho.

La literatura reporta que según el momento de la gestación en que se produce estas disrupciones congénitas se verá un menor o mayor grado de afectación⁽¹²⁾. Cuando se presenta antes de la 3ra y 4ta semana de gestación interfiere con el cierre del tubo neural lo cual originaría cuadros de meningoceles y encefaloceles⁽¹²⁾. En nuestro caso no podemos determinar el inicio en que se presentó la disrupción porque la madre no realizó ningún control prenatal; sin embargo se reporta que el paciente es postoperado de Encefalocele en su lugar de origen a los 3 años.

Aunque no se presenta con mucha frecuencia en los pacientes con SBA⁽¹⁶⁾, se menciona que las bandas adosadas o la deglución de estas producto de la ruptura prematura del amnios puede originar fisuras labiopalatinas o fisuras faciales asimétricas que parecen deberse a la presencia de una brida que impide la fusión de los brotes embrionarios⁽¹²⁾. En el reporte el paciente presenta FLAP bilateral, hendidura facial oblicua nasoocular de lado derecho y anoftalmia derecha.

Estas últimas condiciones craneofaciales tienen importancia a nivel oral puesto que va a determinar características de los maxilares. Los pacientes con FLAP como ha sido reportado⁽²¹⁾ presentan atresia del maxilar, dientes ectópicos, supernumerarios y respiración bucal⁽²³⁾ que conlleva a una mayor predisposición a caries dental y enfermedades periodontales⁽²⁴⁾. En nuestro reporte de caso, el paciente presentaba atresia maxilar, múltiples lesiones cariosas, algunas con compromiso pulpar, además presencia de cálculo dental en todos los cuadrantes, gingivitis, presencia de supernumerario. Debido a todas las condiciones sistémicas asociados a la presencia del SBA es imprescindible evitar la presencia de focos infecciosos en boca.

Orientados a preservar las piezas dentales el mayor tiempo posible hasta su exfoliación fisiológica, se optó por realizar terapia pulpar en múltiples piezas dentarias. En la literatura tenemos diversas técnicas utilizadas en pulpotomía,

siendo la técnica convencional el uso de formocresol⁽³²⁾; sin embargo en nuestro reporte de caso utilizamos electrocirugía debido a que a través de diversos estudios (Rivera et al. 2003; Bahrololoomi et al. 2008; Dean et al. 2002) se ha demostrado que presenta tasas de éxito clínico y radiográfico altas comparables con el uso de formocresol y no encontraron ninguna diferencia estadísticamente significativa entre ambas técnicas; sin embargo con la técnica de electrocirugía se disminuye el tiempo operatorio y el sangrado provocado por los instrumentos y/o fresas utilizadas en la técnica convencional⁽²⁹⁾.

La rehabilitación se llevo a cabo mediante el uso de incrustaciones de resina. Lerech y col.⁽³⁰⁾ evaluaron la resistencia a la compresión en restauraciones de ionómero de vidrio frente a la resina compuesta en cavidades clase I en premolares. Los resultados obtenidos al evaluar la dureza superficial de los diferentes materiales restauradores, muestran que existen diferencias estadísticas a favor de la resina compuesta en comparación con el ionómero de vidrio en profundidades de 2 y 4 mm.

Como se ha demostrado en base a la literatura⁽³³⁾ la instrumentación de la superficie dentaria para el retiro de detritos duros y blandos constituye la base de la terapia periodontal. Existen 2 técnicas principales para eliminar la placa y el sarro de las piezas dentales: técnica manual y ultrasónica. En nuestro caso optamos por el uso de ultrasonido debido a que reducen el tiempo del procedimiento con resultados clínicos comparables con la técnica manual⁽³⁴⁾, siguiendo algunas recomendaciones por autores⁽³⁵⁾ donde mencionan que se debe acompañar por un sondeo manual para evaluar la correcta eliminación de los detritos.

El enfoque general que se le dio al presente reporte de caso fue buscar un abordaje conservador que se justifica en la necesidad de preservar reborde alveolar debido a la condición sistémica del paciente y la presencia de una maxila atrésica. Se busca en estos pacientes ser tratados en edades tempranas para evitar el uso de procedimientos radicales como extracciones prematuras originadas de lesiones cariosas no tratadas oportunamente.

