

Libro

Comunicaciones y Póster



10-11 Marzo de 2017

AUDITORIO DE ZARAGOZA



ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE ODONTÓLOGOS
Y ESTOMATÓLOGOS DE ARAGÓN
ZARAGOZA - HUESCA - TERUEL

FDAI FUNDACIÓN
DENTAL
ARAGONESA

howden



Comunicaciones

- 10 AFECTACIÓN DE LA MALOCCLUSIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE ODONTOPEDIÁTRICO
AUTORES: B. Auría-Martín; S. Retamar-Jiménez; A. Sanz-Coarasa
- 11 TRATAMIENTO TARDIO MULTIDISCIPLINAR DE UNA CLASE III ESQUELETICA SIN CIRUGIA
AUTORES: L. Montis Pelegay; J. M. Sampietro Fuentes
- 12 MANEJOS OCLUSALES EN PACIENTES CON MALFORMACIONES DENTOFACIALES COMPLEJAS
AUTORES: U. M. Jariod Ferrer; M. Gavin Clavero; A. Sampietro; I. Moral Sáez; E. Saura Fillat
- 13 AUTOTRANSPLANTE DE UN 1.8 EN UN 4.6: A PROPÓSITO DE UN CASO
AUTORES: R. Novillo Escribano; P. Herrera Ruiz; O. Alonso Ezpeleta; J. Novillo Villanueva
- 15 ¿EL USO RUTINARIO DEL LÁSER EN ODONTOLOGÍA CONSERVADORA MEJORA EL RENDIMIENTO CLÍNICO DE NUESTRAS OBTURACIONES? ESTADO ACTUAL
AUTORES: M. Moradas Estrada; B. Alvarez López; M. A. Villa Vigil
- 17 AUMENTO VERTICAL DEL REBORDE ALVEOLAR: INLAY VS ONLAY VS DISTRACCIÓN
AUTORES: J. Cruz Lafuente; E. Pérez Pevida; M. Guerrero González
- 19 ESTUDIO DE FACTORES PRONÓSTICOS PREQUIRÚRGICOS EN EL CARCINOMA ESCAMOSO DE CAVIDAD ORAL. INFLUENCIA EN LA SUPERVIVENCIA DE LA POBLACIÓN ARAGONESA
AUTORES: U. M. Jariod Ferrer; B. Pantilie; F. Lobera; R. Gallego; E. Saura
- 20 UN PROCEDIMIENTO PARA HACER PUNTOS DE CONTACTO PERFECTOS
AUTORES: M. Miñana Amada; M. Miñana Barrios

Índice

- 21 RECONSTRUCCIÓN DEL DIENTE ENDODONCIADO: A PROPÓSITO DE UNA SERIE DE CASOS
AUTORES: I. Ramos Aguado; V. Jalón Rodríguez; S. Poc Sola; A. Villanueva Ortiz; O. Alonso Ezpeleta
- 22 HEMISECCION RADICULAR “UNA ALTERNATIVA A LA EXTRACCIÓN DENTAL”. A PROPÓSITO DE VARIOS CASOS
AUTORES: M. P. Henrique Forero; S. Rodríguez Ramos; S. Poc Sola; R. Peñuelas Calvo; O. Alonso Ezpeleta
- 23 REGENERACIÓN DE DEFECTOS INFRAÓSEOS PERIODONTALES NO CONTENIDOS MEDIANTE TERAPIA COMBINADA. ESTUDIO CLÍNICO CONTROLADO ALEATORIZADO A DOBLE CIEGO: RESULTADOS A 12 MESES
AUTORES: M. Losada; R. González; A. Pujol; A. Santos; J. Nart
- 24 REABSORCIÓN RADICULAR EXTERNA EN I.3: A PROPÓSITO DE UN CASO
AUTORES: A. Argón Casao; A. González Domínguez; R. Novillo Escribano; L. O. Alonso Ezpeleta; S. Abizanda Guillén
- 26 TRATAMIENTO DE CONDUCTOS Y BLANQUEAMIENTO INTERNO DE UN 2.1 CON METAMORFOSIS CÁLCICA
AUTORES: S. Abizanda Guillén, S. Poc Sola; V. Chykanovskyy; A. Villanueva Ortiz; O. Alonso Ezpeleta
- 27 MANEJO ENDODÓNCICO DEL DIENTE PERMANENTE JOVEN. A PROPÓSITO DE UNA SERIE DE CASOS
AUTORES: S. Poc Sola; A. Esteban Clemente; S. Abizanda Guillén; P. Herrera Ruiz; O. Alonso Ezpeleta
- 28 VARIABILIDAD ANATÓMICA DE PREMOLARES Y SU MANEJO ENDODÓNTICO
AUTORES: S. Rodríguez Ramos; M. P. Enrique Forero; S. Poc Sola; L. Armendáriz Bandrés; O. Alonso Ezpeleta
- 30 HALLAZGO DEL CONDUCTO MESIOCENTRAL EN PRIMEROS MOLARES MANDIBULARES: A PROPÓSITO DE VARIOS CASOS
AUTORES: A. Pérez Cano; M. Ojuel Guillermo; S. Abizanda Guillén; L. Baroni Cañizares; O. Alonso Ezpeleta

Índice

- 31 MANEJO ENDODÓNTICO DE UN 3.1 CON CONDENSADOR FRACTURADO Y CONDUCTO LATERAL
AUTORES: L. M. Martínez Gallego; V. Chykanovsky; S. Abizanda Guillén; A. Román Esteban; O. Alonso Ezpeleta
- 32 USO DE CBCT Y MICROSCOPIO OPERATORIO PARA EL MANEJO DE UN PREMOLAR INFERIOR CON TRES RAÍCES, PERFORACIÓN Y PARESTESIA DEL LABIO INFERIOR
AUTORES: O. Valencia de Pablo; S. Poc Sola; S. Abizanda Guillén; L. O. Alonso Ezpeleta
- 34 TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR DE UN 1.1 CON REABSORCIÓN CERVICAL INVASIVA EXTERNA
AUTORES: P. Herrera Ruíz; R. Novillo Escribano; S. Abizanda Guillén; S. Poc Sola; O. Alonso Ezpeleta
- 35 ANÁLISIS DE RESULTADOS CLÍNICOS DE TÉCNICAS ACTUALES DE PRESERVACIÓN ALVEOLAR. REVISIÓN Y PRESENTACIÓN DE CASOS
AUTORES: A. Rioja Sánchez; M. Beltrán Guijarro; E. Pérez Pevida; A. Gómez Menchero; B. Dehesa Ibarra
- 37 INJERTO GINGIVAL LIBRE COMO ALTERNATIVA AL COLGAJO DESPLAZADO LATERAL EN EL TRATAMIENTO DE UNA RECESIÓN CLASE III DE MILLER
AUTORES: J. Forcén Francia; G. González del Castillo Sancho; A. Gómez Menchero; E. Pérez Pevida; B. Dehesa Ibarra
- 38 TRATAMIENTO DE RECESIONES CON PRONÓSTICO PREDECIBLE
AUTORES: B. Cabeza de los Arcos; M. Plana Montori; J. Climent Thomson; R. Jaramillo Santos; E. Pérez Pevida



Pósters

- 42 MANEJO ODONTOLÓGICO DEL NIÑO AUTISTA EN LA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL DEL C.S DE EJEA DE LOS CABALLEROS. A PROPÓSITO DE UN CASO
AUTORES: N. C. Marco Ruiz; J. Aguado Casado
- 43 LUXACIONES DENTALES: EPIDEMIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO
AUTORES: R. Celaya Santisteve; V. Chykanovsky; E. Lahoz Miranda; B. Peco Claverol; D. Aragón Navarro
- 43 ESTUDIO ANATÓMICO DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE. IMPORTANCIA FUNCIONAL Y PREVENTIVA
AUTORES: M. Obón Monreal
- 44 TÉCNICAS AVANZADAS DE AISLAMIENTO DENTAL
AUTORES: A. M. Lupu; R. Celaya Santisteve; V. Chykanovsky
- 45 REPERCUSIÓN DE LA MALOCCLUSIÓN SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADOLESCENTE Y EL ADULTO
AUTORES: S. Retamar-Jiménez; D. Aragón-Navarro; B. Auría-Martín
- 46 MANEJO MULTIDISCIPLINAR DE LAS LUXACIONES EXTRUSIVAS Y SUS COMPLICACIONES: A PROPÓSITO DE UN CASO
AUTORES: E. Lahoz Miranda; C. Abad Ruiz; B. Peco Claverol; R. Celaya Santisteve; V. Chykanovsky
- 46 PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE LAS INTRUSIONES DENTALES TRAUMÁTICAS
AUTORES: B. Peco; V. Chykanovsky, E. Lahoz; R. Celaya; D. Aragón
- 47 ERGONOMÍA Y TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS ASOCIADAS EN ODONTOLOGÍA
AUTORES: C. Abril Redondo; B. Peco Claverol; V. Chykanovsky



Índice

- 48 DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER ORAL MEDIANTE BIOMARCADORES SALIVALES.
REVISIÓN SISTEMÁTICA
AUTORES: E. Aranjuelo; D. Martín; Y. Centurión
- 49 TRATAMIENTO DE CONDUCTOS EN “C” DE UN SEGUNDO MOLAR INFERIOR
AUTORES: S. Abizanda Guillén; L. Miguel Martínez Gallego; A. Argón Casao; R.
Novillo Escribano; O. Alonso Ezpeleta
- 49 ESTUDIO PILOTO: NIVELES DE PH DEL HIDRÓXIDO DE CALCIO UTILIZANDO
DIFERENTES VEHÍCULOS
AUTORES: S. Poc Sola; A. González Domínguez; R. Novillo Escribano; S.
Abizanda Guillén; O. Alonso Ezpeleta
- 50 REMOCIÓN DE PLACA SUBGINGIVAL SIMULADA: COMPARATIVA ENTRE DOS
TIPOS DE CURETAS. ESTUDIO IN VITRO
AUTORES: I. Monteagudo Villalobos; V. Chykanovsky; M. Guerrero González
- 51 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PERIODONTAL DE LOS DEFECTOS DE FURCA
CLASE II Y DEFECTOS VERTICALES USANDO LÁSER DE DIODOS Y PROTEINAS
DERIVADAS DE LA MATRIZ DEL ESMALTE. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO
AUTORES: J. Loscos Estaún; I. Muñoz Pérez; A. Ramírez Salas; A. Loscos Estaún
- 52 USO DE FRAGMENTOS DE CERÁMICA FELDESPÁTICA COMO RESTAURACIÓN
ESTÉTICA EN EL SECTOR ANTERIOR
AUTORES: F. Martínez Santabárbara; J. Loscos Estaún; K. Hernandez García; V.
Martínez García
- 54 FULL-MOUTH DESINFECTION” VS RASPADO Y ALISADO RADICULAR POR
CUADRANTES. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA
AUTORES: N. Rasal Vela; M. Guerrero González; A. Gómez Menchero; E. Pérez
Pevida; B. Dehesa Ibarra
- 56 AUMENTO VERTICAL Y HORIZONTAL DE TEJIDOS BLANDOS EN SECTOR
ESTÉTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO
AUTORES: A. Maximiano Millán; E. Pérez Pevida; C. Pradilla Lanau; M. Guerrero
González; D. Saura García-Martín

- 57 TRATAMIENTO DE RECESIONES CLASE III DE MILLER: INJERTO DE TEJIDO CONECTIVO CON AVANCE CORONAL VS TÉCNICA DE TÚNEL. REVISIÓN Y PRESENTACIÓN DE CASOS
AUTORES: J. Climent Thomson; E. Pérez Pevida; B. Cabeza de los Arcos; D. Saura García-Martín; F. Monticelli
- 58 REHABILITACIÓN FUNCIONAL Y ESTÉTICA MINIMAMENTE INVASIVA. CASO CLÍNICO
AUTORES: A. Miñana Barrios; M. Miñana Barrios
- 58 TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA PERIAPICAL: REVISIÓN SISTEMÁTICA
AUTORES: R. Sampietro-Martínez; B. Auría-Martín; M. Guerrero-González; V. Chykanovsky
- 59 CARILLAS SIN PREPARACIÓN: VENTAJAS Y DESVENTAJAS
AUTORES: P. Carranza; B. Alonso; V. Chykanovsky
- 60 PLAN DE TRATAMIENTO ESTÉTICO MEDIANTE EL DISEÑO DIGITAL DE LA SONRISA (DSD)
AUTORES: B. Alonso; P. Carranza; V. Chykanovsky
- 60 EL PAPEL DEL HIGIENISTA BUCODENTAL EN LA REMINERALIZACIÓN DE LA HIPOMINERALIZACIÓN INCISIVO MOLAR Y DE LAS LESIONES INCIPIENTES DE CARIES: NUEVOS AGENTES REMINERALIZANTES
AUTORES: R. Tarragó Gil; E. Martínez Sanz; A. Sanz Coarasa
- 61 INFLUENCIA DE LA ZONA DONANTE EN LOS RESULTADOS CLÍNICOS DEL TRATAMIENTO MEDIANTE INJERTO DE TEJIDO CONECTIVO: PALADAR O TUBEROSIDAD. REVISIÓN DE LA LITERATURA
AUTORES: G. González del Castillo; A. Brizuela Velasco; J. Forcen Francia; E. Perez Pevida; B. Dehesa Ibarra
- 62 TRATAMIENTO ORTODÓNICO RESUELTO CON TÉCNICA TIP-EDGE
AUTORES: M. García Contreras

IV Congreso Dental Aragonés

- 63 ¿OSTEO QUE?
AUTORES: F. Hernández Altemir; S. Hernández Montero; S. Hernández Montero;
E. Hernández Montero
- 64 MANEJO DE LAS CURVATURAS RADICULARES EN ENDODONCIA. A PROPÓSITO
DE VARIOS CASOS
AUTORES: M. Ojuel Guillermo; A. Pérez Cano; S. Poc Sola; G. Hidalgo Olivares; O.
Alonso Ezpeleta
- 66 INDICACIONES DEL MTA: REVISIÓN DE LITERATURA CIENTÍFICA Y
PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS
AUTORES: V. Jalón Rodríguez; I. Ramos Aguado; S. Abizanda Guillén; O.
Valencia de Pablos, O. Alonso Ezpeleta

COMUNICACIONES



AFECTACIÓN DE LA MALOCLUSIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE ODONTOPEDIÁTRICO

AUTORES: Auría-Martín, B.¹, Retamar-Jiménez, S.¹, Sanz-Coarasa, A.²

1. Estudiante de Odontología. Facultad de CC. de la Salud y del Deporte. Universidad de Zaragoza
2. Doctora en Odontología. Profesora asociada de la Facultad de CC. de la Salud y del Deporte. Universidad de Zaragoza

DIRECCIÓN DEL PRIMER FIRMANTE: C/ San Salvador, 7, 4B, 22001 Huesca.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La maloclusión es una alteración del crecimiento craneofacial o un desorden que cursa con problemas funcionales, impacto estético y con posibles consecuencias psicosociales que afecta tanto a niños como a adultos. Es considerado el tercer problema oral de salud pública más frecuente, tras la caries y la enfermedad periodontal, tratándose de un suceso común en la infancia y adolescencia, con una prevalencia alrededor del 60%. Esta situación, además de generar efectos funcionales y estéticos, tiene una relación directa con la salud oral y el estado emocional del paciente. Por todo ello, es lógico pensar que la maloclusión pueda ejercer un impacto en la calidad de vida de las personas, especialmente de los más jóvenes.

