



---

### **HIPOMINERLIZACIÓN INCISIVO MOLAR (MIH)**

RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO PREVENTIVO DE LA MIH DENTRO DEL PROGRAMA DE SALUD BUCODENTAL INFANTIL Y JUVENIL (PABIJ) DE ARAGÓN

---

Tarragó Gil Rosa, Martínez-Sanz Elena, Machetti Sánchez Ramón

Es propiedad de:

© Rosa Tarragó Gil, Elena Martínez Sanz y Ramón Machetti Sánchez

Primera edición: Julio 2019

ISBN 13: 978-84-09-13581-3

Como citar este libro:

Hipomineralización Incisivo Molar, MIH: recomendaciones de tratamiento preventivo de la MIH dentro del Programa de Salud Bucodental Infantil y Juvenil (PABIJ) de Aragón

Editores: Rosa Tarragó Gil, Elena Martínez Sanz y Ramón Machetti Sánchez

ISBN 13: 978-84-09-13581-3

Reservados todos los derechos.

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Diríjase Elena Martínez Sanz si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra. Solicite autorización en el teléfono +34 675 09 70 96, o escribiendo al e-mail: [elemarsanz@gmail.com](mailto:elemarsanz@gmail.com)

---

---

## HIPOMINERLIZACIÓN INCISIVO MOLAR (MIH)

### RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO PREVENTIVO DE LA MIH DENTRO DEL PROGRAMA DE SALUD BUCODENTAL INFANTIL Y JUVENIL (PABIJ) DE ARAGÓN

---

Tarragó Gil Rosa, Martínez-Sanz Elena, Machetti Sánchez Ramón

Los autores de estas recomendaciones declaran que el tratamiento de los pacientes con hipomineralización incisivo molar es individual; cada molar tendrá que ser tratado según grado de severidad y dependerá del momento en que haya sido diagnosticado.

La base del tratamiento preventivo, para que tenga éxito, será el **diagnóstico temprano** y los tratamientos de **remineralización** y de desensibilización. Además, deberá de incluir siempre un **programa individualizado de recomendaciones de higiene oral** y la reducción de la ingesta de alimentos cariogénicos y dieta erosiva como parte de las recomendaciones a las familias.

Ante la duda, y en los casos de MIH muy severos, los tratamientos pueden llegar a ser multidisciplinarios.

Estas recomendaciones se han basado en la mejor evidencia disponible hasta la fecha.

#### **Declaración de intención**

Estas recomendaciones no han sido elaboradas con la intención de establecer estándares de cuidado para pacientes individuales (los cuales sólo pueden ser determinados por profesionales competentes sobre la base de toda la información clínica de cada paciente) y están sujetos a cambios conforme reporte la evidencia científica y la aparición de nuevos agentes remineralizantes. Es muy importante incidir que estas recomendaciones no aseguran un desenlace exitoso en cada paciente, ya que dependerán de si siguen las recomendaciones y cuidados en casa y de si acuden a las revisiones pautadas.

---

## CONTENIDOS

---

**INTRODUCCIÓN**

**PREVALENCIA**

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

**CLASIFICACIÓN SEGÚN GRADO DE SEVERIDAD**

**REPERCUSIONES**

**TRATAMIENTO PREVENTIVO PRECOZ**

**ESTRATEGIAS PREVENTIVAS**

**PROCEDIMIENTO DE REMINERALIZACIÓN EN MOLARES AFECTADOS CON MIH  
SEGÚN GRADO DE AFECTACIÓN**

**MOLARES AFECTADOS POR MIH LEVE ERUPCIONADOS**

**MOLARES AFECTADOS POR MIH LEVE EN ERUPCIÓN**

**MOLARES AFECTADOS CON MIH MODERADA**

**MOLARES AFECTADOS CON MIH SEVERA**

**PROTOCOLO PREVENTIVO DE TRATAMIENTO EN CASA**

**CONCLUSIONES**

**BIBLIOGRAFÍA**

**ANEXO: Árbol de decisiones**

## HIPOMINERLIZACIÓN INCISIVO MOLAR (MIH)

### RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO PREVENTIVO DE LA MIH DENTRO DEL PROGRAMA DE SALUD BUCODENTAL INFANTIL Y JUVENIL (PABIJ) DE ARAGÓN