Este reporte de caso nos muestra que en el manejo multidisciplinario de pacientes con condiciones sistémicas, el odontopediatra debe formar parte integral del equipo, debido a que la salud bucal constituye un factor que afecta el estado de

salud general del paciente. La detección precoz de caries dental y enfermedades periodontales, que constituyen focos de infección odontogénicos, en niños sanos y más aún en aquellos con algún antecedente médico permite obtener un mejor pronóstico a futuro y evitar complicaciones en el desarrollo de los maxilares que podrían complicar las cirugías reconstructivas a futuro.

LISTA DE TABLAS

TABLA 1 EXÁMENES DE LABORATORIO: Se muestra niveles de Hemoglobina, Glucosa e IGF-1 disminuidos.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 FOTOGRAFÍAS EXTRAORALES: Se observa las hendiduras faciales y la sindactilia del 2do y 3er dedo de la mano derecha, anillo constrictivo en 3er dedo; hipoplasia de 4to dedo del pie derecho.

FIGURA 2 RADIOGRAFÍA PANORÁMICA: Se observan las fisuras palatinas bilateral, malposición de germen dentarios permanentes en sector anterior y zona de caninos de la maxila. Lesiones cariosas con aparente compromiso pulpar de órganos dentarios 64, 65, 74, 75

FIGURA 3 FOTOGRAFÍAS INTRAORALES PREOPERATORIAS: presenta un arco maxilar estrecho de forma triangular. A nivel dentario se evidencian lesiones cariosas activas de gran extensión con aparente compromiso pulpar en sector posterior piezas 64, 65, 74, 75.

FIGURA 4 APERTURA CAMERAL EN PULPOTOMÍA DE PIEZAS DENTARIAS 64, 65, 74, 75: se realizaron con punta diamantada redonda N°023 de alta velocidad, se extirpó la pulpa cameral con cureta de dentina y se utilizó electrobisturí para lograr la coagulación de los muñones pulpares. Se colocó cemento de eugenato en los muñones y material intermedio (ionómero de vidrio) previo a la restauración con incrustaciones de resina.

FIGURA 5 FOTOGRAFÍA FINAL DEL TRATAMIENTO DEL MAXILAR SUPERIOR: control postoperatorio inmediato, se evidencia pieza supernumeraria en la fisura que se mantiene por indicación de preservar hueso alveolar. Se observan restauraciones en buen estado.

FIGURA 6 FOTOGRAFÍA FINAL DEL TRATAMIENTO DEL MAXILAR INFERIOR: control postoperatorio inmediato donde se evidencian restauraciones en buen estado y ausencia de pza 72 extraído por presentar movilidad de grado 3.

EXAMENES DE LABORATORIO	VALOR DEL PACIENTE
Hematocrito	30,2%
Leucocitos	5940 /mm ³
Segmentados	32%
Linfocitos	52%
Plaquetas	339000 /mm ³
Hemoglobina	9,4 mg/dl
Glucosa	65 mg/dl
Creatinina	0.35 mg/dl
Tiempo de protrombina	16,8 seg
Tiempo parcial de tromboplastina activada	35,9 seg
IGF-1	47 ng/ml
TSH	0.37 μ IU/mL