OBJETIVOS

El objetivo de esta revisión fue conocer si la maloclusión afecta de manera significativa la calidad de vida del paciente odontopediátrico.

DESARROLLO Y DISCUSIÓN

Se realizó una revisión sistemática de la literatura de los últimos 5 años en la base de datos PubMed que generó 129 artículos, de los cuales en función de los criterios de inclusión y exclusión se seleccionaron 15. La bibliografía obtenida fue muy heterogénea por la gran variedad de cuestionarios e índices, países y edades entre los diferentes artículos. La maloclusión puede relacionarse con baja autoestima, continua voluntad de esconder la sonrisa, incomodidad de comer alimentos, necesidad de interrumpir las comidas y dolor en la boca. Sin embargo, existen muchos factores que determinan la relación entre este desorden y la calidad de vida del paciente odontopediátrico, tales como el nivel socioeconómico, el sexo o la edad. En los preescolares, el vínculo entre maloclusión y la calidad de vida en relación con la salud oral

es controvertida, mientras que, en la adolescencia, pese a que se encuentra relación entre estas dos circunstancias, no todos los resultados son significativos.

CONCLUSIÓN

Es necesaria la realización de un mayor número de estudios longitudinales con similares características para la obtención de conclusiones certeras. Los métodos actuales del odontólogo pueden ser insuficientes para evaluar los aspectos psicosociales y la repercusión que la maloclusión tiene en el bienestar del paciente.

TRATAMIENTO TARDIO MULTIDISCIPLINAR DE UNA CLASE III ESQUELETICA SIN CIRUGIA

AUTORES: Luis Montis Pelegay y José Manuel Sampietro Fuentes.

RESUMEN

La maloclusión de clase III, tiene una prevalencia de un 5% en la población caucásica, aunque en determinadas razas, como japoneses o coreanos, puede alcanzar hasta el 50% de la población. En muchos casos el factor hereditario juega un papel determinante para que se produzca esta alteración.

Presentamos un caso de clase III tratado tardíamente en paciente adulto de 67 años de edad.

OBJETIVOS

Corrección basada en la recuperación de la dimensión vertical, rotación posterior del plano oclusal y cambio de patrón masticatorio alterado.

MATERIAL Y MÉTODO

Aplicamos la terapia que preconiza el Dr. Raymond para el tratamiento ortopédico de las Clases III, utilizando una férula fija en maxilar superior y tracción anterior con máscara facial de Delaire. Reconstrucción en primera instancia del plano oclusal fisiológico mediante composites, y sustitución posteriormente mediante prótesis fija.

RESULTADOS

Se consiguió la corrección de la mordida cruzada anterior, y una oclusión equilibrada que se ha mantenido aceptablemente en el tiempo sin necesidad de llevar ningún tipo de retención fija ni removible.

CONCLUSIONES

A pesar de que la clase III requiere y es más adecuado una terapéutica lo más precoz posible, en determinados casos y mediante un tratamiento combinado ortopédico-funcional y protésico se pueden conseguir resultados plenamente satisfactorios sin necesidad de recurrir a la cirugía.

BIBLIOGRAFÍA

Planas P, Rehabilitación Neuro-Oclusal (RNO), 2ª Edición, Ed. Masson-Salvat Odontológica. 1994.

Raymond J-L, Traitement orthopédique des Classe III, Rehabilitación oclusale et fonctionnelle. Ed. Empresa, 2ª Édition 2004.

MANEJOS OCLUSALES EN PACIENTES CON MALFORMACIONES DENTOFACIALES COMPLEJAS

AUTOR: Úrsula María Jarrod Ferrer.

CO-AUTORES: Marina Gavin Clavero, Angel Sampietro, Ignacio Moral Sáez, Esther Saura Fillat.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospita Universitario Miguel Servet.

DIRECCIÓN DEL AUTOR: Avenida Montañana, num. 283, 50059. Zaragoza.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

En la actualidad existe un mayor interés en la salud dental y en la funcionalidad oclusal así como en la estética facial. La cirugía ortognática es capaz de modificar la oclusión mejorando no sólo la salud dental sino también la armonía facial.

OBJETIVOS

Conocimiento de las modificaciones oclusales en malformaciones dentofaciales graves.

CASO CLÍNICO

Varón de 18 años con antecedentes de hemimaxilectomía subtotal derecha a los 12 meses de vida por angiomatosis benigna, en seguimiento por el servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial desde entonces. Presentó un crecimiento facial anómalo debido a la ausencia de maxilar superior derecho, el maxilar superior izquierdo acabó sobrepasando la línea media y colapsando la hemifacies derecha. En el análisis facial destacó una desviación de la línea media superior con respecto a la línea media facial de casi 10 mm, la línea media inferior se mantenía acorde con respecto al filtrum; el paciente presentaba un canto izquierdo así como hundimiento del tercio medio facial izquierdo. El paciente presentaba una oclusión clase II con pérdida de la dimensión vertical y sobremordida de -4 mm, además de un labio superior corto para la armonía facial. Con el objetivo de corregir la oclusión, la desviación de la línea media y la deformidad facial se optó por la realización de un Lefort I izquierdo asociado a una reconstrucción microquirúrgica de peroné con isla cutánea para el defecto maxilar derecho.

DISCUSIÓN

El tratamiento quirúrgico fue satisfactorio tanto oclusal como estéticamente. El avance maxilar y su disposición adecuada a nivel coronal, sagital y transversal aseguró una estabilidad oclusal y una reposición de la línea media así como un adecuado soporte para el labio superior mejorando, así, la armonía facial.

CONCLUSIÓN

En el campo de la cirugía ortognática el trabajo mediante un equipo multidisciplinar es clave a la hora de obtener buenos resultados tanto oclusales como estéticos. Cirujano y ortodoncista deben ir de la mano a la hora de conocer las necesidades del paciente y de planificar individualmente su caso.

AUTOTRANSPLANTE DE UN 1.8 EN UN 4.6: A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES: Rodrigo Novillo Escribano, Paloma Herrera Ruiz, Oscar Alonso Ezpeleta, Jorge Novillo Villanueva.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Clínicas Novillo.

DIRECCIÓN: Pedro María Ric, nº 38, local. 50008 Zaragoza.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El autotransplante dentario consiste en el traslado de un diente a la posición de otro, dentro de la cavidad bucal. Los autotransplantes dentales pueden ser una alternativa en determinados casos para restituir dientes inviábiles. Se trata de una técnica no muy utilizada, pero que debemos tenerla en cuenta debido a la alta tasa de éxito que presentan, consiguiendo preservar los tejidos blandos del diente, así como ligamento periodontal.

DESARROLLO

Acude a la consulta una paciente de 30 años, con un tratamiento de conductos endodóncico previo en un 4.6, con poste metálico y corona metal-cerámica. Presenta fistula en vestíbulo, y dolor en la zona inferior izquierda.

Radiográficamente se observa gran lesión periapical en dicho diente. Tras descartar una posible fisura radicular, se planifica un retratamiento de conductos. La sintomatología mejora y desaparece la fistula, pero a los 20 días posttratamiento de conductos, esta vuelve a reaparecer. Tras valorar las dificultades de una cirugía periapical en el diente en cuestión, y consensuado con la paciente, se decide realizar un reimplante intencional. Esta técnica consiste en la exodoncia atraumática y en la realización del sellado a retro radicular fuera de boca, para posteriormente reimplantarlo en el alveolo en el menor tiempo posible (no > de 10 min).

Durante la extracción del diente problema, esta resultó inviable debido a la fragilidad del propio diente, provocando durante la misma, la fractura coronaria a nivel infragingival.

Ocurrido este inconveniente, y debido a la presencia en boca un 1.8 sin oclusión, el cual estaba planificado para exodonciar en posterior cita, nos planteamos un autotransplante de este tercer molar superior derecho, en el lugar del 4.6. Tras la exodoncia atraumática del diente 1.8, se procede a la colocación en el lecho receptor del 4.6 previa preparación del alveolo y extracción del septo. Se realiza una ferulización semirígida del diente a los dientes adyacentes mediante un alambre de acero de 0.18 previamente adaptado y composite. A los 7 días realizamos la endodoncia del diente y posteriormente su reconstrucción. El diente se mantiene en boca en perfectas condiciones gingivales y no presenta sintomatología 24 meses después.

CONCLUSIÓN

Las tasas de éxito del autotransplante, realizado mediante una correcta técnica, son totalmente comparables a las de la realización de microcirugía endodóncica y muy cercanas a las de la reposición de dientes mediante implantología.

¿EL USO RUTINARIO DEL LÁSER EN ODONTOLOGÍA CONSERVADORA MEJORA EL RENDIMIENTO CLÍNICO DE NUESTRAS OBTURACIONES? ESTADO ACTUAL

AUTORES: Marcos Moradas Estrada¹, Beatriz Alvarez López², M. Alfonso Villa Vigil³.

INSTITUCION:

1. Doctorando en Ciencias de la Salud. Profesor Asociado del Servicio de Odontología Conservadora, Cátedra Dr Villa Vigil de la Universidad de Oviedo. Práctica privada en Piloña y Oviedo. C/ Serrano s/n, Edificio de la Clínica Universitaria de Odontología, 3º planta, Servicio de Odontología Conservadora, despacho Asociados nº 2. Oviedo 33006. Asturias. 985103639 – 646552313 – marcosmords@gmail.com
2. Licenciada en odontología. Máster en Rehabilitación protésica. Práctica privada en Tapia de Casariego – Asturias.
3. Catedrático de Odontología Conservadora. Universidad de Oviedo. Práctica privada Gijón.

RESUMEN

INTRODUCCION

A principios del siglo XX Einstein desarrolló las leyes de la radiación de Max Planck, abriendo el camino al futuro láser. Las primeras aplicaciones del láser se centraron en lo militar, pero rápidamente se extendió a la gran industria, como aspectos de la red de comunicaciones, para posteriormente aplicarlo en medicina, como método de corte. Una de las principales ventajas de los laser es la posibilidad de realizar los tratamientos sin la utilización o con ínfimas cantidades, de anestesia. Matsumoto y cols, presentó la evidencia a largo para la realización cavitaria en más de 44 pacientes, así como los más de 1300 casos que comprobó la FDA, para aceptar al láser Er-Cr: YSGG, como el más indicado para la remoción de caries, desinfección cavitaria y su posterior obturación.

A pesar de su evidencia y trayectoria aún son pocos los clínicos que lo utilizan y poca la evidencia que justifique claramente las ventajas frente al procedimiento convencional, por ello nos hemos propuestos los siguientes objetivos:

OBJETIVO GENERAL/PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Es el láser en odontología conservadora un procedimiento que responde al paradigma de odontología mínimamente invasiva? Rapidez, seguridad y mejora de resultados

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Mostrar como el láser en odontología conservadora mejora la adhesión a dentina y esmalte.
2. Cuantificar las ventajas a la hora de la desinfección cavitaria en comparación con el procedimiento convencional.
3. Determinar qué materiales, técnica y procedimiento es el más indicado de cara a la obturación de la cavidad.
4. Evidenciar las ventajas de la desinfección del conducto radicular utilizando una técnica de láser.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica descriptiva de las evidencias aportadas en artículos indexados y otras fuentes bibliográficas, para ello se utilizó las bases de datos o buscadores PubMed y cochrane Se utilizaron las palabras clave: operative dentistry, minimally invasive dentistry, laser fluorescence, nanotechnology, laser ER, LLLT, endodontic treatment. Obteniendo un total de 125 resultados. Éstos se analizaron y tras comprobar si cumplían o no los criterios de inclusión/ exclusión de éste trabajo, finalmente fueron 46 los artículos de revisión bibliográfica utilizados en un horquilla que va de 2010 a 2014, habiendo 5 artículos de 1994 y 1996, en lo referente a datos históricos, con los que ayudar a plantear el estado actual de la cuestión.

RESULTADOS

1. El láser en odontología conservadora mejora la capacidad de adhesión a dentina, no tanto a esmalte, respecto al grabado ácido clásico.
2. La desinfección y preparación cavitaria resulta cuantitativamente mayor respecto a otras técnicas incluso con obturaciones anteriores sin discrepar entre resina, ionómero o amalgama.
3. La obturación a base de resinas naohíbridas evidenció los mejores resultados en cuanto a filtración marginal, capacidad de pulido y estética.
4. El porcentaje de residuos existentes tras el uso del láser en la remoción y desinfección del conducto radicular fue 3 veces menor con respecto a cualquier otro procedimiento.

CONCLUSIONES

Con los resultados del presente estudio y las limitaciones a su vez de éste, podemos concluir que el láser en odontología conservadora mejora el resultados de nuestras

obturaciones en todos los sentidos, a expensas de necesitar una mayor investigación y datos clínicos a largo plazo a 3, 5 y 10 años. Igualmente resultaría importante establecer criterios para su elección y profundizar en la aparatología y materiales para su uso.

AUMENTO VERTICAL DEL REBORDE ALVEOLAR: INLAY VS ONLAY VS DISTRACCIÓN

AUTORES: Cruz Lafuente, Jorge¹. Pérez Pevida, Esteban². Guerrero González, María².

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Facultad de C.C de la Salud y del Deporte. Universidad de Zaragoza.

1. Alumno Grado de Odontología.
2. Profesor Grado de Odontología.

DIRECCIÓN DEL PRIMER FIRMANTE: Calle Matilde Sangüesa, 3, 2º A. Zaragoza 50015. Email: jorgecruzlafuente@gmail.com. Teléfono: 655 289 183.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Los implantes dentales se han convertido en una opción muy predecible para la rehabilitación de pacientes con edéntulismo parcial o total, pero el éxito del tratamiento depende en gran medida de unas condiciones del sustrato óseo óptimas. La atrofia del reborde alveolar produce disminución del volumen óseo vertical/horizontal necesario para la colocación de implantes.

El aumento óseo vertical de manera predecible, supone uno de los grandes retos de la implantología actual.

OBJETIVOS

revisión sistemática de la literatura sobre aumento vertical del reborde alveolar mediante injertos onlay, inlay y distracción osteogénica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión sistemática en la base de datos PUBMED/MEDLINE, usando los términos MESH de las palabras claves: “Osteogenesis, Distraction” y “Alveolar Bone Grafting”.

Los criterios de inclusión: Clinical Trial, Meta-Analysis y Review. No se introdujeron criterios de exclusión de tiempo o idioma.