---

#### INTRODUCCIÓN

El síndrome de **hipomineralización incisivo molar** es una patología que cursa con **defectos cualitativos del esmalte** en los primeros molares permanentes (pudiendo afectar a uno, dos, tres o a los cuatro molares) y se encuentra frecuentemente asociada a opacidades de distinto grado en los incisivos definitivos. El término de **MIH**, por siglas en inglés, fue descrito como tal en el año 2001 por **Weerheijm et al.** para definir esta **patología de etiología desconocida**. Así, el síndrome de MIH es una alteración del esmalte cuya etiología, de origen sistémico, todavía es desconocida, pero parece que es multifactorial: los factores actuarían de un modo sumatorio ocurriendo en una etapa susceptible en el desarrollo de dientes específicos.

#### PREVALENCIA

En la actualidad, la prevalencia de MIH varía considerablemente a lo largo del mundo con cifras que van del 2,4% al 40,2%, encontrando porcentajes en la literatura de un 2,5% en China, y alcanzando valores de un 37,3% de prevalencia en Dinamarca. En España, alcanza valores que oscilan entre 23,4% en Madrid, 21,8% en Valencia y 17,8% en Barcelona.

Por lo tanto, la MIH es una patología y un problema de salud bucodental importante dentro de los programas PABIJ, por las repercusiones que con lleva, teniendo en cuenta la edad en la que estos pacientes son afectados por esta patología.

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La MIH puede llegar a afectar a cualquier otro diente temporal o permanente, aparte de incisivos y molares definitivos. Así, **segundos molares** temporales y/o permanentes, **premolares** y **caninos permanentes** también pueden verse afectados por MIH. Por todo ello, es muy importante hacer un diagnóstico lo más temprano posible para poder tratar eficazmente y aplicar el mejor tratamiento posible según la severidad. En dentición temporal, es muy importante recomendar las visitas periódicas de salud oral a partir de los 6 meses de vida, según indica la OMS. En cuanto están erupcionando los molares deciduos es importante verificar si los segundos molares temporales

erupcionan con signos de hipomineralización, denominados HSPM, por sus siglas en inglés: Hypomineralised Second Primary Molars, ya que es un indicador de riesgo para la MIH en la dentición definitiva (factor predictivo positivo).

Es fundamental hacer un diagnóstico diferencial de la MIH con otras patologías derivadas de alteraciones del desarrollo del esmalte como son la **amelogénesis imperfecta**, de origen genético, la **fluorosis**, con opacidades difusas como nubes –además, el esmalte de afectado por fluorosis es más resistente a la caries que el afectado por MIH– o la **hipoplasia** del esmalte, que es un defecto cuantitativo, no cualitativo como es la MIH, y afecta a la translucidez del esmalte.

### CLASIFICACIÓN SEGÚN GRADO DE SEVERIDAD

En 2006, Mathu-Maju y Wright, siguiendo criterios clínicos, propusieron una clasificación que divide los defectos según el grado de severidad.

Grado 1	<b>Leve:</b> Las opacidades se localizan en áreas que no suponen tensión para el molar (zonas de no oclusión). Estas opacidades son aisladas y sin pérdidas de esmalte por fractura. Tampoco existen casos de hipersensibilidad previos ni caries asociadas a afectación del esmalte.
Grado 2	<b>Moderada:</b> Esmalte hipomineralizado de color amarillento/marrón con afectación de las cúspides, con pérdida leve de sustancia y sensibilidad dental. Las opacidades suelen hallarse en el tercio incisal/oclusal, pudiendo haber pérdidas de esmalte post-eruptivas, así como presencia de caries que pueden invadir las cúspides. En estos casos, el paciente (o los padres del paciente) suelen manifestar sus preocupaciones respecto a la estética. Es frecuente encontrar restauraciones en otros molares afectados también por síndrome incisivo- molar.
Grado 3	<b>Severa:</b> Deficiencia mineral a gran escala con coloraciones amarillentas/marrones y grandes defectos en la corona, con gran pérdida de esmalte, y, en algunos casos, destrucción coronaria. En estos casos se suelen producir fracturas del esmalte post-erupción e hipersensibilidad. Las pérdidas de esmalte post-eruptivas son características dentro de este grado de afectación.

