

## CASE REPORT

**Conservative treatment with metal band for molar-incisor hypomineralization: A case report*****Tratamiento conservador con banda metálica para hipomineralización incisivo-molar: Reporte de caso***

Jodison José García Alcívar<sup>1</sup>    
Angélica María Miranda Arce<sup>1</sup>  

<sup>1</sup>Universidad San Gregorio de Portoviejo, Ecuador.

**How to cite:** García Alcívar, J.J. & Miranda Arce, A.M. (2026). Conservative treatment with metal band for molar-incisor hypomineralization: A case report. *Revista San Gregorio*, 1(65), 134-140. <http://dx.doi.org/10.36097/rsan.v1i65.3591>

Received: 11-04-2025

Accepted: 09-03-2026

Published: 31-03-2026

**ABSTRACT**

Molar-incisor hypomineralization (MIH) is a systemic enamel defect that affects one to four permanent first molars and is frequently associated with incisors. Its etiology is multifactorial and is linked to an increased risk of dental caries, hypersensitivity, aesthetic concerns, restoration failure, and, in some cases, the need for extractions for orthodontic purposes. This case report aimed to document a conservative treatment involving the placement of a metal band on a molar affected by MIH with post-eruptive enamel breakdown (PEB). The treated tooth was classified under criterion 5 of the MIH Severity Scoring System (HMI-SSS), corresponding to PEB with exposed dentin that was hard to touch. An orthodontic band was cemented using type I glass ionomer cement (GIC), and a high-density, fast setting encapsulated restorative GIC was used to reconstruct the lost tooth structure. Clinical follow-ups were conducted at two, four, and six months. At the final check-up, only minimal loss of occlusal GIC was observed, with no alterations to the band or surrounding tissues. In conclusion, this technique proved to be an effective, accessible, and clinically viable option for managing molars with PEB. However, further studies are recommended to assess its long-term durability.

**Keywords:** Molar hypomineralization; orthodontic appliances; mouth rehabilitation.

**RESUMEN**

El síndrome de hipomineralización incisivo-molar (HMI) es un defecto sistémico del esmalte que afecta de uno a cuatro primeros molares permanentes, con frecuencia asociado a los incisivos. Su etiología es multifactorial y se relaciona con un mayor riesgo de caries, sensibilidad dentaria, compromisos estéticos, fracaso de restauraciones e incluso la necesidad de extracciones con fines ortodóncicos. El presente reporte de caso pretendió documentar un tratamiento conservador mediante la colocación de una banda metálica en un molar afectado por HMI con ruptura del esmalte post-eruptiva (PEB). El diente tratado fue clasificado bajo el criterio 5 del sistema de puntuación de severidad HMI-SSS, correspondiente a PEB con exposición de dentina dura al tacto. Se cementó una banda de ortodoncia con cemento ionómero de vidrio (CIV) tipo I, y se utilizó CIV restaurador encapsulado de fraguado rápido y alta densidad para la reconstrucción del tejido dentario perdido. Se realizaron controles clínicos a los dos, cuatro y seis meses, evidenciándose en el último seguimiento únicamente una mínima pérdida de CIV en la superficie oclusal, sin alteraciones en la banda ni en los tejidos circundantes. En conclusión, esta técnica demostró ser una alternativa eficaz, accesible y clínicamente viable para el manejo de molares con PEB, aunque se recomienda continuar evaluando su durabilidad a largo plazo.

**Palabras clave:** Hipomineralización molar; aparatos ortodóncicos; rehabilitación bucal.



## INTRODUCCIÓN

La hipomineralización incisivo-molar (en lo adelante HMI) se describe como un defecto del esmalte de origen sistémico que afecta de uno a cuatro primeros molares permanentes, frecuentemente asociado con la afectación de los incisivos (Weerheijm et al., 2001). Esta condición puede presentarse junto con otros tipos de defectos en el desarrollo del esmalte, como la fluorosis, la hipoplasia y la amelogénesis imperfecta (Dulla & Meyer-Lueckel, 2021; Mendonça et al., 2024).