RESULTADOS

Se obtuvieron 21 artículos, de los cuales se seleccionaron 17 tras lectura de títulos y abstract. Finalmente, se seleccionaron 15 artículos a texto completo para su análisis exhaustivo.

DISCUSIÓN

Durante la revisión se encontró el problema del uso de diferente terminología para referirse a los mismos procedimientos.

De acuerdo al material utilizado; el hueso autólogo se considera el gold standard al ser la única fuente de células osteoprogenitoras viables, pero presenta problemas como: necesidad de un segundo sitio quirúrgico, morbilidad de la zona donante y tasa de reabsorción impredecible.

No se han observado diferencias significativas en la cantidad absoluta de ganancia ósea entre los injertos inlay y onlay.

La distracción osteogénica permite un aumento más vertical y presenta la ventaja de la formación simultánea de tejido blando; pero presenta complicaciones con el dispositivo, y se ha visto una relación entre la cantidad de distracción y la reabsorción ósea.

CONCLUSIÓN

Debido a las diversas metodologías de los estudios, las pequeñas muestras y la falta de criterios establecidos es difícil concluir que una técnica sea más predecible que el resto o sacar conclusiones claras y significativas.

No se encontraron diferencias significativas entre la distracción alveolar y los injertos respecto a la ganancia ósea y la reabsorción tras el tratamiento.

Las técnicas de aumento vertical crestal presentan altas tasas de complicaciones y se deben evaluar los beneficios y costes para el paciente antes de proceder.

ESTUDIOS DE FACTORES PRONÓSTICOS PREQUIRÚRGICOS EN EL CARCINOMA ESCAMOSO DE CAVIDAD ORAL. INFLUENCIA EN LA SUPERVIVENCIA DE LA POBLACIÓN ARAGONESA

DIRECCIÓN DEL AUTOR: Avenida Montañana, num. 283, 50059. Servet. Zaragoza (España)

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El carcinoma escamoso ocupa el 90% de las neoplasias en la cavidad oral. Los factores pronósticos son variables que se relacionan con la evolución del tumor presentando una implicación directa en la supervivencia global y la supervivencia libre de enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio retrospectivo de los pacientes intervenidos quirúrgicamente bajo anestesia general en el servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza durante los años 2011-2014. Se recogen variables epidemiológicas, anatomopatológicas, quirúrgicas y de seguimiento. Se realiza un estudio de factores pronósticos mediante Kaplan Meier y regresión de Cox.

RESULTADOS

Se estudian 215 pacientes (70 mujeres y 145 hombres). La localización más frecuente es la lengua (35%) seguido del labio (20%). La estimación de la Supervivencia Global (SG) a 12 meses es del 88% IC al 95% [84%-91%] y de la Supervivencia Libre de Recidiva (SLR) es del 71% IC al 95% de [65%-76%]. Los factores univariantes que han influido negativamente en la supervivencia son el estadio TNM, el grado de diferenciación y la recidiva ($p < 0,05$). Se han encontrado otros factores que también han influido negativamente en la supervivencia en el estudio univariante como los días de ingreso hospitalario, el espesor mayor a 3 mm, el recuento de linfocitos $< 1,5 \times 10^3$ microL, la pérdida de hemoglobina mayor al 10% con respecto a la prequirúrgica y el hematocrito menor al 40% siendo éstos estadísticamente significativos ($p < 0,05$). En el análisis multivariante la recidiva actuó como variable independiente en la supervivencia global de la enfermedad ($p < 0,05$).

CONCLUSIÓN

La supervivencia del carcinoma escamoso de cavidad oral se ve influida por factores bien conocidos; el conocimiento de nuevos factores puede generar hipótesis de estudio con el objetivo de mejorar el tratamiento y la supervivencia de estos pacientes.

UN PROCEDIMIENTO PARA HACER PUNTOS DE CONTACTO PERFECTOS

AUTORES: Manuel Miñana Amada¹. Marta Miñana Barrios².

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA Y DIRECCIÓN:

1. Licenciado en Medicina. Especialista en Estomatología. Práctica privada. Avda de Goya, 2, 1º B, 50006 Zaragoza.
2. Licenciada en Medicina. Médico residente. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La realización de puntos de contacto interdientales con materiales de resina ha supuesto siempre un desafío, debido a las particulares características de manejo de dichos materiales que no permiten una fácil compactación.

OBJETIVOS

Desarrollar un procedimiento de fácil aplicabilidad que permita con los medios habituales de la clínica dental construir puntos de contacto competentes sin tensiones residuales.

DESARROLLO

Se mostrará con iconografía el paso a paso de una restauración clase II en un diente natural.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Se hará mención a los diversos métodos existentes cuyo objetivo es el mismo que el de la técnica descrita.

RECONSTRUCCIÓN DEL DIENTE ENDODONCIADO: A PROPÓSITO DE UNA SERIE DE CASOS

AUTORES: Irene Ramos Aguado, Verónica Jalón Rodríguez, Santiago Poc Sola, Andrés Villanueva Ortiz, Oscar Alonso Ezpeleta.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Máster Propio en Endodoncia. Universidad de Zaragoza.

DIRECCIÓN COMPLETA (1º FIRMANTE): Avenida Valvanera, nº 20, 3º A. 26500 Calahorra (La Rioja).

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

En Endodoncia, a lo largo de la historia, se ha dado una especial relevancia al sellado apical de los conductos para conseguir el éxito de la misma, dejando en un segundo plano la posible filtración coronal. Hoy en día, y ya confirmado por la bibliografía, el sellado coronal cobra tanta importancia o más que el sellado apical y está ampliamente estudiado que la reconstrucción del diente endodonciado juega un papel fundamental tanto en el éxito del tratamiento endodóncico como en la predictibilidad del propio diente en boca.

OBJETIVO

El objetivo de esta presentación, basándonos en la bibliografía actual y en la experiencia clínica, es presentar una serie de casos clínicos que nos puedan aportar unas pautas de actuación protocolarizadas, de manera que puedan servir de utilidad en la toma de decisiones sobre el diagnóstico, pronóstico y el tratamiento del diente endodonciado.

DESARROLLO

Un diente que ha sido sometido a un tratamiento endodóncico experimenta una serie de cambios que influyen sobre la restauración, como la pérdida de estructura dentaria, pérdida de elasticidad de la dentina, pérdida de la sensibilidad a la presión y ciertas alteraciones estéticas. Esta serie de características van haciendo al diente endodonciado más sensible a la fractura, y por tanto, es fundamental una buena reconstrucción del mismo para mejorar su viabilidad y pronóstico.

CONCLUSIÓN

La reconstrucción del diente endodonciado implica un diagnóstico previo y la valoración de una serie de factores que pueden influir directamente sobre el planteamiento general de la restauración, como son la cantidad de tejido remanente, el estado periapical y periodontal y la morfología radicular. Igualmente, es necesaria una evaluación tanto biomecánica como estética.

HEMISECCION RADICULAR “UNA ALTERNATIVA A LA EXTRACCIÓN DENTAL”. A PROPÓSITO DE VARIOS CASOS

AUTORES: M^a Pilar Henríque Forero, Silvia Rodríguez Ramos, Santiago Poc Sola, Rafael Peñuelas Calvo, Oscar Alonso Ezpeleta.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Máster en Endodoncia, Universidad de Zaragoza.

DIRECCIÓN: Av. Cesáreo Alierta, 23-25, piso 914. 50008 Zaragoza.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

En nuestra práctica diaria nos encontramos casos en los que tenemos que tomar decisiones sobre extraer o mantener un diente. De todos es sabido que el propósito de la odontología moderna es mantener los dientes en boca, y para ello podemos recurrir a un importante abanico de procedimientos clínicos. Varios factores influyen en esta toma de decisiones, y realizar un buen diagnóstico será clave para el éxito del tratamiento.

La resección radicular o hemisección es una alternativa a la extracción dental. Es un procedimiento conservador que presenta grandes porcentajes de éxito (> 90%), y consiste en la eliminación de la raíz afectada en molares inferiores, sin sacrificar la totalidad del diente. Existen numerosas indicaciones para realizar este tipo de tratamiento, entre las que se encuentran: caries radicular de la raíz en cuestión, pérdida ósea que involucre a una sola raíz, lesiones de furca grado II y III, perforación de una raíz, reabsorción interna o externa de gran extensión en una de las raíces, calcificación pulpar que impida la realización del tratamiento de conductos de una de las raíces, fractura/fisura radicular... etc. La restauración de dichos dientes, posterior a este tipo de tratamiento, también puede realizarse con diferentes procedimientos; reconstrucción con resinas compuestas y recubrimiento cuspeideo, corona de recubrimiento total, pónico de prótesis fija con pilares posterior/es y anterior/es.

OBJETIVO

Es importante valorar la opción de tratamientos quirúrgicos conservadores, antes de decantarnos por la extracción dental.

DESARROLLO

En esta presentación expondremos la evolución de varios casos clínicos de pacientes con diferentes tipos de patologías dentarias en molares inferiores, a los cuales se les realizó previamente el tratamiento de conductos de las raíces a mantener, para posteriormente realizar una hemisección de la raíz en cuestión. En todos ellos se puede constatar la buena evolución en el tiempo de estos tratamientos.

CONCLUSIÓN

Hoy en día es muy difícil convencer a los profesionales de ofertar este tipo de tratamiento, debido a que existen técnicas quirúrgicas como la implantología, con buenos resultados. Pero tenemos que tener en cuenta que hemisección radicular es una opción que existe, que es predecible (le amparan buenos porcentajes de éxito), y que es una alternativa más económica para la paciente.

REGENERACIÓN DE DEFECTOS INFRAÓSEOS PERIODONTALES NO CONTENIDOS MEDIANTE TERAPIA COMBINADA. ESTUDIO CLÍNICO CONTROLADO ALEATORIZADO A DOBLE CIEGO: RESULTADOS A 12 MESES

AUTOR: Meritxell Losada, R. González, À. Pujol, A. Santos, J. Nart.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Universidad Internacional de Catalunya. mlosada-martinez@hotmail.com.

DIRECCIÓN: Plaza Mariano Arregui, 14, 3 A. 50005, Zaragoza.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El objetivo de la terapia regenerativa alrededor de dientes es recuperar la inserción perdida y mantener el diente en estado de salud, función y estética. Se han descrito diversas técnicas y materiales para el abordaje de defectos infraóseos con resultados satisfactorios. Sin embargo, cuando dichos defectos óseos no presentan una arquitectura favorable, la probabilidad de obtener un resultado exitoso se reduce drásticamente. Las proteínas derivadas de la matriz del esmalte (Emdogain®), se

comercializan como un material bioactivo en formato gel que ha demostrado, tanto clínica como histológicamente, es capaz de inducir regeneración periodontal. En cambio, se cuestiona la idoneidad de la formulación en gel de Emdogain® para el tratamiento de defectos no contenidos. Por esta razón, se han propuesto diversas combinaciones de materiales para dotar a Emdogain® de propiedades físicas estructurales que estabilicen el gel y lo mantengan en el defecto. Es lo que se ha denominado terapia combinada.

OBJETIVO

Evaluar la respuesta clínica y radiográfica de los defectos infraóseos no contenidos mediante terapia combinada con proteínas derivadas de la matriz del esmalte (Emdogain®) e injerto aloplástico (BoneCeramic®).

DESARROLLO

Se reclutaron 52 pacientes con al menos un defecto infraóseo constituido por 1-2 paredes, y con un componente infraóseo radiográfico de ≥ 3 mm. Todos los pacientes recibieron idéntico tratamiento periodontal en fase higiénica y tras la reevaluación periodontal fueron asignados de manera aleatoria a un grupo control, cirugía regenerativa mediante terapia única con Emdogain®, o al grupo test, cirugía regenerativa mediante terapia combinada con Emdogain® y BoneCeramic®. Se evaluaron los resultados clínicos y radiográficos obtenidos tras 6 y 12 meses de evolución.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El análisis de los datos demostró que ambos abordajes de tratamiento son efectivos en la resolución clínica y radiográfica de los defectos infraóseos no contenidos respecto al inicio del tratamiento. Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre grupos, concluyendo que ambas terapias son efectivas en el tratamiento de estos defectos no contenidos y que no es necesario la adición de un material de relleno óseo.

REABSORCIÓN RADICULAR EXTERNA EN I.3: A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES: Álvaro Argón Casao, Alfredo González Domínguez, Rodrigo Novillo Escribano, Luis Óscar Alonso Ezpeleta, Sara Abizanda Guillén.

DIRECCIÓN DEL PRIMER FIRMANTE: C/ San Ignacio de Loyola, 3, 6º C. Zaragoza, Zaragoza 50008.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La reabsorción radicular externa es un proceso inflamatorio con actividad clástica, desencadenado por la pérdida de cemento radicular. Su desarrollo puede provocar la comunicación de la pulpa con el periodonto, facilitando no sólo la necrosis pulpar, sino también la invasión de las células clásticas en el interior del conducto radicular, comprometiendo por completo la integridad del diente. Es muy frecuente que éste fenómeno curse de manera asintomática en las primeras fases, por lo que cuando el problema es evidente, suele estar avanzado. Es importante, entonces, saber discernir el grado de reabsorción para establecer un pronóstico y plan de tratamiento adecuados.

OBJETIVO

Presentar las opciones terapéuticas, así como las herramientas diagnósticas, el abordaje multidisciplinar y los materiales bio-activos que a día de hoy nos permiten tratar este tipo de patología con mayor predictibilidad.

DESARROLLO

Paciente mujer, de 42 años de edad, que acude a la consulta para mejorar la estética del sector anterosuperior. En el estudio fotográfico y radiográfico para valorar el plan de tratamiento hallamos casualmente una imagen radio-lúcida anexa al conducto en el tercio medio del diente 1.3. La paciente está asintomática en el momento de la exploración, y tampoco recuerda un episodio de dolor previo. Al hacer el test de sensibilidad con cloruro de etilo no obtenemos respuesta, lo que nos hace sospechar de una necrosis pulpar. Antes de continuar adelante con el tratamiento, se decidió realizar un CBCT para conocer con mayor exactitud la extensión de la reabsorción y confirmar la comunicación con el periodonto. Posteriormente se planificó el tratamiento de conductos del diente junto con el abordaje quirúrgico.

CONCLUSIONES

El CBCT es una herramienta de diagnóstico que nos permite ver con precisión la extensión de la reabsorción, y si existe comunicación con el periodonto o no. De modo que podemos establecer un pronóstico antes de iniciar el tratamiento.

El Biodentine® es un cemento biocerámico con buenas propiedades para el manejo de reabsorciones en sector anterior, ya que no produce cambios de coloración, y su manejo resulta sencillo.

Se puede observar en las radiografías de control la buena evolución del caso, observándose después de 20 meses un sondaje fisiológico, además de la ausencia total de sintomatología.