## REPERCUSIONES

La MIH y la HSPM son patologías con repercusiones muy importantes, ya que los dientes hipomineralizados pueden verse afectados más fácilmente por **caries y/o rotura posteruptiva del esmalte**, e incluso acabar con la pérdida de los dientes en los casos más graves.

La MIH es un reto para dentistas e higienistas dentales por el manejo complejo de los niños con mucha **sensibilidad**.

Es fundamental que se inicien los tratamientos lo antes posible, en cuanto el molar sea accesible, con agentes remineralizantes, ya que el **esmalte afectado** por MIH es muy **poroso y de baja calidad**, con probabilidad de **desintegración** del mismo.

Además, es muy importante sellar cuanto antes las fosas y fisuras del esmalte afectado por MIH en grado leve y moderado, siempre que haya sido remineralizado durante varias sesiones previamente.

## TRATAMIENTO PREVENTIVO PRECOZ

Para un tratamiento preventivo exitoso es fundamental un diagnóstico precoz de la patología. Éste permitirá la monitorización de los primeros molares permanentes y así asegurar que la mineralización y las medidas preventivas se apliquen, junto a las prácticas higiénicas diarias, tan pronto como las superficies afectadas sean accesibles al cepillado y a la aplicación de materiales remineralizantes y/o preventivos.

Para que el tratamiento preventivo tenga efecto, lo ideal es revisar a los niños en la erupción de su primer diente temporal para diagnosticar, cuanto antes, cualquier patología, tanto en dentición decidua como en permanente. Es vital revisar a los niños en el inicio de la erupción de los segundos molares temporales (2-3 años, aproximadamente) y en el inicio de la erupción de los primeros molares definitivos, a la edad de 5-6 años, aproximadamente, para detectar, lo antes posible, la alteración del esmalte en cualquier molar recién erupcionados. Si los segundos molares temporales tienen signos de hipomineralización (HSPM) nos servirá de factor predictor de que pueda darse también la MIH en dentición permanente. Por lo tanto, es muy importante también hacer revisiones y realizar tratamientos preventivos cuanto antes en molares deciduos afectados por HSPM.

## **ESTRATEGIAS PREVENTIVAS/ASISTENCIALES**

1º Identificación del riesgo. Historia clínica detallada

2º Diagnóstico temprano

3º Remineralización

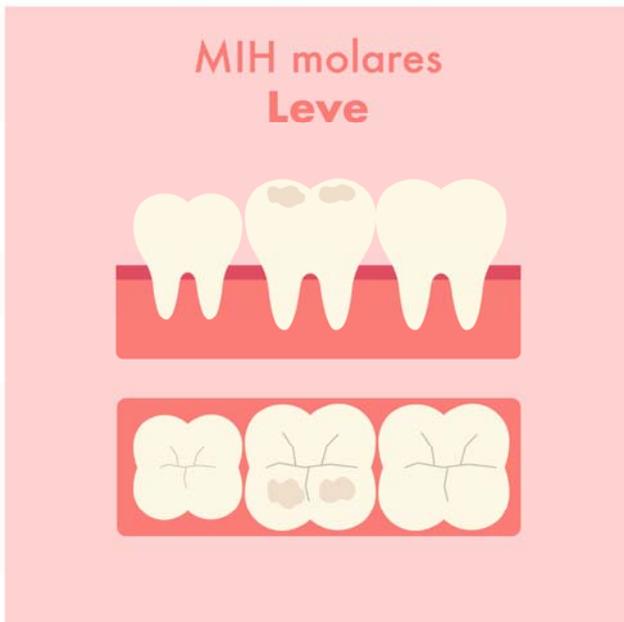
4º Selladores de fosas y fisuras

5ª Prevención de la caries y rotura del esmalte

6ª Tratamiento asistencial

## PROCEDIMIENTO DE REMINERALIZACIÓN EN MOLARES AFECTADOS CON MIH SEGÚN GRADO DE AFECTACIÓN

### MOLARES AFECTADOS POR MIH LEVE ERUPCIONADOS



Se aplicará barniz profesional de flúor al 5% (22.600 ppm) en los molares afectados con MIH, durante tres semanas consecutivas, y, si los molares están totalmente erupcionados, en la cuarta sesión se realizarán los sellados de fosas y fisuras. De esta forma tendremos unos molares remineralizados previamente a la aplicación del sellador.