Con respecto a los factores causales, la HMI es considerada de etiología multifactorial (Bandeira Lopes et al., 2021). Diversos estudios han concluido que entre los principales factores asociados se encuentran enfermedades durante el embarazo, bajo peso al nacer, enfermedades generales en la infancia, el uso de antibióticos y episodios de fiebre alta durante los primeros años de vida (Juárez-López et al., 2023). Estos factores pueden alterar el desarrollo del esmalte, dando lugar a las características clínicas propias de este síndrome.

Los pacientes afectados por la HMI pueden presentar diversas complicaciones, como lesiones de caries dental, hipersensibilidad dentaria, problemas estéticos y funcionales, dificultades en la retención de restauraciones, e incluso desafíos psicológicos y de comportamiento (Almulhim, 2021; Bandeira Lopes et al., 2021). Estas manifestaciones no solo impactan la salud bucal, sino también la calidad de vida de quienes lo padecen, lo que resalta la importancia de un diagnóstico temprano y un enfoque de tratamiento integral.

En cuanto a datos epidemiológicos, se reporta una prevalencia mundial que varía ampliamente, del 2,5% al 40,2% (Almulhim, 2021; Lopes et al., 2021; Mendonça et al., 2024). En Manabí-Ecuador, la prevalencia obtenida en un grupo de niños manabitas fue de 24% en el año 2019 (Miranda-Arce et al., 2020).

Conforme se observa un aumento en la frecuencia de los casos de HMI, los tratamientos que se ofrecen a los pacientes se incrementan; en la actualidad continúa siendo un desafío para los profesionales diagnosticar y tratar este síndrome, ya que, aún no existe un consenso para establecer un protocolo clínico específico para el tratamiento de la HMI.

Los tratamientos para la HMI se enfocan en técnicas mínimamente invasivas. Entre las opciones terapéuticas se encuentran el uso de caseína, chicles sin azúcar, pastas dentales con arginina, gel de fluoruro de estaño al 0,4%, barnices de flúor y desensibilizantes como la terapia láser de bajo nivel, el fluoruro diamino de plata, técnicas biomiméticas y el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) para el control del dolor. Para casos más severos, la pulpotomía ha demostrado ser un tratamiento efectivo. Además, se utilizan remineralizantes, principalmente a base de flúor, junto con microabrasión, blanqueamiento dental, fotobiomodulación e hidroxiapatita (Gevert et al., 2022; Inchingolo et al., 2023).

También se recomienda el uso de selladores como medida preventiva frente a futuras lesiones de caries. El tratamiento restaurador atraumático (ART), empleando cemento ionómero de vidrio (CIV) como cubierta intermedia, es una opción conservadora eficaz. Las resinas compuestas se consideran materiales de elección para restauraciones estéticas, mientras que en casos más severos puede ser necesario recurrir al uso de coronas de acero. En el caso de incisivos afectados el tratamiento indicado suele ser resina infiltrante y para los problemas relacionados a la adhesión por las lesiones, se recomienda eliminación de todo el tejido afectado antes de la colocación del adhesivo de grabado total, por otra parte, en los primeros molares afectados gravemente una opción de tratamiento es la extracción guiada siempre con tratamientos de ortodoncia (Bandeira Lopes et al., 2021; Dulla & Meyer-Lueckel, 2021;; Sundfeld et al., 2020; Chen et al., 2023).

Orellana & Pérez (2019) mencionan que, a pesar de que las coronas de acero se mantienen como uno de los tratamientos predilectos para tratar este síndrome y ante la dificultad que presentan algunos países para adquirirlas, se puede ofrecer como alternativa cementar una banda de ortodoncia sobre un diente restaurado con CIV, para favorecer la retención del material restaurador y la resistencia a la compresión.