TRATAMIENTO DE CONDUCTOS Y BLANQUEAMIENTO INTERNO DE UN 2.1 CON METAMORFOSIS CÁLCICA

AUTORES: Sara Abizanda Guillén, Santiago Poc Sola, Vitaly Chykanovskyy, Andrés Villanueva Ortiz, Oscar Alonso Ezpeleta

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Máster en Endodoncia, Universidad de Zaragoza.

DIRECCIÓN: Urbanización Cerro San Jorge, nº 86, 22004 Huesca.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La metamorfosis cálcica se presenta comúnmente tras lesiones traumáticas y se caracteriza por presentar depósitos de tejido duro dentro del espacio del conducto radicular, los cuales suelen provocar un cambio de coloración en el diente que puede variar desde un color amarillo claro hasta negro. La preocupación estética que genera en estos pacientes nos lleva a considerar diferentes opciones de tratamiento. Si se requiere el tratamiento de conductos, el diente con obliteración pulpar supone un desafío para el clínico debido a su complejo abordaje y el mayor riesgo de cometer errores intraoperatorios.

OBJETIVO

Existen distintas maneras de afrontar este tipo de casos, por lo que debemos establecer un plan de tratamiento partiendo desde el que consideramos más conservador (blanqueamiento externo), seguido por blanqueamiento interno (con o sin tratamiento de conductos previo), hasta el tratamiento protésico (carillas o coronas de recubrimiento total).

DESARROLLO

Expondremos el caso de una mujer de 40 años, que presenta un cambio de coloración en el diente 2.1. Radiográficamente el conducto radicular no es visible, por lo que realizamos un CBCT como prueba complementaria de nuestro diagnóstico, en el cual también confirma que no existe conducto a lo largo de toda la raíz. Tras no

obtener un resultado satisfactorio mediante blanqueamiento externo, se valora la opción de realizar blanqueamiento interno sin tratamiento de conductos previo (abalado bibliográficamente), debido al grado de obliteración pulpar que presenta. Durante este procedimiento, con la ayuda del microscopio y de los ultrasonidos se localiza el conducto radicular, por lo que se procede a realizar el tratamiento de conductos. Posteriormente se realizan varias sesiones de blanqueamiento interno con peróxido de hidrogeno, el cual fue evaluado mediante análisis espectrofotométrico, con resultados satisfactorios.

CONCLUSIÓN

El plan de tratamiento en dientes calcificados con compromiso estético partirá siempre desde el más conservador. Es muy importante en el tratamiento de estos dientes la experiencia del operador, así como el buen manejo del microscopio y los ultrasonidos, herramientas estas fundamentales para su abordaje.

MANEJO ENDODÓNCICO DEL DIENTE PERMANENTE JOVEN. A PROPÓSITO DE UNA SERIE DE CASOS

AUTORES: Santiago Poc Sola, Ana Esteban Clemente, Sara Abizanda Guillén, Paloma Herrera Ruiz y Óscar Alonso Ezepeleta.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Máster en Endodoncia. Universidad de Zaragoza.

DIRECCIÓN COMPLETA (1º FIRMANTE): Avenida Galo Ponte, 4. San Mateo de Gállego (50840), Zaragoza.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El manejo pulpar en dientes permanentes jóvenes (DPJ), es muy importante en la práctica clínica diaria, pues de dicho manejo depende la maduración completa de estos, y por tanto la viabilidad futura de los mismos. La anatomía interna del DPJ es muy peculiar (cámara y conducto/s pulpar/es grandes, ápices abiertos, paredes radiculares estrechas...), lo que los hace ser muy frágiles y prácticamente inviables si cualquier patología frena su completa formación.

OBJETIVOS

La pulpa es la encargada de que se lleve a cabo el proceso de maduración del diente, por lo que es el objetivo prioritario de la mayoría de los tratamientos que se realizan

en este tipo de dientes, el intentar mantener la vitalidad pulpar, para que estos puedan completar su formación/maduración de una manera natural.

DESARROLLO

Todo los esfuerzos tendrán que ir destinados a mantener la vitalidad, pero también nos encontramos situaciones clínicas donde la vitalidad pulpar no se pueda mantener o este completamente perdida. Para estas situaciones existen nuevos tratamientos con el objetivo de cerrar los ápices de manera artificial con la ayuda de materiales biocerámicos (apicoformación), o también aplicando nuevas técnicas que activen las células madre de la papila dental para generar/incentivar un cierre biológico (apicogénesis).

Se van a presentar y protocolarizar diferentes opciones de tratamientos; recubrimiento pulpar indirecto, stepwise excavation, recubrimiento pulpar directo, pulpotomía, apicoformación y revascularización, para los cuales el diagnóstico y conocimiento preciso del alcance de la patología será clave en la elección de uno de ellos, y por tanto para su éxito.

CONCLUSIÓN

Un buen diagnóstico y un tratamiento correcto y preciso de la patología que atañen a este tipo de dientes, es clave para el éxito de estos y esta demostrado bibliográficamente que se pueden conseguir resultados predecibles para mantener esos dientes durante todo el tiempo en boca.

VARIABILIDAD ANATÓMICA DE PREMOLARES Y SU MANEJO ENDODÓNTICO

AUTORES: Silvia Rodríguez Ramos, M^a Pilar Enrique Forero, Santiago Poc Sola, Luis Armendáriz Bandrés, Oscar Alonso Ezepeleta.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Máster Endodoncia, Huesca.

DIRECCIÓN COMPLETA (1º FIRMANTE): Paseo Sagasta 55, 7º Izq. 50007 Zaragoza.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Para alcanzar el éxito en el tratamiento endodóntico es fundamental intentar realizar la completa eliminación y desinfección del tejido pulpar, además de conseguir

una obturación eficaz. De todos es sabido, que el concepto que hasta ahora teníamos de que en el interior de cada una de las raíces existían conductos/s únicos e independientes ha cambiado. Con la llegada de las nuevas técnicas de diagnóstico por imagen como el CBCT o el Micro-CT, ha quedado confirmado que ya no existen conductos sino “sistemas de conductos”, con infinidad de variantes, como; conductos laterales, conductos recurrentes, anatomosis, deltas apicales... ect. Debido a ello, hoy en día tiene muchísima importancia la desinfección química de los conductos, con el objetivo de que esta alcance todas aquellas zonas que la desinfección mecánica no puede llegar. Autores como Vertucci, han creado clasificaciones de la anatomía presente en premolares, encontrando hasta ocho variedades anatómicas descubiertas en sus conductos radiculares.

OBJETIVO

Con la publicación de los últimos estudios anatómicos realizados con las nuevas tecnologías citadas anteriormente, han sido el grupo de los bicúspides el de los dientes que más nos han sorprendido. Al igual que las raíces mesiales de los primeros molares inferiores, y con la excepción de los terceros molares, estos dientes son los que mayor variabilidad anatómica presentan.

DESARROLLO

Vamos a exponer una serie de casos clínicos realizados en el Máster de Endodoncia de la Universidad de Zaragoza, sobre tratamientos de conductos en dientes bicúspides, donde mostraremos la variabilidad anatómica encontrada.

Igualmente determinaremos una serie de consideraciones para el manejo endodóntico de dicho grupo de dientes, apoyadas estas en la literatura científica actual.

CONCLUSIÓN

El que este grupo de dientes, presente tanta variabilidad anatómica, hace que el manejo endodóntico sea de gran complejidad, y por tanto se convierta en un reto para el profesional. Debido a ello, son los dientes que mayor necesidad de retratamientos precisan.

HALLAZGO DEL CONDUCTO MESIOCENTRAL EN PRIMEROS MOLARES MANDIBULARES: A PROPÓSITO DE VARIOS CASOS

AUTORES: Andrea Pérez Cano, Marina Ojuel Guillermo, Sara Abizanda Guillén, Luis Baroni Cañizares, Óscar Alonso Ezpeleta.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Máster en Endodoncia. Universidad de Zaragoza.

DIRECCIÓN COMPLETA (1º FIRMANTE): C/ Jesús y María, Nº 116. 50015 Zaragoza.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Los últimos artículos científicos demuestran que los sistemas de conductos radiculares que presentan los dientes no son tan simples como comúnmente pensábamos, si no que la mayoría de estos pueden acompañarse de conductos accesorios, conductos recurrentes, deltas apicales y demás variaciones anatómicas.

Los primeros molares inferiores, a excepción de los terceros molares, son los dientes con mayor diversidad anatómica de los que componen las arcadas dentarias. En un 62% de los casos, presentan 3 conductos (dos mesiales y uno distal), siendo la configuración anatómica más frecuente, aunque en un 35% de los casos también puede presentar 4 conductos (dos mesiales y dos distales).

No obstante, si cuando realizados los maniobras de apertura cameral en estos dientes, seguimos las líneas de determinación que marca la dentina y nos basamos en los principios de simetría que encontramos en el suelo de la cámara pulpar, existe la posibilidad de localizar un tercer conducto mesial, entre los conductos mesiovestibular y mesiolingual, nombrado comúnmente como “mesiocentral”. Se trata esta de una configuración anatómica poco común, presentando una incidencia que puede variar entre un 1 a un 15% según la literatura, de los cuales en un 25% de los casos serian conductos independientes. Otras variaciones anatómicas que pueden presentar en menor porcentaje los primeros molares inferiores y muy ligadas a la etnia del paciente son; el *radix entomolaris* (5%) y el *radix paramolaris* (<0,5%).

OBJETIVO

Por tanto, el conocimiento de las posibles variaciones anatómicas que presentan estos dientes y su identificación minuciosa durante el tratamiento de conductos permitirán mejorar el pronóstico de estos.

DESARROLLO

Expondremos diversos tratamientos de conductos de primeros molares inferiores, en los que se encuentra el citado tercer conducto mesial, al igual que fracasos de tratamientos endodónticos realizados en estos dientes, provocados por la no identificación del mismo.

CONCLUSIÓN

Los primeros molares inferiores, son dientes con gran diversidad anatómica, por lo que es necesario emplear el tiempo que sea necesario en realizar una correcta y detallada localización de conductos, para tener éxito en el tratamiento endodóntico de los mismos.

MANEJO ENDODÓNTICO DE UN 3.1 CON CONDENSADOR FRACTURADO Y CONDUCTO LATERAL

AUTORES: Luis Miguel Martínez Gallego, Vitaly Chykanovskyy, Sara Abizanda Guillén, Amparo Román Esteban, Oscar Alonso Ezeleta.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Máster en Endodoncia, Universidad de Zaragoza.

DIRECCIÓN: Plaza Mariano Arregui, nº 12, 6º A. 50005 Zaragoza.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La fractura de instrumentos intraconducto en el tratamiento endodóntico supone un hecho indeseable, que complica mucho dicho tratamiento e incluso el pronóstico del propio diente. Es un accidente que ocurre más veces de los que desearíamos, e implica un esfuerzo extra para el operador, que no siempre se salda con un buen resultado.

OBJETIVOS

Existen diferentes tendencias a la hora de abordar dicho accidente, dependiendo de la localización del fragmento dentro del conducto. Si este se encuentra en los 2/3 coronales y podemos visualizarlo se intenta la posibilidad de extraerlo, sin embargo si se encuentra en el 1/3 apical o en la zona de curvatura del conducto se tiende a sobrepasar para que posteriormente el fragmento quede embebido en el grueso de

la obturación. El fin de ambos abordajes es el poder llegar a la zona apical química y mecánicamente, para desinfectar el conducto de la mejor manera posible.

DESARROLLO

Expondremos el caso clínico de una mujer de 76 años, que presenta una necrosis con proceso fistuloso en el diente incisivo lateral inferior (3.2), donde se puede apreciar radiográficamente una lesión lateral radiolúcida. Después de la desinfección químico-mecánica del conducto, y a la hora de calibrar el condensador a utilizar en la obturación, este se fractura en la zona media del conducto.

Con mucha paciencia, y con la ayuda del microscopio y de los ultrasonidos, conseguimos eliminar el fragmento roto del condensador. Posteriormente en otra sesión de trabajo obturamos el conducto, observando de manera casual en las radiografías finales, la obturación de un conducto lateral en la zona media, que coincide con la lesión lateral observada en las radiografías de diagnóstico. En el seguimiento postoperatorio a más de 2 años del caso, se puede observar la curación de la lesión tanto clínica como radiográficamente, estando el paciente totalmente asintomático. Esta buena evolución del caso nos demuestra que el conducto lateral obturado casualmente, era el responsable de la aparición de la lesión, y que el propósito de los nuevos protocolos de irrigación es buscar la desinfección de todas estas anfractuosidades que pueden presentar los sistemas de conductos radiculares.

CONCLUSIÓN

La experiencia del operador, y la correcta destreza en el uso del microscopio y los ultrasonidos, son fundamentales para poder manejar con éxito en este tipo de complicaciones.

USO DE CBCT Y MICROSCOPIO OPERATORIO PARA EL MANEJO DE UN PREMOLAR INFERIOR CON TRES RAÍCES, PERFORACIÓN Y PARESTESIA DEL LABIO INFERIOR

AUTORES: Óliver Valencia de Pablo, Santi Poc Sola, Sara Abizanda Guillén, Luis Óscar Alonso Ezpeleta.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Máster Propio en Endodoncia. Universidad de Zaragoza. Campus Huesca.

DIRECCIÓN FIRMANTE: Paseo de la Gran Vía 30, Local. 50005 Zaragoza.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La variabilidad anatómica de los premolares inferiores está bien documentada en la literatura. El tratamiento de conductos en estos dientes puede ir desde un único conducto hasta configuraciones complejas con tres conductos, dificultado en gran medida el éxito del mismo.

OBJETIVOS

Describir el complejo tratamiento de conductos de un premolar inferior con abordaje previo y varias complicaciones.

DESARROLLO

Una compañera endodoncista, nos refiere un segundo premolar inferior, pilar de puente, en el que ha iniciado una endodoncia. Sabe que hay varias raíces, pero sólo ha conseguido localizar una y además, ha realizado una perforación. Asimismo, desde hace varias semanas la paciente presenta un adormecimiento del labio interior derecho. Tras realizar un estudio en tres dimensiones gracias a la CBCT, comprobamos la existencia de 3 raíces independientes, siendo las dos vestibulares extremadamente estrechas. En la parte apical, se aprecia con claridad la existencia de una imagen radiolúcida que está comprimiendo la salida del nervio mentoniano. Bajo aislamiento absoluto, quitamos la restauración provisional y comprobamos la extensa apertura realizada y una perforación lateral hacia distal. Sellamos la perforación con MTA y, guiándonos por las imágenes 3D, procedemos a la búsqueda de los conductos vestibulares. Su disposición anómala, más hacia vestibular de donde podrían esperarse y con un ángulo de entrada abrupto, hace que necesitemos 2 citas y el uso de tintes como la fluoresceína. El conducto lingual, ya trabajado previamente, se instrumentó hasta 40.04 y los vestibulares, muy estrechos, hasta 25.04. Obturamos el caso con técnicas termoplásticas y sellamos la cámara pulpar con SDR. En un control a 2 años, la paciente está totalmente asintomática y podemos observar la curación de la periodontitis apical previa. Poco tiempo después de concluir el tratamiento endodóntico, la sensibilidad del labio inferior recuperó la normalidad.