Varios estudios concluyen que la aplicación de selladores de fosas y fisuras es recomendable en molares con defectos leves o moderados de MIH, que no son sensibles ni muestran roturas posteruptivas del esmalte. Sin embargo, las características estructurales del esmalte en los molares afectados por MIH dificultan la retención del sellador, por lo que se hace necesario buscar procedimientos que permitan mejorarla.

Es fundamental hacer un seguimiento al paciente tras el tratamiento preventivo. Se citará al paciente a revisión a los tres meses para comprobar la retención del sellador y, tras comprobar que no hay que reponerlo, se remineralizarán de nuevo los molares con barniz de flúor al 5%. En el caso de pérdida se repondrá el sellador.

## **Procedimiento de selladores de fosas y fisuras**

En la cuarta sesión, tras haber aplicado las tres sesiones de barniz remineralizante sobre los molares a sellar, comprobaremos que las fisuras están libres de caries y se procederá a la aplicación del sellador.

**Paso 1.** Si es posible, aislar con dique de goma el molar a sellar. **Paso 2.** Dependiendo de la sensibilidad, limpiar la superficie a sellar con cepillo y pasta de profilaxis o aplicar la técnica de microabrasión superficial mecánica (MSM) con aeropulidor para la limpieza de los surcos. La MSM es un método que utiliza pequeñas partículas de polvo aceleradas a gran velocidad con un chorro de aire. El polvo utilizado para la limpieza del surco antes de sellar, según reportan varios estudios, es polvo de glicina, ya que favorece la adhesión de las resinas, presentando un aspecto parecido al grabado. Además, proporciona menos sensibilidad al paciente afectado por MIH, y la ventaja de ausencia de ruido y vibración hace que sea ideal para pacientes con MIH. **Paso 3.** Aplicamos grabador al 37% (ácido ortofosfórico). Utilizaremos grabador en gel, pero si las fosas y fisuras son muy estrechas, mejor grabador líquido para que fluya mejor por los surcos de los molares con MIH. Además, es importante no aplicar grabador en exceso. Dejar actuar el grabador durante 20 segundos. Lavar 30 segundos para eliminar correctamente el ácido y las sales minerales de ortofosfato de calcio presentes en la superficie del esmalte, derivadas de su propia disgregación. **Paso 4.** Secar. **Paso 5.** Aplicar el sellador con un instrumento sin punta: podemos utilizar un dicalero, o la sonda de la OMS, o un pincel. No aplicar sellador por defecto (en cantidad insuficiente), ya que no se cumplirá su misión preventiva y podría favorecer la aparición de caries. **Paso 6.** Fotopolimerizar durante 20 segundos y, en el caso de utilizar una lámpara LED, seguir las instrucciones del fabricante. No fotopolimerizar en exceso, ya que el sellador se contrae. No utilizar sondas con punta afilada para la comprobar si esta adherido (así evitamos desprendimientos).

## **MOLARES AFECTADOS POR MIH LEVE EN ERUPCIÓN**

Comenzar a aplicar agentes remineralizantes tan pronto como sea accesible la superficie defectuosa, con el fin de conseguir una superficie remineralizada.

Se aplicará barniz profesional de flúor al 5% (22.600 ppm) en los molares afectados con MIH, durante tres semanas consecutivas y, como el control de la humedad ante de la completa erupción del molar es dudoso, aplicaremos un barniz de ionómero de vidrio hasta que el molar erupcione del todo y se selle con sellador definitivo. El barniz de ionómero protegerá contra la caries el esmalte afectado por MIH y reducirá la permeabilidad de la superficie. A pesar de su baja retención, éste barniz puede ser suficiente hasta que se coloque un sellador definitivo.