Este reporte de caso describe un enfoque conservador para la restauración de dientes afectados por HMI en una paciente de sexo femenino, quien presenta molares permanentes con defectos cualitativos del esmalte característicos de esta condición. Las lesiones fueron clasificadas como severas según el sistema de puntuación de severidad HMI-SSS (Molar Incisor Hypomineralization Severity Scoring System). Considerando que la necesidad de tratamiento para la HMI es significativa y que los problemas asociados a este padecimiento pueden ser más graves que otras anomalías del esmalte. Por esto, es importante ofrecer diversas opciones de tratamientos que sean conservadores y al mismo tiempo eficaces como es el protocolo propuesto.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de una paciente femenina de 14 años que fue atendida en la clínica odontológica de la Universidad San Gregorio de Portoviejo (USGP) en compañía de su tutor, quién manifestó problemas de sensibilidad y estética en los dientes de su representado. La historia clínica de los primeros cinco años de vida reveló que tuvo un embarazo complicado con riesgo de aborto.

El tratamiento se inició una vez obtenido el consentimiento informado del tutor legal y el asentimiento para la edad. La adolescente se mostró definitivamente positiva según la escala de Frankl (1962).

Como muestra la figura 1, al examen extraoral se observó simetría facial sin patologías en tejidos blandos. Previo al examen intraoral, bajo luz artificial, se limpiaron todas las superficies dentales con un cepillo de dientes. En el examen clínico intraoral mostró dentición permanente completa, apiñamiento anterior, sin lesiones cariosas visibles, se identificaron opacidades del esmalte post-eruptivas (PEB) en los molares 1.6 a 4.6.

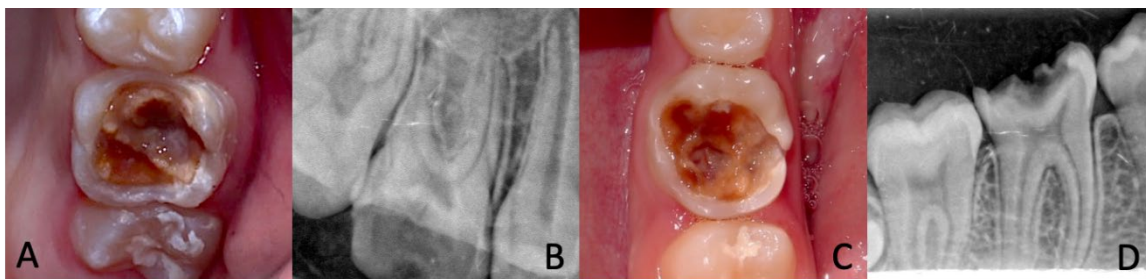


**Figura 1.** (A, B) Perfil facial del paciente presenta simetría, sin evidencia de asimetrías visibles. No se observan patologías aparentes en los tejidos blandos faciales.

Para el diagnóstico y la caracterización de las lesiones de HMI se empleó el sistema de puntuación de severidad HMI-SSS (Cabral et al., 2020), el cual permite evaluar no solo la presencia de la afección, sino también su grado de severidad. En este caso, se aplicó el criterio 5, correspondiente a PEB con exposición de dentina, la cual se presentó dura al tacto durante la exploración clínica.

El uso de aire comprimido no fue necesario, ya que el exceso de humedad se controló con gasas y rollos de algodón. Posteriormente, se realizaron exámenes por superficie con la ayuda de un espejo bucal, y se utilizó una sonda periodontal OMS para eliminar cualquier elemento adherido y verificar la dureza de la dentina expuesta.

Los molares afectados 1.6 (Figura 2 A/B) y 4.6 (Figura 2 C/D) fueron los clasificados según el criterio número 5 del sistema HMI-SSS. Con base en la historia médica y la evaluación clínica odontológica, se estableció el diagnóstico de HMI.