TABLA1. EXÁMENES AUXILIARES



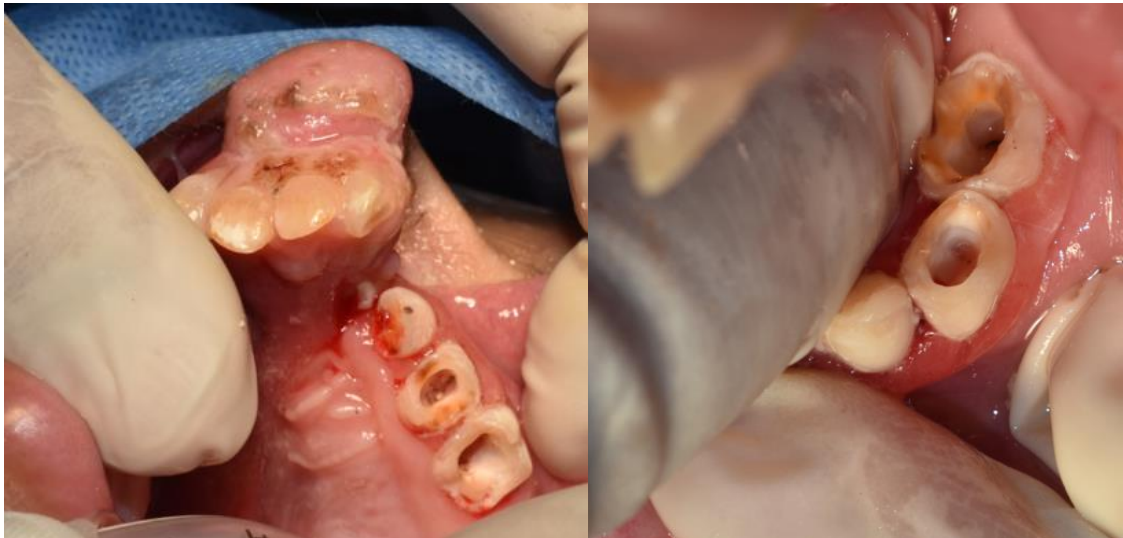
FIG 1. FOTOGRAFÍAS EXTRAORALES



FIG 2. RADIOGRAFÍA PANORÁMICA



FIG 3. FOTOGRAFÍAS INTRAORALES PREOPERATORIAS



**FIG 4 APERTURA CAMERAL EN PULPOTOMÍA DE PIEZAS
DENTARIAS 64, 65, 74, 75**



FIG 5. FOTOGRAFÍA FINAL DEL TRATAMIENTO DEL MAXILAR SUPERIOR



FIG 6. FOTOGRAFÍA FINAL DEL TRATAMIENTO DEL MAXILAR INFERIOR

BIBLIOGRAFÍA

1. Familia NENMDE, Martí ML. Características generales de los defectos congénitos de terminología y causas. 2010;36(3):135–9.
2. Arturo J, Fierro A, Tastekin A. Malformaciones congénitas: clasificación y bases morfogénicas. 2008;
3. OMS, 63ª Asamblea mundial de la salud Defectos congénitos. 2010;47–68.
4. Ramos Parra E MRA. Frecuencia De Malformaciones Congénitas En Recién Nacidos Del Hospital De La Mujer. Mexico. 2011;5(4):4.
5. Cortez-Ortega C, Garrocho-Rangel JA, Flores-Velázquez J, Ruiz-Rodríguez S, Noyola-Frías MÁ, Santos-Díaz MÁ, et al. Management of the Amniotic Band Syndrome with Cleft Palate: Literature Review and Report of a Case. *Case Rep Dent*. 2017;2017.
6. Badri T, Kharfi M, Benmously R, Zeglaoui F, Souissi A, Kamoun MR. Syndrome des brides amniotiques. *Dermatologia Clin*. 2003;23(1):15–6.
7. Sharma K, Hotwani K. Oral Rehabilitation for Amniotic Band Syndrome: An Unusual Presentation. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2015;8(1):55–7.
8. Rezai S, Faye J, Chadee A, Gottimukkala S, Upadhyay R, Lara C, et al. Amniotic Band Syndrome, Perinatal Hospice, and Palliative Care versus Active Management. *Case Rep Obstet Gynecol*. 2016;2016(Figure 5):1–4.
9. Higginbottom MC, Jones KL, Hall BD, Smith DW. The amniotic band disruption complex: Timing of amniotic rupture and variable spectra of consequent defects. *J Pediatr*. 1979;95(4):544–9.
10. Koskimies E. Congenital Constriction Band Syndrome With Limb Defects. 2015;35(1):100–3.
11. Bouguila J, Khoud N Ben, Ghrissi A, Bellalah Z, Belghith A, Landolsi E, et al. Maladie des brides amniotiques et malformations faciales Amniotic band syndrome and facial malformations. 2007;526–9.
12. Mézel A, Manouvrier S. Síndrome de bridas amnióticas. *EMC - Apar Locomot*. 2011;44(3):1–10.
13. Doi Y, Kawamata H, Asano K. CASE REPORT A Case of Amniotic Band Syndrome with Cleft Lip and Palate. 2011;10(4):354–6.
14. Muraskas BJK, McDonnell JF, Chudik RJ, Salyer KE, Glynn L. Amniotic Band Syndrome With Significant Orofacial Clefts and Disruptions and Distortions of Craniofacial Structures. 2003;38(4):635–8.
15. Das D, Das G, Gayen S, Konar A. Case Report. 2011;18(2):192–5.
16. Romero Rojas N, Moscoso G, Rosas L, Vicuña M. Amniotic band syndrome: a report of 18 cases. *Rev Peru Ginecol y Obstet [Internet]*. 2019;65(1):69–76.
17. Voigt A, Radlanski RJ, Sarioglu N, Schmidt G. Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten. *Pathologe*. 2017;38(4):241–7.
18. Botticelli S, Küseler A, Mølsted K, Ovsenik M, Nørholt SE, Dalstra M, et al. Palatal morphology in unilateral cleft lip and palate patients: Association with