Revisaremos al paciente cada 3 meses y aplicaremos barnices de flúor.

## MOLARES AFECTADOS CON MIH MODERADA



En pacientes con MIH de grado moderado nos podemos encontrar con dificultades añadidas. Las superficies porosas expuestas del esmalte y dentina pueden ser invadidas rápidamente por bacterias, lo que resulta en una inflamación crónica de las prolongaciones de los odontoblastos, que complican la adhesión al esmalte, dando como resultado sensibilidad al aire frío y al agua caliente, a la comida y al cepillado. Varios autores han sugerido que si los surcos y fisuras son opacos y/o con coloración marrón se debe utilizar un pretratamiento con hipoclorito de sodio al 5% para remover las proteínas intrínsecas del esmalte y favorecer la adhesión.

Además, debido a que el esmalte en la MIH moderada es más poroso, los selladores en estos molares con hipomineralización con frecuencia deben ser repuestos. Otros autores nos sugieren que los molares que presentaban opacidades en oclusal tuvieron una gran retención cuando se utilizaron adhesivos de quinta generación antes de colocar el sellador.

Por todo ello, las recomendaciones propuestas son las descritas a continuación: Aplicación de tres sesiones de barniz remineralizante de flúor al 5%, en el caso de que el paciente no tenga sensibilidad ni rotura del esmalte. **Paso 1.** Aislar, si es posible con dique de goma. **Paso 2.** Dependiendo de la sensibilidad, limpiar la superficie a sellar con cepillo y pasta de profilaxis o limpiar el surco con aeropulidor y polvo de glicina. **Paso 3.** Pretratamiento del esmalte con hipoclorito sódico. **Paso 4.** Adhesivo autograbante. **Paso 5.** Aplicación de sellador. **Paso 6.** Fotopolimerizar. Si el paciente presenta sensibilidad dental y/o ruptura posteruptiva del esmalte, antes de sellar se aplicará barniz

de fluoruro diamínico de plata al 38%, y después colocaremos el sellador de fosas y fisuras.

### **MOLARES AFECTADOS POR MIH MODERADA\SEVERA EN ERUPCION**

Comenzar a aplicar agentes remineralizantes tan pronto como sea accesible la superficie defectuosa, con el fin de conseguir una superficie remineralizada.

Se aplicará barniz profesional de flúor al 5% (22.600 ppm) en los molares afectados con MIH, durante tres semanas consecutivas, y como el control de la humedad es dudoso, aplicaremos un barniz de ionómero de vidrio hasta que el molar erupcione del todo y se selle con sellador definitivo. El barniz de ionómero protegerá contra la caries el esmalte afectado por MIH y reducirá la permeabilidad de la superficie. A pesar de su baja retención, éste barniz puede ser suficiente hasta que se coloque un sellador definitivo.

Revisaremos al paciente cada 3 meses y aplicaremos barnices de flúor.

## MOLARES AFECTADOS CON MIH SEVERA



La elección del material depende de la gravedad del defecto, la edad y la cooperación del niño. Las opciones terapéuticas incluyen: cementos de ionómero de vidrio, resinas compuestas, coronas preformadas de acero inoxidable e incrustaciones.

Antes del tratamiento restaurador aplicaremos sesiones de remineralizantes. De esta forma, al restaurar nos encontraremos con un tejido más duro.

## **PROTOCOLO PREVENTIVO DE TRATAMIENTO EN CASA**

### **Fase educativa**

#### **Información y Motivación**

En primer lugar, informaremos detalladamente a los padres de qué es la MIH, para que sean conscientes de la gravedad de afectación dentaria que padecen sus hijos, y explicaremos a los padres el mayor riesgo de padecer lesiones de caries en estos dientes y cómo los molares afectados, a menudo, presentan sensibilidad dental. Se recomienda darles todas las indicaciones por escrito. Además, se les indica el grado de afectación que padecen sus hijos y las pautas personalizadas que deben de seguir para evitar las caries en los molares afectados, así como la sensibilidad dental.