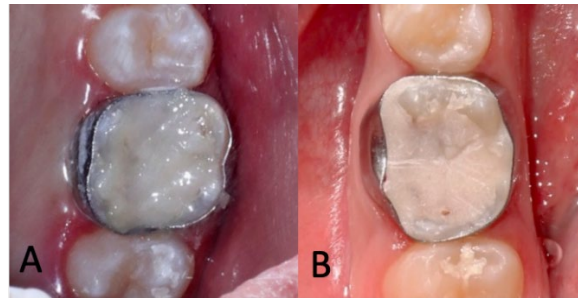
**Figura 2.** (A, B) Aspecto inicial, clínico y radiológico del molar 16 con HMI, opacidades blanco cremoso y PEB compatible con el criterio 5, que indica; PEB que expone la dentina (dura cuando se palpa); (C, D) aspecto inicial, clínico y radiológico del molar 46 con HMI y PEB compatible con el criterio 5.

De acuerdo con el plan de tratamiento establecido se contempló la fase preventiva en la cual se aplicó terapias con barniz de fluoruro de sodio al 5% como tratamiento clínico y dentífrico fluorado con 1450ppm F además de colutorio desensibilizante a base de nitrato de potasio al 5% como terapia domiciliaria. En la fase rehabilitadora los molares 16 y 46 fueron tratados mediante profilaxis dental con pasta a base de piedra pómez y colocación de ligas interproximales (24 horas previo al procedimiento) con el fin de obtener espacio para la cementación de la banda metálica, por último, la selección del tamaño adecuado de esta es importante aclarar que, se debieron realizar modificaciones de contorneado a la misma.

El grado de destrucción del tejido dental en los molares afectados, según la literatura, permite considerar una amplia gama de tratamientos, que incluyen el abordaje restaurador atraumático (ART), resinas compuestas, bandas de ortodoncia, coronas de acero o acetato, incrustaciones, extracciones y tratamiento ortodóncico. Dada la edad de la paciente, se optó por la colocación de una banda de ortodoncia cementada con CIV, una alternativa mínimamente invasiva, de eficacia clínica comprobada, accesible en términos económicos, y que le permitirá, al alcanzar la mayoría de edad, decidir por un tratamiento más definitivo. Esta opción también deja

abierta la posibilidad de incorporar en el futuro nuevas alternativas terapéuticas respaldadas por los avances tecnológicos.

En la fase de cementación, se colocó la banda metálica utilizando cemento ionómero de CIV tipo I, la cual fue asentada con la ayuda de un mordedor de banda. Los excesos de cemento fueron retirados cuidadosamente con hilo dental y una espátula metálica. Para la reconstrucción del tejido dentario perdido, se empleó un CIV restaurador estético encapsulado de fraguado rápido (5 minutos) y alta densidad (Equia Forte) en las piezas 1.6 (Figura 3 A) y 4.6 (Figura 3 B).



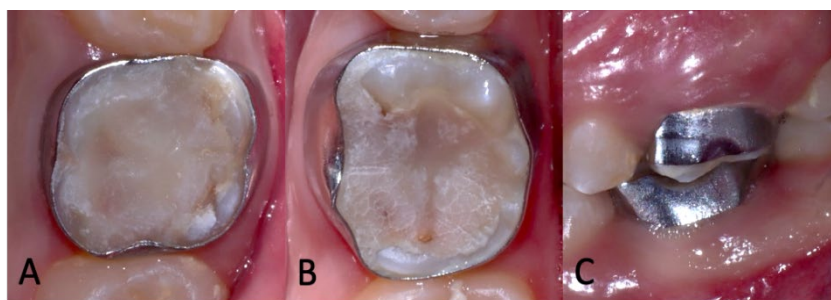
**Figura 3.** (A) Molar 16 con banda ortodóntica cementada, fortalecido con CIV restaurador estético de fraguado rápido de alta densidad; (B) Molar 46 con banda ortodóntica cementada; fortalecido con CIV restaurador estético de fraguado rápido de alta densidad.

Para las fases de control se programaron visitas a los dos, cuatro y seis meses, con el objetivo de evaluar el estado del tratamiento y el grado de desgaste del CIV. Asimismo, se reforzaron las recomendaciones relacionadas con la higiene oral y los hábitos alimentarios.