- infant cleft dimensions and timing of hard palate repair. *Orthod Craniofacial Res.* 2019;22(4):270–80.
19. Eli M, Moraes L De. Cuidados bucales en pacientes con fusura de labio y / o paladar. 2015;(December 2007).
 20. Sanghvi R, Vaidyanathan M, Bhujel N. The dental health of cleft patients attending the 18-month-old clinic at a specialised cleft centre. *Br Dent J.* 2019;227(3):199–202.
 21. Alzain I, Batwa W, Cash A, Murshid ZA. Presurgical cleft lip and palate orthopedics: An overview. *Clin Cosmet Investig Dent.* 2017;9:53–9.
 22. Wong FWL, King NM. The oral health of children with clefts - A review. *Cleft Palate-Craniofacial J.* 1998;35(3):248–54.
 23. Antonarakis GS, Palaska PK, Herzog G. Caries prevalence in non-syndromic patients with cleft lip and/or palate: A meta-analysis. *Caries Res.* 2013;47(5):406–13.
 24. Hasslöf P, Wetman S. Caries prevalence in children with cleft lip and palate - A systematic review of case-control studies. *Int J Paediatr Dent.* 2007;17(5):313–9.
 25. Gandhi M, Rac MWF, McKinney J. Amniotic Band Sequence. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2019;221(6):B5–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2019.09.020>
 26. Ramos Martínez K, Alfaro Zolá LM, et al. Habilidades sociales y conducta en niños durante la consulta odontológica en un centro docente-asistencial, Cartagena (Colombia). *Rev Fac Odontol.* 2015;27(1):86–107.
 27. Mistry T, Mathur R, Saini N, Rathore P. Perioperative management of amniotic band syndrome: a case report and literature review. *Anaesth Pain Intensive Care.* 2015;19(4):505–9.
 28. López-Muñoz E, Becerra-Solano LE. An update on amniotic bands sequence. *Arch Argent Pediatr.* 2018;116(3):e409–20.
 29. Bola V, Gonz S. Comparación de pulpotomías por electrofulguración y formocresol en molares primarios: estudio clínico. 2012;(40):835–40.
 30. Lerech SB, Tarón SF, Dunoyer AT, Arrieta JMB, Caballero AD. Resistencia a la compresión del ionómero de vidrio y de la resina compuesta. Estudio in vitro. *Rev Odontológica Mex.* 2017;21(2):109–13.
 31. Viana-Rojas, Jesús Antonio , Arcos-Noguez, Patricia, Rosas-Cabral A. Síndrome de bridas amnióticas. *LUX MEDICA.* 2011;44(3):1–10.
 32. Stringhini Junior E, Vitcel MEB, Oliveira LB. Evidence of pulpotomy in primary teeth comparing MTA, calcium hydroxide, ferric sulphate, and electrosurgery with formocresol. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2015;16(4):303–12.
 33. Trenter SC, Walmsley AD. Ultrasonic dental scaler: Associated hazards. *J Clin Periodontol.* 2003;30(2):95–101.
 34. Schmidlin PR, Beuchat M, Busslinger A, Lehmann B, Lutz F. Tooth substance loss resulting from mechanical, sonic and ultrasonic root instrumentation assessed by liquid scintillation. *J Clin Periodontol.* 2008;28(11):1058–66.

35. Highsmith R. Guia clinica para la realizacion de raspaje y alisado radicular. ResearchGate. 2016;(January 2004).