#### **Enseñanza de técnicas de cepillado**

A todos los niños que presenten MIH se les educa y motiva con técnicas de cepillado exhaustivas, supervisadas por los padres, de tres veces al día durante tres minutos de reloj. Por la noche, con cepillo eléctrico, y el resto de las veces, con cepillo manual. En el caso de tener los molares parcialmente erupcionados y de difícil acceso, se les recomienda utilizar un cepillo unipenacho para recepillar los molares con MIH tras el cepillado general.

Si el paciente refiere sensibilidad, indicar el uso de cepillo ultrasuave y pasta dental con bajo índice abrasivo y que se enjuaguen con agua tibia.

#### **Control de la placa bacteriana**

Para comprobar el cepillado les recomendamos el uso de pastillas reveladoras de placa, una vez a la semana, después del cepillado.

#### **Dentífricos**

Además de una rigurosa higiene bucal supervisada por los padres, mínimo dos veces al día, a ser posible tres veces al día, utilizar una pasta dental de, al menos, 1.000 ppm de ión flúor.

Por otra parte, se les prescribe para uso diario pasta dental con capacidad remineralizante. Por ejemplo, dentífricos desensibilizantes con **tecnología Pro-Argin™**, o con **tecnología NovaMin®**, ya que están formuladas con flúor y, además, contienen carbonato cálcico y arginina (la primera) y fosfosilicato de sodio (la segunda), remineralizando y previniendo la hipersensibilidad dentinaria. Además, también pueden usarse dentífricos con **tecnología de trifosfato cálcico (TCP)** y 950 ppm de flúor.

En los casos de MIH moderada o severa se sugiere el uso de gel remineralizante con Recaldent<sup>®</sup>, que está compuesto de fosfopéptido de caseína, fosfato de calcio amorfo, más 900 ppm de flúor. Se debe aplicar después del cepillado, de la noche, en los dientes/molares afectados: se coloca una pequeña cantidad de producto sobre la superficie de los dientes con un dedo limpio, o con un aplicador con punta de algodón, y se deja que actúe entre 3-5 minutos. Este producto está contraindicado en pacientes alérgicos a la leche.

### **Medidas dietéticas**

Recomendaciones de alimentación no cariogénica para prevenir la caries en estos molares afectados por hipomineralización incisivo molar. Concienciar a los niños y a los padres en que deben reducir los azúcares de su alimentación para prevenir la caries en los molares afectados de MIH.  
Revisiones periódicas en función del riesgo individual.

### **CONCLUSIONES**

La hipomineralización incisivo molar es un reto para la odontología del siglo XXI, tanto por las dificultades técnicas, en grados moderados y severos, como por el difícil manejo de conducta en niños con alta sensibilidad. La importancia del diagnóstico precoz es fundamental para que los niños con MIH sean atendidos debidamente tan pronto como sea posible y se ponga en marcha el tratamiento para prevenir la desintegración del esmalte afectado (ruptura posteruptiva del esmalte). Si se detecta precozmente se permitirá que la remineralización y las medidas preventivas se puedan implantar en cuanto se pueda acceder a las superficies en erupción.

## BIBLIOGRAFÍA

---

Barberia Leache E. Atlas de odontología infantil para pediatras y odontólogos. 1ª ed: Madrid. Ed. Ripano SA. 2005.

Beentjes VE, Weerheijm KL, Groen HJ. Factors involved in the aetiology of molar incisor hypomineralisation (MIH). *Eur J Paediatr Dent* 2002; 3:9-13.

Boj JR, Catalá M, García-Ballesta C, Mendoza A, Planells P. Odontopediatría. 1a ed: Madrid. Ed. Ripano S.A. 2011.

Comes A, De la Puente C; Rodríguez F. Prevalencia de Hipomineralización en primeros molares permanentes (MIH). *Contin Educ Dent* 2006; 27(11):604-610.

Da Costa-Silva CM, Jeremias F, De Souza JF, Loiola R, Santos-Pinto L, Cilense L. Molar incisor hypomineralization: en población infantil del Área 2 de Madrid. *RCOE* 2007, 12: 129-34.

Fayle 2003. Molar incisor hypomineralisation: restorative management.

Gómez Santos G. Protocolos preventivos y terapéuticos de la hipomineralización incisivo-molar. Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral, 2013.