El éxito del tratamiento fue evaluado empleando los criterios propuestos por Innes et al. (2007), adaptados al abordaje realizado. Estos criterios incluyen: restauración funcional y satisfactoria, ausencia de necesidad de intervenciones adicionales, ausencia de signos clínicos o síntomas de patología pulpar, y ausencia de alteraciones patológicas visibles en las radiografías de control.

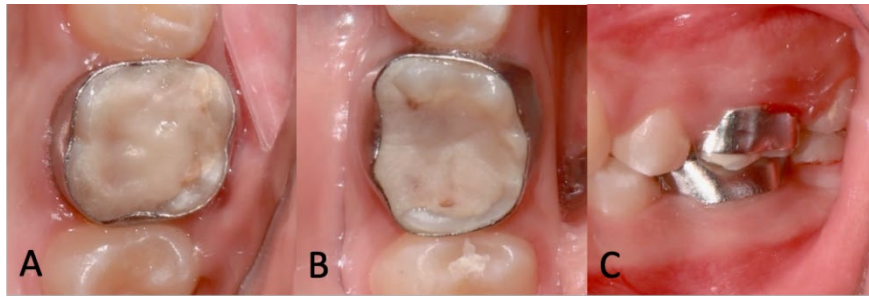
#### **Seguimiento y resultados**

Al evaluar las restauraciones de los molares 1.6 (Figura 4 A/C) y 4.6 (Figura 4 B/C) a los dos meses de su colocación, se constató que ambas restauraciones eran funcionalmente satisfactorias. No se requirieron intervenciones adicionales, ni se evidenciaron signos clínicos adversos ni sensibilidad pulpar.



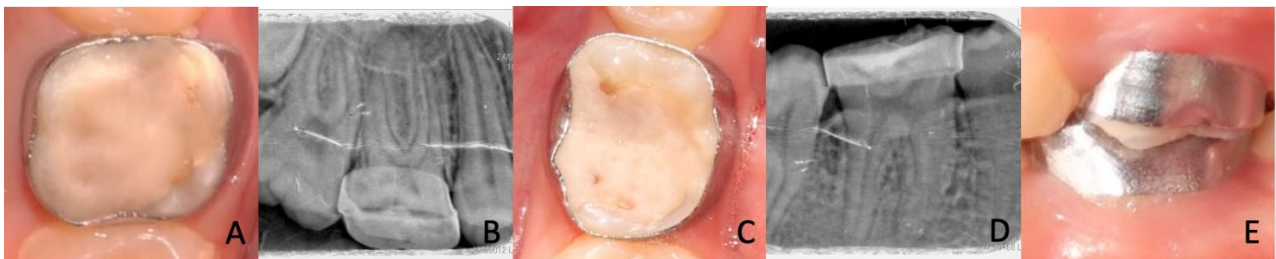
**Figura 4.** (A) Control a los 2 meses de molar 16. (B) Control a los 2 meses de molar 46; (C) Vista vestibular de los molares 16 y 46 en oclusión, no se observan cambios significativos dentales y de tejido blando.

Como se muestra en la figura 5, a los cuatro meses se evidenció desgaste del CIV en oclusal en ambos molares sin necesidad de volverlos a restaurar, aunque se mantuvo la ausencia de patologías y sensibilidad.



**Figura 5.** (A) Control a los 4 meses de molar 16, restauración con desgaste oclusal. (B) Control a los 4 meses de molar 46, restauración con desgaste oclusal. (C) Vista vestibular de los molares 16 y 46 en oclusión.

Finalmente, a los seis meses, como evidencia la figura 6, el desgaste del CIV conservó el mismo patrón, sin signos patológicos en la radiografía periapical ni afecciones pulpares, lo que confirma la estabilidad de las restauraciones durante el período de seguimiento.



**Figura 6.** (A, B, E) Control de 6 meses de molar 16. (C, D, E) Control de 6 meses de molar 46. Se evidencia desgaste oclusal sin signos de sensibilidad ni patológicos en la radiografía periapical.