CONCLUSIONES

Para llevar a cabo un correcto tratamiento de conductos, es fundamental conocer tanto la anatomía habitual como las posibles variaciones que pueden presentarse. El uso combinado de la CBCT y el microscopio operatorio, son fundamentales para los casos de anatomías complejas.

TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR DE UN 1.1 CON REABSORCIÓN CERVICAL INVASIVA EXTERNA

AUTORES: Paloma Herrera Ruíz, Rodrigo Novillo Escribano, Sara Abizanda Guillén, Santiago Poc Sola, Oscar Alonso Ezpeleta.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Master Propio en Endodoncia. Universidad de Zaragoza.

DIRECCIÓN: Avenida Gómez Laguna, N° 35, 4to B, Zaragoza.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La reabsorción cervical invasiva externa es una patología dental muy agresiva que, una vez instaurada, pone en riesgo la viabilidad del diente. Esta se produce debido a una actividad osteoclástica exagerada sobre la dentina radicular a nivel cervical. La etiología de este tipo de reabsorciones es muy variada, teniendo como ejemplo traumatismos, fuerzas ortodóncicas excesivas, blanqueamientos internos, entre otros.

DESARROLLO

Varón de 43 años de edad, asintomático, acude a consulta preocupado por un oscurecimiento en el diente 1.1. Refiere un traumatismo años atrás (+15 años). Se realizan las pruebas diagnósticas pertinentes, obteniendo los siguientes resultados; sensibilidad (-), palpación (-), percusión lateral y horizontal (-) y movilidad (-).

Se decide y se plantea al paciente realizar un tratamiento multidisciplinar, combinando una fase endodóncica/restauradora, ortodóncica y de tratamiento periodontal, siendo aceptado y consentido por el mismo.

En la fase inicial se realiza el tratamiento de conductos, utilizando para el mismo el sistema rotatorio Mtwo, finalizando con lima 35/04 y realizando calibrado apical manual a un diámetro 40. Se coloca medicación intraconducto (Ca(OH)₂) durante 15 días y transcurrido este tiempo, se obtura el conducto con System B mediante técnica de ola continua de calor, colocando a 2 mm del límite amelocementario (LAC) una capa de resina fluída con el propósito de sellar la parte coronal del conducto e impedir una posterior tinción coronaria por gutapercha.

Posteriormente, se realiza una extrusión ortodoncia lenta mediante cementado de brackets de 16 a 26 utilizando un arco de níquel-titanio de 0,014. La velocidad de ex-

trusión es de 0,5 mm aproximadamente cada 10 días durante 10 semanas, desgastando el diente en su borde incisal con el objetivo de ir ajustándolo oclusalmente.

Durante el proceso de tracción, se realiza una gingivectomía para exponer completamente la zona de la reabsorción, eliminando todo el tejido con fresas de diamante y la aplicación tópica de una solución de ácido tricloracético al 90%.

Finalmente se reconstruye con resinas compuestas utilizando matrices para la mejor adaptación de la restauración.

CONCLUSIÓN

La reabsorción cervical es una patología dental agresiva difícil de diagnosticar, donde en la mayoría de los casos se encuentra como un hallazgo radiológico casual y muchas veces en fases ya avanzadas. Sin tratamiento, estas reabsorciones adoptan un curso progresivo destructivo. Por ello, un diagnóstico exacto es fundamental para elegir el plan de tratamiento adecuado.

En estos casos, la extrusión ortodóncica es, a día de hoy, el tratamiento más conservador que existe evitando realizar cirugías periodontales agresivas en el sector anterosuperior y/o restauraciones protésicas. No obstante, el manejo de este tipo de casos debe ser multidisciplinar, combinando diferentes áreas de la odontología.

ANÁLISIS DE RESULTADOS CLÍNICOS DE TÉCNICAS ACTUALES DE PRESERVACIÓN ALVEOLAR. REVISIÓN Y PRESENTACIÓN DE CASOS

AUTORES: Alberto Rioja Sánchez, Miguel Beltrán Guijarro, Esteban Pérez Pevida, Alberto Gómez Menchero, Borja Dehesa Ibarra.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Máster en Periodoncia e Implantología Oral. Universidad de Zaragoza.

DIRECCIÓN: Calle Pilar Gascón, N° 1, 2 C.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Existen diferentes situaciones clínicas que pueden hacer necesaria la extracción dental ya sea un mal pronóstico periodontal, protésico o endodóntico.

Tras la extracción del diente se produce una reabsorción ósea del proceso alveolar, que da lugar a una atrofia en la cresta alveolar y a un colapso de los tejidos blandos. Esto puede provocar problemas estéticos, funcionales e incluso el impedimento de colocar un implante dental debido a la carencia de un volumen óseo inadecuado.

OBJETIVO

El objetivo es revisar tres técnicas descritas en la literatura para la preservación alveolar como son Socket Seal Surgery, uso de sustitutos de tejido blando o membranas reabsorbible con la combinación de Xenoinjerto y comparar sus resultados clínicos.

DESARROLLO

Realizamos una revisión sistemática de la literatura en la base de datos Pubmed con las palabras claves Alveolar Ridge Preservation, Alveolar Bone, Socket Preservation y Tooth Extraction.

La ecuación de búsqueda fue la siguiente (Socket Preservation [Mesh] OR Bone Ridge Preservation [Mesh]) AND (Tooth Extraction [Mesh] AND (Alveolar Bone [Mesh])).

Los criterios de inclusión y exclusión fueron por artículo (Metanálisis, Revisión Sistemática y Ensayos clínicos controlados aleatorizados), por año (últimos 10 años) e idioma (ingles). Se utilizan estos filtros para conseguir una mayor evidencia científica.

Tras realizar dicha búsqueda con esta ecuación se obtienen un total de 13 entradas, tras aplicar nuestros criterios de inclusión y exclusión, se obtienen 6 entradas para la lectura de título.

Tras la lectura de título se excluyen 2, tras lectura de resúmenes se excluyen 5, y se obtienen 6 entradas para su lectura a texto completo y discusión.

Se presentan dos casos clínicos, los cuales son tratados con 2 técnicas de preservación alveolar diferentes uno con la Técnica de Socket Seal y el otro con Membrana Reabsorbible, ambos con xenoinjerto de hidroxiapatita bovina.

CONCLUSIONES

Parece ser que no existen diferencias significativas en los resultados clínicos de las técnicas de preservación alveolar actuales, ahora bien el uso de xenoinjerto combinado con membranas reabsorbible e injerto de tejido blando parece obtener los resultados más predecibles.

INJERTO GINGIVAL LIBRE COMO ALTERNATIVA AL COLGAJO DESPLAZADO LATERAL EN EL TRATAMIENTO DE UNA RECESIÓN CLASE III DE MILLER

AUTORES: Juan Forcén Francia, Guillermo González del Castillo Sancho, Alberto Gómez Menchero, Esteban Pérez Pevida, Borja Dehesa Ibarra.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Máster en Periodoncia e Implantología Oral. Universidad de Zaragoza.

DIRECCIÓN: Espartero, 1, 8º A, Escalera izquierda. 50001 Zaragoza.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Las recesiones gingivales son defectos periodontales de etiología variada susceptibles de ser tratados mediante cirugía plástica periodontal.

Determinar el tipo de recesión del que se trata a través de un correcto diagnóstico es necesario para establecer de forma individualizada el plan de tratamiento, objetivos, pronóstico y limitaciones del caso.

En el caso de las recesiones tipo III de Miller existen distintas opciones de tratamiento, aunque la posición apical del hueso interproximal hace que pueda no ser posible el cubrimiento radicular completo sí podremos lograr el resto de objetivos.

OBJETIVOS

Se presentará una revisión de la literatura sobre el tratamiento de recesiones clase III de Miller a propósito un caso clínico resuelto primero mediante un colgajo desplazado lateralmente y posteriormente mediante un injerto gingival libre.

DESARROLLO

Se realizó una búsqueda exploratoria en la base de datos Pubmed-Medline utilizando como ecuación de búsqueda: "Gingival Recession"[Mesh] OR "free gingival graft"[All Fields] OR "laterally moved coronally advanced flap [All Fields]".

Siendo los criterios de inclusión: Meta-análisis, RCTs y revisiones sistemáticas publicadas en inglés o español los últimos 5 años, sobre humanos.

El caso clínico corresponde con una recesión tipo III de Miller en un 3.1. Al realizar la exploración y el diagnóstico se determinó que dadas las condiciones anatómicas del defecto, se podían lograr los objetivos fijados abordándolo desde un enfoque poco

invasivo de colgajo pediculado. El procedimiento se llevó a cabo sin ninguna complicación ni adversidad pero en los controles posteriores se comprobó que el resultado conseguido no era el esperado.

Se decidió por lo tanto cambiar el enfoque y retratar el caso mediante un injerto gingival libre tomado del paladar, en este caso sí se lograron los objetivos marcados al inicio.

CONCLUSIONES

Las recesiones tipo III de Miller pueden ser abordadas desde varios enfoques con éxito, sin embargo ante un biotipo no idóneo la adición de tejido conectivo tomado de otra zona donante logra resultados más predecibles.

TRATAMIENTO DE RECESIONES CON PRONÓSTICO PREDECIBLE

AUTORES: Blanca Cabeza de los Arcos, Miguel Plana Montori, Javier Climent Thomson, Reyes Jaramillo Santos, Esteban Pérez Pevida.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Máster en Periodoncia e Implantes. Universidad de Zaragoza.

DIRECCIÓN: San Ignacio de Loyola, 11, 50008. Zaragoza.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Las recesiones de los tejidos periodontales en las superficies vestibulares de la dentición adulta es un hallazgo común en la población general. La recesión, que se describe como la migración apical del margen gingival, puede ocasionar problemas estéticos, funcionales o biológicos. Miller desarrolló en 1985 una clasificación para diferenciar las recesiones según posición respecto a línea mucogingival, hueso interproximal y posición en tabla vestibular. El tratamiento de las recesiones puede ser predecible mediante cirugía mucogingival cuando tratamos tipo I y II.

OBJETIVO

Comparar las diferentes técnicas quirúrgicas descritas para conseguir cubrimiento radicular y analizar la mejor manera de abordar cada una de ellas mediante la revisión de la literatura y la explicación mediante casos clínicos.

DESARROLLO

Se muestran distintos tipos de recesiones tipo I y II de Miller tanto unitarias como múltiples que necesitan recubrimiento radicular. Se realizan distintos abordajes según la situación clínica y se muestra un árbol de decisiones quirúrgicas para poder abordarlas de manera eficaz.

Se muestra en la presentación casos clínicos tratados con los diferentes abordajes para conseguir cubrimiento tanto en recesiones unitarias como múltiples, y se realizará la descripción e indicaciones de cada una.

CONCLUSIONES

Las recesiones tipo I y II de Miller tienen un pronóstico favorable cuando nos referimos a conseguir un recubrimiento radicular completo.

El cubrimiento de este tipo de recesiones es predecible si se realiza la técnica adecuada.

El abordaje seguirá criterios siempre según requerimiento estéticos, biotipo y disponibilidad ósea y gingival.

PÓSTERS



MANEJO ODONTOLÓGICO DEL NIÑO AUTISTA EN LA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL DEL C.S DE EJEA DE LOS CABALLEROS. A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTOR: Marco Ruiz, Noelia Concepción.

CO-AUTOR: Aguado Casado, Javier.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Servicio Aragonés de Salud (C.S. Virgen de la Oliva, Ejea de los Caballeros).

DIRECCIÓN: Avda. Goya 58, 5 D. Zaragoza (50005).

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El trastorno de espectro autista (TEA) representa un reto en el ámbito odontológico, lo que requiere el uso de estrategias de comportamiento por el personal sanitario para poder dar un servicio dental adecuado. Las complejas características del trastorno dificulta el acceso de los afectados a servicios dentales.

CASO CLÍNICO

Niño diagnosticado de tea, con déficits sensoriales importantes, mala higiene oral, bruxismo, (CAOD:01,cod:07); que acude a la unidad de salud bucodental requiriendo distintos tratamientos odontológicos incluidos en las prestaciones incluidas en programa Pabij.

OBJETIVO

Establecer directrices de actuación para el paciente con trastorno de espectro autista y demostrar la eficacia de dichas directrices.

METODOLOGÍA

Visitas regulares a la unidad; uso de metodología: “decir, mostrar, hacer”, desensibilización del paciente y uso de pictogramas.

CONCLUSIÓN

El uso de las técnicas empleadas demuestra la eficacia para tratar a niños diagnosticados de tea.

LUXACIONES DENTALES: EPIDEMIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

AUTORES: Celaya Santistevé, Raquel, Chykanovsky, Vitaliy, Lahoz Miranda, Elena, Peco Claverol, Blanca, Aragón Navarro, Daniel.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Grado de Odontología, Facultad de Ciencias de la Salud, Campus de Huesca, Universidad de Zaragoza.

DIRECCIÓN PRIMER FIRMANTE: Calle Delfín Campo, Nº 12, Monzón (Huesca).

RESUMEN

Las lesiones traumáticas dentales representan un problema de salud dental común en niños y adolescentes, pudiendo afectar a la calidad de vida del paciente. El objetivo de esta revisión bibliográfica es conocer la epidemiología y los factores de riesgo con los que están asociadas las luxaciones dentales, con el fin de conseguir una mayor prevención. Se realizó una revisión sistemática de la literatura a través de PubMed/Medline, Embase y Cochrane. La incidencia de las luxaciones dentales es de un 4.5% a nivel mundial, afectando el doble a hombres que a mujeres. Ocurre con más frecuencia en dientes temporales, siendo el diente más afectado el incisivo central superior. Las causas principales son las caídas en los niños y los deportes en adolescentes. Influyen como factores de riesgo: la zona geográfica, la sobrecarga oclusal, un labio superior corto y un resalte aumentado. Debido a la alta frecuencia de dichas lesiones, es importante formar no solo a los profesionales dentales sino también a profesores y padres para que conozcan los factores de riesgo y cómo actuar ante estas situaciones.

ESTUDIO ANATÓMICO DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE. IMPORTANCIA FUNCIONAL Y PREVENTIVA

AUTOR: María Obón Monreal.

DIRECCIÓN: Paseo Fernando El Católico, Nº 5, 2º Dcha. e-mail: mariaobon15@gmail.com. Teléfono: 697 247 184.

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

La anatomía, edad de erupción y posición en la arcada hacen que los primeros molares permanentes actúen armónicamente con las estructuras que controlan los

patrones de los movimientos mandibulares. Su pérdida conducirá a cambios en las arcadas dentarias que persistirán en el tiempo.

MATERIAL Y MÉTODO

Se estudia una muestra de 100 primeros molares extraídos en adultos entre las edades comprendidas entre 40 y 90 años de edad. Se valoraron los diámetros, longitudes, número de raíces con sus desviaciones, número de conductos, etc.