Jalevik B, Klinberg GA, Dental treatment Dental treatment, dental fear and behaviour management problems in children with severe enamel hypomineralization of their permanent first molars. *Int j paedriat Dent* 2002; 12(1):24-32.

Jans, M. A.; Diaz, M. J.; Vergara, G. C. & Zaror, S. C. Frequency and severity of the molar incisor hypomineralization in patients treated at the Dental Clinic of the Universidad de La Frontera, Chile. *Int. J. Odontostomat.*, 5(2):133-40, 2011.

Kotsano N, Kaklamanos E, Arapostathis K Treatment management of first permanent molars in children with Molar-Incisor Hypomineralisation. *EUROPEAN JOURNAL OF PAEDIATRIC DENTISTRY* 4/2005

Lygidakis, N. A. Treatment modalities in children with teeth affected by molar-incisor enamel hypomineralisation (MIH): A systematic review. *Eur. Arch. Paediatr. Dent.*, 11(2):65-74, 2010.

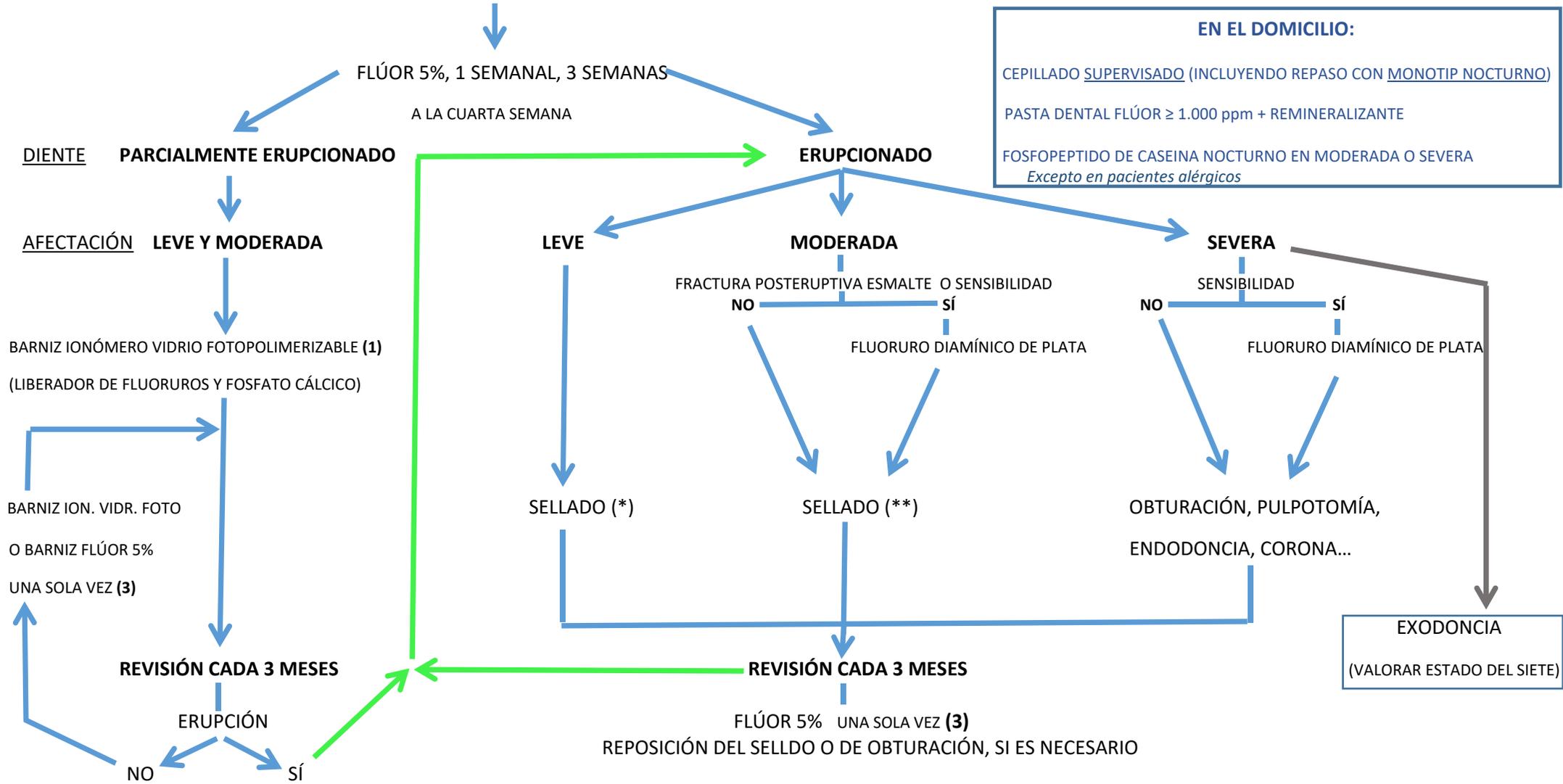
Lygidakis, N. A.; Dimou, G. & Stamataki, E. Retention of fissure sealants using two different methods of application in teeth with hypomineralised molars (MIH): a 4 year clinical study. *Eur. Arch. Paediatr. Dent.*, 10(4):223-6, 2009.