### **Consideraciones éticas**

Es importante señalar que, en el contexto ecuatoriano, los tratamientos disponibles para la HMI son limitados y, en algunos casos, poco conocidos, lo que motivó la realización del presente estudio de caso.

El proyecto contó con la aprobación del Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos (CEISH) de la Universidad San Gregorio de Portoviejo (USGP), bajo el código CEISH-USGP-CAS-ODO-2025-004. Durante la primera atención odontológica, se obtuvo el consentimiento informado del representante legal de la paciente, así como el asentimiento correspondiente, de acuerdo con su edad. En dicho documento se estableció que los resultados serían utilizados exclusivamente con fines investigativos, garantizando la confidencialidad de la información conforme a lo dispuesto en la Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2013).

### **DISCUSIÓN**

Recientes estudios, como los resultados presentados en este reporte, sugieren alternativas terapéuticas más flexibles y menos invasivas, entre ellas el uso de bandas de ortodoncia cementadas con CIV (Orellana & Pérez, 2019; Bagattoni et al., 2021). Esta estrategia refuerza la retención de las restauraciones, lo que permite preservar de manera más eficaz el esmalte posteruptivo en molares afectados por HMI, disminuir el riesgo de fracturas futuras y limitar la progresión de la destrucción estructural. Lo fundamental en estos casos es priorizar la preservación del remanente dentario, la finalidad de mejorar la calidad de vida del paciente pediátrico, donde la colaboración y el bienestar del niño resultan imprescindibles para el éxito terapéutico.

La estabilidad del CIV y la ausencia de complicaciones clínicas durante el seguimiento respaldan la viabilidad y eficacia de esta alternativa para el manejo conservador de la HMI. La combinación de bandas de ortodoncia cementadas con CIV en la superficie oclusal no solo protege los molares comprometidos, sino que también ofrece una solución duradera ante los retos estéticos y funcionales propios de esta condición.

Uno de los beneficios de este enfoque terapéutico es la reducción de complicaciones posteriores. Según lo reportado por de Andrade Alves et al. (2023), los pacientes tratados con este protocolo se mantienen libres de sensibilidad, dolor o fracturas del tejido dentario durante el seguimiento. En el caso aquí presentado, si bien se evidenció un leve desgaste del CIV, no fue necesaria su reparación, lo que confirma su estabilidad clínica en el corto plazo.

Actualmente en aquellos casos de HMI con amplia pérdida de estructura dentaria se ha optado por la rehabilitación con coronas de acero mediante la técnica de Hall modificada, especialmente por su eficacia en casos complejos (Vansan et al., 2021). Sin embargo, esta técnica no está exenta de desafíos, como la acumulación de biopelícula y la inflamación gingival asociada (Quintero et al., 2021), factores que pueden afectar la comodidad del paciente y la salud bucal a largo plazo, a diferencia del resultado en este caso donde se evidenció no tener ningún tipo de alteración en el tejido circundante al examen clínico.

La utilización de esta técnica restauradora y protectora en molares afectados por HMI exige que los especialistas en ortodoncia estén capacitados para identificar correctamente esta condición. Si bien en muchos casos se prioriza la conservación de los primeros molares permanentes debido a su papel fundamental en la guía oclusal del paciente, diversos autores, como Santos (2024) señalan que, en contextos de destrucción severa del tejido dentario, la extracción oportuna de estas piezas se convierte con frecuencia en el procedimiento de elección. Esta decisión clínica debe tomarse con base en una evaluación que considere la severidad de la lesión, la edad del paciente, el desarrollo esquelético y las opciones ortodóncicas disponibles para mantener la funcionalidad y la estética a largo plazo.

## CONCLUSIONES

El uso de bandas metálicas CIV en molares afectados por opacidades del PEB se presenta como una alternativa restauradora conservadora, eficaz y viable en contextos clínicos con recursos limitados, que permite preservar el remanente dentario y controlar la progresión de la destrucción estructural asociada a la HMI, manteniendo la funcionalidad del diente sin recurrir a procedimientos invasivos.