RESULTADOS

Los diámetros mesiodistales en piezas superiores fueron en mm. de 10,22 en varones y 10,08 en mujeres y en las inferiores de 11,35 en varones y 11,01 en mujeres. En piezas superiores lo más frecuente es que la raíz mesioestibular se curve a distal, 78%, la distovestibular sea recta, 54% y la palatina se curve a vestibular, 64%, mientras que en las inferiores, la raíz mesial se curva a distal, 88% y la raíz distal sea recta, 66%.

TÉCNICAS AVANZADAS DE AISLAMIENTO DENTAL

AUTORES: Lupu, Ana Maria, Celaya Santistevé, Raquel, Chykanovsky, Vitaliy.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Universidad de Zaragoza, Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte, Campus de Huesca, Grado en Odontología.

DIRECCIÓN PRIMER FIRMANTE: C/ Luis Mur Ventura, n. 3, 4 B. 22001 (Huesca).

RESUMEN

El aislamiento del campo operatorio es un requisito previo esencial para el éxito de diferentes procedimientos en el campo de la odontología adhesiva y endodoncia. El objetivo de este poster es ofrecer un protocolo de aislamiento comparando diferentes técnicas existentes y dar a conocer diversos medios para mejorar el éxito del aislamiento del campo operatorio en casos complejos y aumentar la efectividad del mismo. Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en Pubmed en los últimos 10 años utilizando palabras clave como "rubber dam" y "technique", "dentistry" y el conector boleano AND. Cada técnica de aislamiento tiene su indicación y debe utilizarse según el caso clínico para maximizar su eficacia y eficiencia. Se deben de conocer los diferentes utensilios utilizados como los clamps, los diques, las matrices, el dique líquido, aislamiento sin clamps y las técnicas más innovadoras. Algunas situaciones clínicas que pueden complicar el aislamiento absoluto son: coronas

sobre implantes, caries interproximales, caries cervicales, caries radiculares, cirugía endodóntica, dientes con gran destrucción coronal.

REPERCUSIÓN DE LA MALOCLUSIÓN SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADOLESCENTE Y EL ADULTO

AUTORES: Retamar-Jiménez, S.¹, Aragón-Navarro, D.¹, Auría-Martín, B.¹

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: 1. Grado en Odontología. Facultad de CC. de la Salud y del Deporte. Universidad de Zaragoza.

DIRECCIÓN DEL PRIMER FIRMANTE: C/ Juventino Nieto Blanco, 31, 3 izq. 45600 Talavera de la Reina.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La maloclusión es la suma de las variaciones de la oclusión esqueléticas y/o dentales naturales consideradas como ideales, que provocan alteraciones de la función, de la estética y posibles consecuencias psicosociales. La apariencia física es un factor importante a la hora de establecer relaciones sociales, siendo los ojos y la boca las características que más influyen en ella.

El objetivo del póster es determinar si la maloclusión afecta psicosocialmente la vida cotidiana de los adolescentes y los adultos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica llevada a cabo a través de motor de búsqueda PubMed de los últimos 10 años.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados abarcaban una amplia variedad de estudios con diferentes índices, cuestionarios, países, niveles socioeconómicos y edades. La maloclusión repercute en una baja autoestima, desórdenes en la articulación temporomandibular, dolor facial y genera una voluntad de esconder la sonrisa.

CONCLUSIÓN

Se requieren más estudios que respondan a esta hipótesis para analizar de forma correcta la relación entre la maloclusión y la afectación de la calidad de vida del paciente.

MANEJO MULTIDISCIPLINAR DE LAS LUXACIONES EXTRUSIVAS Y SUS COMPLICACIONES: A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES: Lahoz Miranda, Elena, Abad Ruiz, Carmen, Peco Claverol, Blanca, Celaya Santisteve, Raquel, Chykanovsky, Vitaliy.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Universidad de Zaragoza, Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte, Campus de Huesca, Grado en Odontología.

DIRECCIÓN PRIMER FIRMANTE: C/ Vázquez de Mella, 10, 7º B, 50009 Zaragoza.

ABSTRACT

El objetivo de este poster es desarrollar un caso clínico de luxación extrusiva, corrigiendo los factores de riesgo y resolviendo las complicaciones postraumáticas que presentaba la paciente. Paciente de 7 años que presenta luxación extrusiva de los incisivos centrales superiores por traumatismo dental. Se realiza la reposición de los dientes afectados dentro del alveolo y se estabilizan con férula flexible durante 3 meses. Se efectúa el control clínico y radiológico a las 2 semanas, al mes, a los 2 meses y a los 6 meses. Posteriormente se realiza la expansión del maxilar superior con el disyuntor palatino y a los 14 años se le realiza el tratamiento ortodóntico mediante brackets. A los 20 años se realiza blanqueamiento externo, de los dos centrales superiores que presentan una metamorfosis cálcica debido al traumatismo dentoalveolar previo y consiguiente oscurecimiento de los dientes, mediante peróxido de carbamida al 16% pasando de un color dental A3 a un A1 según la guía VITA Clásica. A lo largo de todo el tratamiento se ha conseguido devolverle a la paciente la salud dental, mejorar su función masticatoria y obtener un resultado estético muy favorable.

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE LAS INTRUSIONES DENTALES TRAUMÁTICAS

AUTORES: Blanca Peco, Vitaliy Chykanovsky, Elena Lahoz, Raquel Celaya y Daniel Aragón.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Grado de Odontología, Facultad de Ciencias de la Salud, Campus de Huesca, Universidad de Zaragoza.

DIRECCIÓN PRIMER FIRMANTE: C/ Patricio Redondo, 31-K, Puigverd de Lleida.

ABSTRACT

La luxación intrusiva es un tipo de lesión traumática dental poco frecuente. A pesar de esto, se considera una urgencia clínica que precisa de una rápida actuación. El objetivo de esta revisión bibliográfica es establecer los diferentes planes de tratamiento según la gravedad de la intrusión, la maduración del ápice y el tipo de dentición. Se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed/Medline. Es necesaria una radiografía de la zona para realizar un diagnóstico diferencial y seleccionar el tratamiento específico. En un diente permanente con el ápice abierto se hará reposición espontánea si la intrusión es leve y reposición ortodóncica o quirúrgica si la intrusión es más severa. Cuando el ápice está cerrado, se opta por reposición espontánea si la intrusión es leve y por la ortodóncica o quirúrgica si es intermedia-severa. En un diente temporal, se reposiciona espontáneamente si no hay lesión del germen o la intrusión es leve y se exodoncia si hay posible lesión del germen. En todos los casos se debe plantear el tratamiento de conductos si hubiera afectación de la vitalidad. Las prioridades son minimizar las secuelas y proteger el diente o germen permanente.

ERGONOMÍA Y TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS ASOCIADAS EN ODONTOLÓGIA

AUTORES: Abril Redondo, Cristina, Peco Claverol, Blanca, Chykanovsky, Vitaliy.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Universidad de Zaragoza, Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte, Campus de Huesca, Grado en Odontología.

DIRECCIÓN PRIMER FIRMANTE: C/ San Ramón, número 5, casa 7. 50194 Movera (Zaragoza).

RESUMEN

Los trastornos musculoesqueléticos son uno de los riesgos profesionales más comunes y generalizados que con frecuencia están relacionados con posturas de trabajo inapropiadas durante un tiempo prolongado. El objetivo de esta revisión bibliográfica es evaluar cuáles son las enfermedades profesionales más comunes que tienen relación con la falta de ergonomía en el puesto de trabajo del odontólogo y como prevenirlas. Se realiza la búsqueda bibliográfica en bases de datos Medline, Cochrane y Embase en los últimos 10 años. Se seleccionan 14 artículos aplicando los estrictos criterios de inclusión y exclusión. Se ha visto que más del 75% de los odontólogos presentan algún tipo de trastorno muscular siendo los

más prevalentes relacionados con la zona cervical. Se han observado diversas patologías como las contracturas de músculos cervicales, síndrome del túnel carpiano, tendinitis estenosante de Quervain, epicondilitis o codo del tenista, entre otros. La adopción de una postura correcta, el uso de sillas ergonómicas, trabajo a cuatro manos, visión indirecta y el uso de magnificación se ha visto que previene este tipo de trastornos musculoesqueléticos.

DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER ORAL MEDIANTE BIOMARCADORES SALIVALES. REVISIÓN SISTEMÁTICA

AUTORES: Aranjuelo, E, Martín, D, Centurión, Y.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Alumno de 4º Grado de Odontología de la Facultad de Ciencias de la Salud y Deporte de Huesca. Universidad de Zaragoza. 682146@unizar.es.

RESUMEN

OBJETIVOS

Evaluar el estado actual de la literatura científica sobre los biomarcadores salivales como métodos diagnósticos en cáncer oral y lesiones precancerosas.

MATERIAL Y MÉTODO

Búsqueda bibliográfica en la base de datos Pubmed/Medline, con los siguientes términos MeSH: "Oral Cancer Biomarkers Saliva" se incluyeron los estudios publicados en revistas JCR escritos en inglés entre los años 2011-2016.

RESULTADOS

Las proteínas salivales son una fuente importante para desarrollar ensayos basados en marcadores para cáncer oral. Entre los biomarcadores que poseen mayor fiabilidad ante el diagnóstico de cáncer oral se encuentran IL-8, TFN, MMP o PPIA.

CONCLUSIONES

Debido a su facilidad y accesibilidad no invasiva, junto con la abundancia de biomarcadores como el material genético y las proteínas, la saliva es considerada una herramienta diagnóstica ante el cáncer oral.

TRATAMIENTO DE CONDUCTOS EN “C” DE UN SEGUNDO MOLAR INFERIOR

AUTORES: Sara Abizanda Guillén, Luis Miguel Martínez Gallego, Alvaro Argón Casao, Rodrigo Novillo Escribano, Oscar Alonso Ezpeleta.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Máster en Endodoncia, Universidad de Zaragoza.

DIRECCIÓN: Urbanización Cerro San Jorge, nº 86, 22004 Huesca.

RESUMEN

Los conductos en “C” son configuraciones anatómicas que ocurren más frecuentemente en los segundos molares mandibulares. El tratamiento endodóntico de los dientes con estas características es muy laborioso, ya que debido a la complejidad anatómica de su sistema de conductos (existen muchas anastomosis entre ellos) dificulta mucho la desinfección de los mismos.

Presentamos el caso clínico de un paciente varón de 32 años, que acude a consulta con dolor continuo en cuarto cuadrante, donde se observa caries distal con compromiso pulpar en el diente 4.7, presentando este una configuración C2 en su sistema de conductos.

El correcto manejo de los sistemas de conductos radiculares en Tipo C supone un desafío en la práctica clínica. La complejidad de este sistema de conductos hace que su diagnóstico, desinfección químico-mecánica y obturación sean una tarea complicada.

El conocimiento de la existencia de esta variación anatómica nos permitirá manejar con éxito este tipo de situaciones.

ESTUDIO PILOTO: NIVELES DE PH DEL HIDRÓXIDO DE CALCIO UTILIZANDO DIFERENTES VEHÍCULOS

AUTORES: Santiago Poc Sola, Alfredo González Domínguez, Rodrigo Novillo Escribano, Sara Abizanda Guillén, Óscar Alonso Ezpeleta.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Máster en Endodoncia. Universidad de Zaragoza.

DIRECCIÓN COMPLETA (1º FIRMANTE): Avenida Galo Ponte, 4. San Mateo de Gállego, 50840 Zaragoza.

RESUMEN

El hidróxido de calcio (Ca(OH)_2), es el principio activo más utilizado en endodoncia como medicación intraconducto. Su alto pH, le confiere una importante capacidad bactericida.

Los vehículos que se utilizan para llevar este Ca(OH)_2 a los conductos son muy variados: agua, suero, diferentes anestésicos, clorhexidina... etc. Debido a ello, realizamos un estudio con el objetivo de saber si el utilizar un vehículo u otro, influenciaba en el pH de la mezcla, y por lo tanto en su efectividad antibacteriana.

En dicho estudio, se utilizó un peachimetro "Ph meter GLP 21" Crison®, una báscula de precisión "Gr-202" AND®, un mezclador magnético "BasicMagMix" Ovan®, hidróxido de Calcio puro en polvo Dentaflux®, y los siguientes vehículos: Agua deionizada, clorhexidina 0,12% Perioaid®, suero fisiológico Braun®, articaína 1:100000 Inibsa®, articaína 1:200000 Inibsa®, lidocaína 0,0125 Inibsa® y mepivacaína sin VC Inibsa®.

Los resultados concluyeron que el agua deionizada es el mejor vehículo para mezclar y transportar hidróxido de Calcio obteniendo un pH más básico, y que una mayor o menor dilución del hidróxido de Calcio no sería determinante para conseguir un pH u otro.

REMOCIÓN DE PLACA SUBGINGIVAL SIMULADA: COMPARATIVA ENTRE DOS TIPOS DE CURETAS. ESTUDIO IN VITRO

AUTORES: Monteagudo Villalobos, Iván, Chykanovsky, Vitaliy, Guerrero González, María.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Universidad de Zaragoza, Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte, Campus de Huesca, Grado en Odontología.

DIRECCIÓN PRIMER FIRMANTE: c/ Monte Javalambre, 1, Urb. El Condado I, 50172 Alfajarín (Zaragoza).

RESUMEN

Se realiza un estudio experimental randomizado a doble ciego in vitro cuyo objetivo es evaluar y comparar la efectividad de remoción del cálculo subgingival de las curetas Universales Columbia frente a las curetas Gracey por operadores no experimentados. Curetas Columbia y curetas Gracey fueron utilizadas en tipodontos de periodoncia Kavo® montados en fantasmas preclínicos por 2 grupos de tercer curso del

Grado en Odontología de la Universidad de Zaragoza formados por 4 alumnos cada uno, elegidos y asignados aleatoriamente. Los tipodontos fueron preparados con barniz fluorescente y resina con pegamento simulando los depósitos de sarro subgingival. Se ha evaluado el tiempo requerido para el tratamiento y la proporción de sarro simulado residual. Los modelos fueron valorados mediante fotografía (Canon EOS D30) y posterior procesamiento mediante AutoCAD® y Autodesk 123D Catch®. El análisis estadístico fue realizado mediante el paquete IBM SPSS 22. Con curetas Gracey se ha eliminado el 76,3% ± 14,5% de cálculo subgingival en 96 ± 13 minutos y con curetas Columbia se ha eliminado el 58,8% ± 19,1% de cálculo subgingival en 74 ± 6 minutos, ($p < 0.001$).

“TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PERIODONTAL DE LOS DEFECTOS DE FURCA CLASE II Y DEFECTOS VERTICALES USANDO LÁSER DE DIODOS Y PROTEÍNAS DERIVADAS DE LA MATRIZ DEL ESMALTE. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO”

AUTORES: 1. Juan Loscos Estaún. Odontólogo, 2. Iván Muñoz Pérez. Odontólogo, 3. Arantxa Ramirez Salas. Odontólogo, 4. Alicia Loscos Estaún. Estudiante de 3º de odontología.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: “Clínica Dental Dr. Loscos”.