- Mastroberardino, S.; Campus, G.; Strohmenger, L.; Villa, A. & Cagetti, M. G. An innovative approach to treat incisors hypomineralization (MIH): A combined use of casein phosphopeptide-amorphous calcium phosphate and hydrogen peroxide—A case report. *Case Rep. Dent.*, 2012:379593, 2012.
- Mathu-Muju K, Wright JT. Diagnosis and treatment of molar hypomineralization. *Compend Contin Educ Dent* 2006; 27(11):604-610.
- Pérez-Martín T, Maroto M, Martín MC, Barbería-Leache E. Hipomineralización incisivo molar (HIM): Una revisión sistemática. *Int J Paediatr Dent* 2010; 20:426–434.
- Souza, Juliana Feltrin et al. Hipomineralización incisivo y molar: diagnóstico diferencial. *Acta Odontologica Venezolana*, v. 49, n. 3, p. 1-8, 2011.
- Weerheijm KL, Jalevik B, Alaluusua S. Molar-incisor hypomineralisation. *Caries Res* 2001; 35:390-391.
- Weerheijm KL. Molar incisor hypomineralisation (HIM). *Eur J Paediatr Dent* 2003; 4: 114-20.
- Weerheijm KL. Molar incisor hypomineralization (MIH): clinical presentation, aetiology and management. 2004 Jan-Feb;31(1):9-12.
- William V, Messer LB, Burrow MF. Molar incisor hypomineralization: review and recommendations for clinical management. *Pediatr Dent* 2006; 28:224-32.

## DIAGNÓSTICO MIH

## EN CLÍNICA

INFORMACIÓN + MOTIVACIÓN + CONSEJO DIETÉTICO, TODO INDIVIDUALIZADO



**SELLADO (\*):** AISLAR SI ES POSIBLE + LIMPIEZA CON POLVO DE GLICINA O PASTA PROFILAXIS  
GRABADO ORTOFOSFÓRICO 37%, 20''  
LAVAR 30''  
SECAR  
SELLADOR (2) + FOTOPOLIMERIZAR

**SELLADO (\*\*):** AISLAR, SI ES POSIBLE + LIMPIEZA CON POLVO DE GLICINA O PASTA PROFILAXIS  
HIPOCLORITO DE SODIO AL 5% (5'')  
LAVAR 30''  
SECAR  
ADHESIVO AUTOGRABANTE  
SELLADOR (2) + FOTOPOLIMERIZAR

(1) PORQUE SELLA Y PUEDE TENER LA CAPACIDAD DE RECARGARSE DEL FLÚOR QUE PROVIENE DE LA PASTA DENTÍFRICA.

(2) USAR SIEMPRE INSTRUMENTOS SIN PUNTA AFILADA EN LA EJECUCIÓN DE LOS SELLADORES (PINCELES, SONDA OMS O DICALERO).

(3) EN LAS REVISIONES COLOCAR UNA SÓLA VEZ NUEVO BARNIZ DE IONÓMERO DE VIDRIO O BARNIZ DE FLÚOR AL 5%.