Aunque las coronas metálicas continúan siendo una opción ampliamente recomendada en casos severos, su disponibilidad y coste pueden representar una barrera en determinados entornos geográficos. En este sentido, la combinación de bandas metálicas con restauraciones en CIV constituye una solución clínicamente satisfactoria y accesible, gracias a su buena retención mecánica, facilidad de aplicación y adaptabilidad a distintas poblaciones dentro de la atención odontológica en salud pública.

Durante el seguimiento clínico, este protocolo mostró resultados positivos en términos de estabilidad funcional, sin evidencias de patología pulpar ni alteraciones periapicales radiográficas. Estos resultados respaldan su aplicabilidad, especialmente en casos de HMI con PEB, y abren la posibilidad de considerar este tratamiento como una alternativa estándar en escenarios de atención limitada. No obstante, se reconoce la necesidad de continuar investigando la longevidad clínica de las restauraciones con CIV encapsulados y su comportamiento a largo plazo en diferentes grupos etarios y contextos operativos.

## REFERENCIAS

- Almulhim, B. (2021). Molar and incisor hypomineralization. *JNMA Journal of the Nepal Medical Association*, 59(235), 295-302. <https://doi.org/10.31729/jnma.6343>
- Bagattoni, S., Gozzi, I., Lardani, L., Piana, G., Mazzoni, A., Breschi, L., et al. (2021). Case report of a novel interim approach to prevent early posteruptive enamel breakdown of molar-incisor hypomineralization-affected molars. *Journal of the American Dental Association*, 152(7), 560-566. <https://doi.org/10.xxxx>
- Bandeira Lopes, L., Machado, V., Botelho, J., & Haubek, D. (2021). Molar-incisor hypomineralization: An umbrella review. *Acta Odontologica Scandinavica*, 79(5), 359-369. <https://doi.org/10.1080/00016357.2020.1863461>
- Cabral, R. N., Nyvad, B., Soviero, V. L. V., Freitas, E., & Leal, S. C. (2020). Reliability and validity of a new classification of MIH based on severity. *Clinical Oral Investigations*, 24, 727-734. <https://doi.org/10.1007/s00784-019-02955-4>
- Chen, J., Xu, Y., & Guo, W. (2023). Combined orthopedic-orthodontic treatments of adolescent skeletal open-bite with severe molar-incisor hypomineralization: A case report and literature review. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 47(1), 91-99. <https://doi.org/10.22514/jocpd.2022.017>
- de Andrade Alves, L., Rangel, M., Moraes, V. A., Guaré, R. O., & Diniz, M. B. (2023). Banda ortodôntica como alternativa de tratamento conservador provisório para primeiros molares permanentes com hipomineralização molar incisivo (HMI)-relato de caso. *Revista Científica do CRO-RJ*, 8(1), 46-52. <https://doi.org/10.29327/244963.8.1-7>
- Dulla, J. A., & Meyer-Lueckel, H. (2021). Molar-incisor hypomineralisation: Narrative review on etiology, epidemiology, diagnostics and treatment decision. *Swiss Dental Journal*, 131(11). <https://doi.org/10.61872/sdj-2021-11-763>
- Frankl, S. N. (1962). Should the parent remain with the child in the dental operator? *Journal of Dentistry for Children*, 29, 150-163. <https://cir.nii.ac.jp/crid/1573387450057435008>
- Gevert, M. V., Soares, R., Wambier, L. M., Ribeiro, A. E., Avais, L. S., de Souza, J. F., et al. (2022). How is the quality of the available evidence on molar-incisor hypomineralization treatment? An overview of systematic reviews. *Clinical Oral Investigations*, 26(10), 5989-6002. <https://doi.org/10.1007/s00784-022-04612-9>