DIRECCIÓN: Juan Loscos Estaún, Plaza Diego Velazquez nº 2, local, 50006 Zaragoza. Teléfono: 649504750. Mail: loscos77@hotmail.com.

RESUMEN

El láser de diodos es un complemento efectivo al tratamiento de la enfermedad periodontal. Como bien sabemos el tratamiento de esta consiste en una primera fase higiénica en la que además del tratamiento clásico de raspaje, alisado y pulido radicular podemos incorporar el uso del láser de diodos. Después de realizar esta primera parte del tratamiento se realiza una reevaluación en la que se decide el resto del tratamiento necesario para resolver el caso. Entre ellos en ocasiones es necesario hacer cirugía periodontal, siendo en estos casos donde también incorporamos el láser de diodos como complemento a las técnicas quirúrgicas habituales.

Los efectos de láser de diodos descritos por la bibliografía son fundamentalmente: efecto bactericida, coagulante, hemostático, antiedematoso, bioestimulación,

detoxicante de la superficie radicular, desensibilizante, anestésico, debilita la unión química entre el cálculo y la superficie radicular o implantaria, no produce barrillo dentinario, reduce el riesgo de bacteriemia y vaporiza el tejido de granulación.

En el tratamiento quirúrgico la ventaja es que se dispone de una visión directa de la lesión y iniciamos el tratamiento desbridando el tejido de granulación y la eliminación del cálculo subgingival restante con cureta y ultrasonidos con puntas periodontales específicas. La regularización ósea será mínima ya que se van a emplear en este caso técnicas regenerativas. En este momento usamos el láser de diodos para eliminar con seguridad todos los restos de tejido de granulación (vaporización), sobre todo en zonas de difícil acceso debido al tamaño tan reducido de su punta y creando un campo quirúrgico libre de sangrado, lo que permite una mejor visibilidad. Como pueden ser el fondo de los defectos verticales profundos o los defectos de furca sobre todo los de tipo II, como se expone en este póster. Además del resto de efectos beneficiosos que se han comentado anteriormente. Para finalizar se vuelve a utilizar la cureta y el ultrasonidos para retirar los restos que puedan quedar de la vaporización y cálculo y las fresas de perioset para hacer el pulido final radicular.

Una vez está completamente limpio y descontaminado el defecto óseo se acondiciona la raíz con prefgen (EDTA) durante 1 minuto y se procede a la sutura y al relleno de los defectos con proteínas derivadas de la matriz del esmalte (emdogain, strau mann). En este momento se considera que es uno de los posibles tratamientos regenerativos de uso clínico para este tipo de defectos.

El postoperatorio del paciente es muy bueno, lo cual puede ser debido a la utilización de técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas con magnificación pero también consideramos que el láser de diodos tiene efectos beneficiosos en este sentido, además de conseguir una descontaminación y limpieza mejor de la superficie radicular.

“USO DE FRAGMENTOS DE CERÁMICA FELDESPÁTICA COMO RESTAURACIÓN ESTÉTICA EN EL SECTOR ANTERIOR”

AUTORES: Federico Martinez Santabárbara. Técnico en prótesis dental, ceramista, Juan Loscos Estaún. Odontólogo, Kellen Hernandez García. Técnico en prótesis dental, Verónica Martinez García. Técnico en prótesis dental.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Laboratorio de prótesis “Cerámica e implantes”.

DIRECCIÓN: Federico Martinez Santabárbara, Calle Sevilla nº 6, local, 50006 Zaragoza. Teléfono: 629 607 208. Mail: fmsantabarbara@gmail.com.

RESUMEN

Las pequeñas restauraciones feldespáticas son mínimos fragmentos de cerámica que se utilizan para restaurar una pequeña parte del diente, bien sea por estética, fractura, desgaste, ...

La característica principal de todas ellas es su grosor extremadamente fino, a partir de 0,1 mm, lo cual hace que su elaboración y manipulación protética al igual que las pruebas clínicas sean extremadamente difíciles. Hay que tener en cuenta la importancia del uso de las técnicas de adhesión, así como la elección del color sean extremadamente importantes para su cementado y mimetizado. Se trata de una técnica mínimamente invasiva ya que a nivel clínico en muchas ocasiones no se toca la estructura dentaria.

Este tipo de cerámicas son feldespáticas porque es uno de los materiales más estéticos y que te permite trabajar en mínimos grosores. Su elaboración pasa por los siguientes procesos:

- 1º/ Vaciado de impresiones
- 2º/ Duplicado silicona de alta precisión
- 3º/ Modelos refractarios
- 4º/ Preparación del modelo refractario para la carga de cerámica
- 5º/ Estratificación de la cerámica
- 6º/ Pulido manual o glaseado final sobre el modelo refractario
- 7º/ Acondicionado de la cerámica para la futura adhesión clínica

Se expone un caso clínico con la descripción de la técnica protética de elaboración, así como su posterior colocación por parte del clínico en la boca del paciente.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El MTA es un material compuesto principalmente de calcio, sílice y bismuto, con un elevado pH y baja resistencia a la compresión. Gracias a sus diferentes propiedades físicas, químicas y biológicas, es considerado un material biocompatible capaz de inducir la formación de tejido mineralizado, además de poseer cierta capacidad antibacteriana y antifúngica.

OBJETIVO

Diferentes materiales dentales han sido evaluados a lo largo del tiempo con el objetivo de regenerar tanto el tejido dental como los tejidos periodontales de sostén, y proporcionar una barrera de aislamiento que permita la posterior restauración dental.

DESARROLLO

Las investigaciones lo señalan como el material ideal para diversos procedimientos odontológicos, que serán descritos en la siguiente revisión, basándonos en la evidencia científica y una serie de casos clínicos.

Sin embargo, el MTA no está exento de inconvenientes, por lo que nuevas líneas de investigación surgen para el desarrollo de biomateriales con propiedades superiores, entre las que se incluyen: disminución del tiempo de fraguado, imposibilidad de inducir discromías en los tejidos dentarios o facilidad de su eliminación tras el fraguado, entre otras.

CONCLUSIÓN

El Agregado Trióxido Mineral (MTA), ha sido estudiado ampliamente como material de relleno retrógrado en la cirugía endodóntica, así como para el sellado de las comunicaciones entre el sistema de conductos radiculares y el tejido perirradicular. En la actualidad se utiliza también con éxito en la protección pulpar directa, pulpoto-mías, apicogénesis e incluso como material de relleno radicular.

“FULL-MOUTH DESINFECTION” VS RASPADO Y ALISADO RADICULAR POR CUADRANTES. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

AUTORES: Natalia Rasal Vela, María Guerrero González, Alberto Gómez Menchero, Esteban Pérez Pevida, Borja Dehesa Ibarra.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Máster en Periodoncia e Implantología Oral. Universidad de Zaragoza.

DIRECCIÓN: Avd. Goya, 1, 3º dcha. 50006. Zaragoza.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La destrucción periodontal se desarrolla principalmente cuando la carga microbiana que hay dentro de la bolsa anula el mecanismo de defensa del huésped. El tratamiento periodontal no quirúrgico trata de eliminar la placa localizada en dichas bolsas mediante el raspado y alisado radicular mediante medios mecánicos y manuales. Se puede complementar con el uso de antisépticos como la clorhexidina. Existen varias modalidades de tratamiento, en los que destacan: Raspado y Alisado Radicular por cuadrantes (RAR) y FULL-MOUTH desinfección (FMD).

OBJETIVOS

Revisión sistemática de la literatura actual sobre las diferencias entre raspado y alisado radicular por cuadrantes o con full-mouth. Y conocer las ventajas y desventajas de ambas modalidades del tratamiento periodontal.

DESARROLLO

Se realiza una revisión sistemática en la base de datos Pubmed con las palabras clave y términos Mesh: scaling and root planning, one stage, full mouth desinfección combinadas con los conectores booleanos AND y OR en la ecuación de búsqueda. Los criterios de inclusión utilizados fueron por tipo de artículo (metanálisis, revisiones, ensayos clínicos aleatorizados), por idioma (Inglés y Español) y realizado en humanos.

Realizada la búsqueda se obtienen 33 entradas de los cuales se incluyen 21 para lectura de título, tras criterios de inclusión. Después de la lectura del título y de los resúmenes se obtienen 7 entradas finales para su lectura a texto completo y revisión exhaustiva.

CONCLUSIONES

Tras la revisión podemos decir que cuando se lleva a cabo RAR por cuadrantes con intervalos de 1-2 semanas, se produce una reinfección de las bolsas. Por otro lado, el FULL-MOUTH parece tener mejores resultados con respecto a la reducción de la bolsa y a la ganancia en el nivel de inserción clínica en los primeros meses de revisión, sobre todo si se complementa con Clorhexidina. Sin embargo a largo plazo las dos modalidades obtienen resultados similares, sin diferencias estadísticamente significativas.

AUMENTO VERTICAL Y HORIZONTAL DE TEJIDOS BLANDOS EN SECTOR ESTÉTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES: Adrián Maximiano Millán, Esteban Pérez Pevida, Carlos Pradilla Lanau, María Guerrero González, David Saura García-Martín.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Máster en Periodoncia e Implantología Oral. Universidad de Zaragoza.

DIRECCIÓN: Calle Miguel de Cervantes, 7, 2º A. 50006 Zaragoza.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La ausencia de una pieza dental es una situación habitual en la práctica diaria. Cuando compromete al sector anterior, no solo necesitamos reponer la pieza sino los tejidos que la rodean.

OBJETIVOS

Mostrar un caso clínico con una de las alternativas disponibles para el aumento de tejidos blandos en el sector estético.

DESARROLLO

Comenzamos modelando los tejidos blandos con el uso de provisionales de forma preoperatoria. Una vez conseguido nuestro objetivo, pasamos a la fase quirúrgica: implante en pieza 1.1 con injerto de tejido conectivo simultáneo, conseguimos la estabilización del injerto gracias a un aditamento (“Slim Abutment”) que irá enroscado en el implante.

Este aditamento, no solo estabiliza el injerto en la posición que queremos de una manera sencilla, sino que además da un soporte vertical.

CONCLUSIONES

Cada vez disponemos de un abanico mayor de posibilidades para tratar estos casos. La aparición de aditamentos estrechos nos ofrece una nueva manera de enfocar estos casos haciendo que el procedimiento de colocación del injerto sea más rápido y fácil.

TRATAMIENTO DE RECESIONES CLASE III DE MILLER: INJERTO DE TEJIDO CONECTIVO CON AVANCE CORONAL VS TÉCNICA DE TÚNEL. REVISIÓN Y PRESENTACIÓN DE CASOS

AUTORES: Javier Climent Thomson, Esteban Pérez Pevida, Blanca Cabeza de los Arcos, David Saura García-Martín, Francesca Monticelli.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Máster en Periodoncia e Implantología Oral. Universidad de Zaragoza.

DIRECCIÓN: Avenida de Aragón, N° 16, 1º Izq. 44600 Alcañiz.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El injerto conectivo con colgajo de avance coronal y mediante la técnica de túnel son dos técnicas utilizadas para el tratamiento de recesiones clase III de Miller.

OBJETIVOS

Realizar una revisión de la literatura comparando ambas técnicas y mostrar dos casos clínicos donde se exponen ambas técnicas.

DESARROLLO

Se realiza una búsqueda en la base de datos PubMed/Medline. Se excluyen aquellas entradas que no responden al objetivo de búsqueda tras lectura de título y resumen. Se obtienen 6 artículos para lectura a texto completo y discusión exhaustiva. Además, se presentan 2 casos clínicos de recesiones clase III de Miller tratadas con la utilización de ambas técnicas y se evalúan sus resultados clínicos.

CONCLUSIONES

El injerto conectivo con avance coronal y mediante técnica de túnel son dos técnicas predecibles en el tratamiento de recesiones gingivales tipo III de Miller.

REHABILITACIÓN FUNCIONAL Y ESTÉTICA MINIMAMENTE INVASIVA. CASO CLÍNICO

AUTORES: Alicia Miñana Barrios, Marta Miñana Barrios.

DIRECCIÓN: Avda. Goya, 2, 1ª B. 50006 Zaragoza.

RESUMEN

Los trastornos alimenticios como la bulimia provocan un deterioro de la salud dental causando problemas funcionales y estéticos. La odontología restauradora tradicional abarca tratamientos como coronas y endodoncias que suponen un alto coste tanto biológico como económico. Sin embargos, las resinas compuestas y sistemas adhesivos permiten restaurar dientes con una mínima preparación dental en un espacio de tiempo corto.

El caso clínico abordado presenta a un paciente con erosiones graves y gran pérdida de tejido dental. Se restauraron los dientes con resina compuesta y la preparación dental fue mínima manteniendo la vitalidad. Biológica, funcional y estéticamente se cubrieron los requisitos de manera exitosa.

TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA PERIAPICAL: REVISIÓN SISTEMÁTICA

AUTORES: Sampietro-Martínez, Raúl, Auría-Martín, Beatriz, Guerrero-González, María, Chykanovsky, Vitaliy.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Universidad de Zaragoza, Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte, Campus de Huesca, Grado en Odontología.

DIRECCIÓN PRIMER FIRMANTE: C/ Madre Vedruna, 12, 2ºb, 50008 Zaragoza.

RESUMEN

Cuando el tratamiento de conductos convencional fracasa, las lesiones periapicales pueden ser tratadas o mediante el retratamiento de conductos o cirugía endodóntica. El objetivo de esta revisión sistemática es evaluar los efectos y la eficacia del tratamiento quirúrgico y no quirúrgico para el retratamiento de dientes con periodontitis apical. Se ha realizado la búsqueda en bases de datos Medline, Cochrane y Embase con estrategias de búsqueda apropiados, aplicando los criterios de inclu-

sión y exclusión, sin restricciones de idioma o año de publicación. Se han incluido 6 ensayos clínicos controlados y aleatorizados. No se encontró evidencia clara de superioridad de una técnica por encima de otra (RR 1,07, IC IC del 95%: 0,85 a 1,17), en uno de los estudios se vio mayor porcentaje de dolor postoperatorio en la primera semana tras la cirugía endodóntica que con el retratamiento de conductos convencional, pero los resultados no eran concluyentes. La evidencia disponible hasta la fecha no demuestra la ventaja de una técnica por encima de otra. Se necesitan mayor número de estudios estandarizados y que tengan unos criterios de éxito bien definidos.

CARILLAS SIN PREPARACIÓN: VENTAJAS Y DESVENTAJAS

AUTORES: Carranza, Patricia, Alonso, Blanca, Chykanovsky, Vitaliy.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Universidad de Zaragoza, Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte, Campus de Huesca, Grado en Odontología.

DIRECCIÓN: Plaza Unidad Nacional, nº 3, 2º C. Huesca 22001.

RESUMEN

Las carillas sin preparación es un método de restauración de especial interés hoy en día. Permite reestablecer la estética del paciente, incluso superando sus expectativas, sin alterar la superficie dental o con una reducción mínima, de hasta 0,5mm, esto permite que el clínico pueda repetir este tratamiento si fuera necesario. Se ha realizado la búsqueda en PubMed obteniendo 158 artículos de los cuales 18 tratan de carillas con mínima o ninguna preparación. Este tratamiento permite conservar una gran parte de estructura dentaria, pero no permite cambios de color o posición muy marcados. La adhesión completa sobre esmalte aumenta la resistencia a la fractura y disminuye la flexibilidad. Así mismo no necesita de provisionales por lo que ahorra tiempo de sillón y de tratamiento total. Por todo ello es un tratamiento altamente aceptados por los pacientes. Como desventaja requiere gran destreza del técnico de laboratorio y del clínico, para tallar grosores mínimos y para su posterior colocación. En concreto los márgenes cervicales necesitan ser extremadamente delgados evitando restauraciones sobrecontorneadas, esto puede dar lugar a problemas periodontales.

PLAN DE TRATAMIENTO ESTÉTICO MEDIANTE EL DISEÑO DIGITAL DE LA SONRISA (DSD)

AUTORES: Alonso, Blanca, Carranza, Patricia, Chykanovsky, Vitaliy.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Universidad de Zaragoza, Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte, Campus de Huesca, Grado en Odontología.

DIRECCIÓN: Plaza Unidad Nacional, nº 3, 2º C. Huesca 22001

RESUMEN

El diseño digital de sonrisa (DSD) es una herramienta que permite recoger gran información diagnóstica y los deseos y necesidades del paciente. Permite trabajar sobre fotografías y videos del caso, mostrando todas las posiciones, evaluando las asimetrías y la falta de armonía de la dentición del paciente teniendo en cuenta sus parámetros faciales. Una vez diagnosticados estos problemas estéticos, se puede transferir la información al protésico para que realice el encerado diagnóstico para posterior realización del mock up. En los últimos años el DSD se ha actualizado considerablemente permitiendo recoger mayor cantidad de parámetros diagnósticos y realizar el mock up virtual o mediante CAD/CAM. Como desventajas destaca la falta de análisis exhaustivo en 3D de la arcada superior y la falta de consideración de la oclusión. Con el diseño digital de la sonrisa se consiguen tratamientos más individualizados, mejorando la predictibilidad y minimizando el tiempo total de tratamiento. Además aumenta la aceptación del paciente al participar en la toma de decisiones y tener la posibilidad de pre visualizar el resultado final sin haberse hecho nada.

CONCLUSIONES

El primer molar permanente es la pieza más importante de la masticación y esencial en el desarrollo de una oclusión deseable. Se considera la "llave de la oclusión".

EL PAPEL DEL HIGIENISTA BUCODENTAL EN LA REMINERALIZACIÓN DE LA HIPOMINERALIZACIÓN INCISIVO MOLAR Y DE LAS LESIONES INCIPIENTES DE CARIES: NUEVOS AGENTES REMINERALIZANTES

AUTORES: Tarragó Gil, Rosa¹; Martínez Sanz, Elena² y Sanz Coarasa, Ana³.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA Y DIRECCIÓN:

1. Higienista bucodental de atención primaria. Centro de Salud "Seminario". Servicio Aragonés de Salud; Área Zaragoza III. E-mail: rmtarrago@salud.aragon.es.
2. Doctora en Odontología. Odontóloga de atención primaria. Centro de Salud de Tarazona. Servicio Aragonés de Salud; Área Zaragoza III.
3. Doctora en Odontología. Profesora asociada de Odontopediatría. Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte. Universidad de Zaragoza (Campus de Huesca).

RESUMEN

El objetivo principal de este trabajo fue revisar la evidencia científica sobre los materiales remineralizantes en lesiones incipientes de caries y en dientes afectados por MIH. En esta revisión se consultaron 81 artículos. La etiología de la MIH es desconocida. Su manejo clínico está enfocado hacia la prevención y los métodos mínimamente invasivos centrados en agentes remineralizantes. Hasta ahora, la mejor estrategia de remineralización ha sido el flúor pero para algunos autores esta terapia es limitada. Actualmente, se están investigando nuevos compuestos capaces de liberar calcio y fosfato en la cavidad oral, siendo métodos que revierten procesos iniciales de caries y fortalecen el esmalte afectado por MIH. Todos estos compuestos, además de mejorar la microdureza del esmalte, previenen la desmineralización y producen una reducción en la hipersensibilidad dentinaria. En base al análisis de la literatura, podemos concluir que disponemos de nuevos y prometedores compuestos remineralizantes que los profesionales de la odontología podrán aplicar para desarrollar su labor preventiva de la caries dental y remineralización de dientes hipomineralizados.

INFLUENCIA DE LA ZONA DONANTE EN LOS RESULTADOS CLÍNICOS DEL TRATAMIENTO MEDIANTE INJERTO DE TEJIDO CONECTIVO: PALADAR O TUBEROSIDAD. REVISIÓN DE LA LITERATURA

AUTORES: González del Castillo, Guillermo, Brizuela Velasco, Aritza, Forcen Francia, Juan, Perez Pevida, Esteban, Dehesa Ibarra, Borja.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Máster en Periodoncia e Implantología Oral. Universidad de Zaragoza.

DIRECCIÓN: Paseo Pamplona, N 13, 4 izda. 50004 Zaragoza.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Existen diferentes tipos de técnicas para la selección del injerto, siendo las zonas donantes más comunes el paladar y la tuberosidad del maxilar.

OBJETIVO

Realizar una revisión sistemática actual sobre los resultados clínicos de los tratamientos mediante injertos de tejido conectivo obtenidos del paladar en comparación con los de la tuberosidad.

DESARROLLO

Se realiza revisión sistemática en Pubmed-Medline con las palabras clave injerto de tejido conectivo, recesión gingival, paladar y tuberosidad del maxilar.

Los criterios de inclusión que estuvieran publicados en los últimos 10 años en inglés y/o castellano.

Tras la realización de la búsqueda obtenemos 78 entradas, se excluyen 50 entradas, obteniendo 28 entradas para lectura de título y resumen. Finalmente 16 entradas obteniendo 12 entradas finales para su lectura completa.

CONCLUSIONES

En el paladar parece ser la zona donante de elección en casos de necesidad de injerto de grandes dimensiones o en tratamiento de recesiones múltiples. Los pacientes tratados con injerto de tejido conectivo obtenido de la tuberosidad parecen tener menor sintomatología postoperatoria.

TRATAMIENTO ORTODÓNICO RESUELTO CON TÉCNICA TIP-EDGE

AUTOR: García Contreras, Moisés.

DIRECCIÓN: C/Carnaval de Venecia, 10-12. Zaragoza.

RESUMEN

Paciente de 15 años de edad acude a consulta de ortodoncia cuyo motivo de visita es el apiñamiento superior.

Se diagnostica una C.II ósea de causa maxilar, con estadío 6 de Baccetti y patrón dolicofacial leve.

Tenemos un ángulo nasolabial de 85° que acompaña a su patrón esquelético.

A nivel dentario tenemos una D.O.D superior de -6.5 mm, una D.O.D inferior de -0.5 mm, acompañado de una mordida cruzada del incisivo superior lateral derecho, una sobremordida inferior al 10% y una C.II dentaria canina, premolar y molar izquierda. En el lado derecho contamos con una C.I canina, premolar y molar.

El ángulo I.sup-plano palatal está aumentado (114°) e IMPA 91°.

Se decide realizar un tratamiento de ortodoncia con la técnica de tip-edge, se maneja angulación de la pieza 12 con selección de torque y auxiliares; tenemos en cuenta el perfil del paciente para no cerrar el ángulo nasolabial y controlar el ángulo del incisivo superior respecto al plano palatal.

Se da funcionalidad con clase I dental bilateral y obtenemos una sobremordia final del 30%.

¿OSTEO QUE?

AUTOR: Dr. Don Francisco. Hernández Altemir.

COLABORAN: Dras. Sofía Hernández Montero, Susana Hernández Montero y Elena Hernández Montero.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial – Dental e Implantología Avanzada.

DIRECCIÓN: C/ Fray Luis Amigó 8, Planta 0, letra B; 50006 Zaragoza. drhernandezaltemir@yahoo.es; <http://www.medicinaycirugiaorallymaxilofacial.info>

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Sin duda, el término *Osteointegración (OI)*, es el más referente, de todos los que adornan, el mundo Científico y Aplicativo y Promocional, que versa sobre el empleo de los implantes de titanio, como soporte de prótesis dentales y otros. No tenemos intención de extendernos, en detalles, sobre, su descripción científica y ni siquiera, por el aprovechamiento excepcional, de lo que significa en nuestra práctica.

OBJETIVOS

Nuestro objetivo es lanzar la pregunta sobre la adecuación de la denominación: en este sentido, tal vez, sería más adecuado, hablar de osteo-aposición, osteo-adherencia u otras denominaciones, más modestas que el contundente osteo-integrativo.

DESARROLLO

Desde luego no es por falta de Material, para decir lo que, decimos y no es necesario, irse a estudios muy sofisticados, para comprender y entender, nuestras afirmaciones, dicho, con toda modestia. El sentido común y el día a día, nos demuestra, que si bien existe una notable tolerancia orgánica, al titanio, para nada quiere decir, que exista algún tipo de biología interactiva, entre las estructuras orgánicas alveolodentarias y el metal, en cuestión.

CONCLUSIONES

Del estudio introspectivo apuntado, que creemos, se apoya, en la realidad clínica, a la que casi todos podemos acceder, parece nos permite, desde ahí, el poder restringir al mencionado término, aún estrato más modesto, al que parece, no obstante, que con buenas intenciones, se le ha venido dando. Sin que nadie, que conozcamos y quizás eso es lo, más discutible, el que científicamente, se le otorgarán propiedades y comportamientos bio integrativos casi indiscutibles al tema OI., que no es casual lo escribamos abreviado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hernández Altemir F., Hernández Montero Susana, Hernández Montero Sofía, Hernández Montero Elena: Ectopic Occlusion. EACMFS 2014, 27-26 september 2014. 10-En página de inicio de la Web: <http://www.medicinaycirugiaoralymaxilofacial.info>.
2. Hernández Altemir F: Certificación de la SECOM de fecha 21 de septiembre de 2016.

MANEJO DE LAS CURVATURAS RADICULARES EN ENDODONCIA. A PROPÓSITO DE VARIOS CASOS

AUTORES: Marina Ojuel Guillermo, Andrea Pérez Cano, Santiago Poc Sola, Gonzalo Hidalgo Olivares, Oscar Alonso Ezpeleta.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Máster Propio en Endodoncia. Universidad de Zaragoza.

DIRECCIÓN COMPLETA (1º FIRMANTE): C/ La Ribera, nº 23. 31540 Buñuel (Navarra).

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El tratamiento endodóntico en dientes que presentan grandes curvaturas radiculares, suponen un gran reto para el odontólogo. En aquellos dientes que muestran estas anormalidades, es mucho más fácil que puedan suceder accidentes/complikaciones durante el tratamiento de conductos, como pueden ser; rotura de instrumentos, creación de escalones, falsas vías, perforaciones... etc. Es importante prevenir el que ocurran este tipo de accidentes, ya que estos provocan una disminución de los porcentajes de éxito del tratamiento, teniendo incluso que recurrir muchas veces a la cirugía periapical para solventar el problema creado por nosotros mismos.

OBJETIVO

El tratamiento de los dientes que presentan curvatura abruptas en sus sistemas de conductos, requieren una modificación de la técnica de trabajo convencional, siendo muy minuciosos en el protocolo de actuación, lo cual provoca un aumento de los tiempos de trabajo.

DESARROLLO

De partida, es fundamental realizar unas buenas radiografías de diagnóstico en varias proyecciones, que nos den la posibilidad de visualizar la anatomía radicular de los dientes a tratar antes de comenzar el tratamiento de conductos, y que nos anticipen por tanto las dificultades que nos vamos a encontrar la hora de realizar la endodoncia del diente en cuestión.

Vamos a presentar una serie de casos realizados en el Máster de Endodoncia de la Universidad de Zaragoza, cuya característica común fue la presencia de acentuadas curvaturas en los canales radiculares de los dientes tratados (en algunos casos $>$ a 90°). Tras un correcto diagnóstico inicial, mostramos los protocolos de instrumentación y obturación de elección (amparados todos ellos por literatura científica actual), para solventar este tipo de casos con el mayor éxito posible.

CONCLUSIÓN

La experiencia del profesional, al igual que la paciencia del mismo, son fundamentales para el tratamiento de los dientes con estas características anatómicas, ya que de no ser muy meticuloso con los protocolos de trabajo, es muy sencillo que ocurran accidentes/ complicaciones que comprometan incluso la viabilidad del diente.

INDICACIONES DEL MTA: REVISIÓN DE LITERATURA CIENTÍFICA Y PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS

AUTORES: Verónica Jalón Rodríguez, Irene Ramos Aguado, Sara Abizanda Guillén, Oliver Valencia de Pablos, Óscar Alonso Ezpeleta.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Máster en Endodoncia. Universidad de Zaragoza.

DIRECCIÓN COMPLETA (1º FIRMANTE): Marqués de la Ensenada, 21, 2º I. 26003 Logroño (La Rioja).

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El MTA es un material compuesto principalmente de calcio, sílice y bismuto, con un elevado pH y baja resistencia a la compresión. Gracias a sus diferentes propiedades físicas, químicas y biológicas, es considerado un material biocompatible capaz de inducir la formación de tejido mineralizado, además de poseer cierta capacidad antibacteriana y antifúngica.

OBJETIVO

Diferentes materiales dentales han sido evaluados a lo largo del tiempo con el objetivo de regenerar tanto el tejido dental como los tejidos periodontales de sostén, y proporcionar una barrera de aislamiento que permita la posterior restauración dental.

DESARROLLO

Las investigaciones lo señalan como el material ideal para diversos procedimientos odontológicos, que serán descritos en la siguiente revisión, basándonos en la evidencia científica y una serie de casos clínicos.

Sin embargo, el MTA no está exento de inconvenientes, por lo que nuevas líneas de investigación surgen para el desarrollo de biomateriales con propiedades superiores, entre las que se incluyen: disminución del tiempo de fraguado, imposibilidad de inducir discromías en los tejidos dentarios o facilidad de su eliminación tras el fraguado, entre otras.

CONCLUSIÓN

El Agregado Trióxido Mineral (MTA), ha sido estudiado ampliamente como material de relleno retrógrado en la cirugía endodóntica, así como para el sellado de las comunicaciones entre el sistema de conductos radiculares y el tejido perirradicular. En la actualidad se utiliza también con éxito en la protección pulpar directa, pulpoto-mías, apicogénesis e incluso como material de relleno radicular.