- Inchingolo, A. M., Inchingolo, A. D., Viapiano, F., Ciocia, A. M., Ferrara, I., Netti, A., et al. (2023). Treatment approaches to molar incisor hypomineralization: A systematic review. *Journal of Clinical Medicine*, 12(22), 7194. <https://doi.org/10.3390/jcm12227194>
- Innes, N. P., Evans, D. J., & Stirrups, D. R. (2007). The Hall Technique: A randomized controlled clinical trial of a novel method of managing carious primary molars in general dental practice. *BMC Oral Health*, 7, 18. <https://doi.org/10.1186/1472-6831-7-18>
- Juárez-López, M. L. A., Salazar-Treto, L. V., Hernández-Monjaraz, B., & Molina-Frechero, N. (2023). Etiological factors of molar incisor hypomineralization: A systematic review and meta-analysis. *Dentistry Journal*, 11(5), 111. <https://doi.org/10.3390/dj11050111>
- Lopes, L. B., Machado, V., Mascarenhas, P., Mendes, J. J., & Botelho, J. (2021). The prevalence of molar-incisor hypomineralization: A systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports*, 11(1), 22405. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-01541-7>
- Mendonça, F. L., Regnault, F. G. D. C., Grizzo, I. C., Martins, D. D. S., Fragelli, C., Leal, S. C., et al. (2024). Comparison between two molar incisor hypomineralization detection criteria in epidemiological surveys. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 34(4), 313-320. <https://doi.org/10.1111/ipd.13127>
- Miranda-Arce, A. M., Zambrano-Cedeño, L., García-Parrales, E., Fienco-Calderón, N., Santos-Zambrano, T. B., & Fimia-Duarte, R. (2020). Prevalencia de hipomineralización incisivo molar en un grupo de niños manabitas, Ecuador. *The Biologist*, 18(1), 75-81. <https://doi.org/10.24039/rtb2020181471>
- Orellana, C., & Perez, V. (2019). Ionómero de vidrio modificado y banda ortodóncica: Una alternativa provisoria para el tratamiento de la hipomineralización de incisivos molares. Reporte de un caso. *Journal of Oral Research*, 6(3), 70-74. [http://revistas.udec.cl/index.php/journal\\_of\\_oral\\_research/article/view/888](http://revistas.udec.cl/index.php/journal_of_oral_research/article/view/888)
- Quintero, Y., Farias, A., Restrepo, M., & Santos-Pinto, L. (2021). Modified Hall technique for severely hypomineralized molars: Report of cases. *CES Odontología*, 34(1), 118-124. <https://doi.org/10.21615/cesodon.34.1.11>
- Santos, P. B. (2024). Why orthodontists need to know about molar incisor hypomineralization. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 165(3), 256-261. <https://doi.org/10.1016/j.ajodo.2023.10.017>
- Sundfeld, D., da Silva, L., Kluppel, O. J., Santin, G. C., de Oliveira, R., Pacheco, R. R., et al. (2020). Molar incisor hypomineralization: Etiology, clinical aspects, and a restorative treatment case report. *Operative Dentistry*, 45(4), 343-351. <https://doi.org/10.2341/19-138-T>
- Vansan, C., Furlan, L., & Imparato, J. C. P. (2021). Diagnóstico y tratamiento de hipomineralización molar primaria en gemelos: reporte de un caso. *Revista de Odontopediatría Latinoamericana*, 11(2), 368-375. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=102242>
- Weerheijm, K. L., Jälevik, B., & Alaluusua, S. (2001). Molar-incisor hypomineralisation. *Caries Research*, 35(5), 390-391. <https://doi.org/10.1159/000047479>
- World Medical Association. (2013). *World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*. *JAMA*, 310(20), 2191-2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>

#### Conflicts of Interest:

The authors declare no conflict of interest.

#### Author Contributions:

Jodison José García Alcivar and Angélica María Miranda Arce contributed equally to conceptualization, data curation, formal analysis, investigation, methodology, supervision, validation, visualization, writing—original draft preparation, and writing—review and editing.

#### Disclaimer/Publisher's Note:

The statements, opinions, and data contained in all publications are solely those of the authors and individual contributors and not of Revista San Gregorio or the editors. Revista San Gregorio and its editors disclaim responsibility for any injury to people or property resulting from any ideas, methods, instructions, or products referred to in the content.