

Revista

20
18

Ciencia
y Tecnología

CÍRCULO
ODONTOLÓGICO
SANTAFESINO



2018

VOLUMEN N° 38 | DICIEMBRE 2018

Eva Perón 2470 | Te: (0342) 4562626/27

www.cosantafesino.com.ar

[fb/CirculoOdontologicoSantafesino](https://www.facebook.com/CirculoOdontologicoSantafesino)

[@cosantafesino_cos](https://www.instagram.com/cosantafesino_cos)



INNOVAR, EVOLUCIONAR.
PERFECCIONARSE.

FÁBRICA: COLÓN 2899
ROSARIO S2001RAC - ARGENTINA
TEL.: +54 341 4810645
WWW.NARDIHERRERO.COM.AR

NH NARDI &
HERRERO



5

EDITORIAL

Su Má gic o

6

SODyMD

8

REHABILITACIÓN
POSENDODÓNTICA EN EL
SECTOR POSTERIOR: "NO
POSTE, NO CORONA...
SOLO ENDONLAYS"

PÁG.

13

RESOLUCIÓN DE UN CASO
DE MALPOSICIÓN DE 1
IMPLANTE CON CIRUGÍA
PLÁSTICA

17

PLANEAMIENTO VIRTUAL
EN CIRUGÍA ORTOGNÁTICA

22

FRACTURA DE
CÓNDILO MANDIBULAR:
CASO CLÍNICO

27

REVASCULARIZACIÓN
PULPAR EN DIENTES PER-
MANENTES INMADUROS
CON NECROSIS PULPAR:
REPORTE DE UN CASO

33

OSTEOBLASTOMA
AGRESIVO:
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO
Y PERIODONTAL

37

TRATAMIENTO
ORTODÓNTICO DE
MORDIDAS ABIERTAS CON
CORTICOTOMÍA ÓSEA



Los trabajos científicos que aparecen en la revista del *Círculo Odontológico Santafesino* expresan exclusivamente la opinión de los autores.

EDI
CIÓN

2018

Responsable de la edición

Lorenzo Novero

Coordinación

Virginia Martínón

Diseño

Valentina Novero

AUTO
RIDA
DES

Presidente

Dr. NOVERO, Lorenzo

Vicepresidente

Dra. GARCÍA, Inés

Secretaria

Dra. RAMÍREZ, Romina

Prosecretaria

Dra. EPELBAUM, Aldana

Tesorero

Dr. ARRAÑA, Raúl

Protesorero

Dr. MAS, Patricio

Vocales Titulares

Dra. PERAZZI, Guillermina

Dr. BERLI, Carlos

Dr. TALEB, Marcelo

Dra. GÓMEZ, Sofía

Vocales Suplentes

Dr. ELLI, Raúl

Dra. BLANK, Victoria

Dr. RAMÍREZ, Jorge

Dra. DEPAOLO, María Elisa

Comisión Fiscalizadora

Miembros Titulares

Dra. SEGOVIA, Mariana

Dra. CASCO, María Alejandra

Dr. GALLARDO, Mara

Miembros Suplentes

Dra. SAURIT, Natalia

Dra. TONEATTO, Pamela

Tribunal de Honor

Presidente

Dr. KURGANSKY, Iván

Secretario

Dr. PRÓSPERI, Rolando

Marcelo

Vocales Titulares

Dr. BERTONE, Pablo

Dr. MACAGNO, José

Dr. CARDONA, Rubén Ariel

Vocales Suplentes

Dra. LEDESMA, Ana María

Dr. BÁCOLLA, Damián

Dr. NEFFEN, Gerardo



Editorial

Comienza un nuevo año y seguramente será otro en el que nos encontremos trabajando nuevamente con gran intensidad para mantener y acrecentar el nivel alcanzado en servicio a los socios y en la consideración nacional.

Este 2019 tiene la particularidad de que corresponde al recambio de la Mesa Directiva del COS, lo que traerá aparejado nuevos emprendimientos, renovado entusiasmo y otras ideas, en pos de continuar con la senda de crecimiento institucional que, indudablemente, se hará con un horizonte de incertidumbre ya que planificar en esta Argentina llena de dificultades es muy complicado puesto que, constantemente, hay que adaptarse a nuevas circunstancias imprevistas, tal como ocurrió durante 2018, envuelto en constantes sobresaltos económicos, luego de comenzar en enero con determinadas expectativas que se trastocaron dramáticamente.

No obstante esto, no es caer en un lugar común indicar que nuestra institución es líder en el país; y sus sucesivas comisiones directivas, acompañadas por los socios, trabajan jornada a jornada para mantenerla en ese lugar de privilegio.

Para sustentar esta opinión basta repasar un día de actividad en todas sus áreas. Por ejemplo, una jornada de noviembre inauguramos la nueva sala para Workshop en el tercer piso, dando utilidad a una parte edilicia que estaba en desuso. Y si aprovechamos ese día para repasar todas las actividades que se estaban desarrollando, apreciamos la magnitud del crecimiento institucional que se produjo.

Así tenemos que, en el área administrativa de Eva Perón 2470, se desarrolla fundamentalmente la importante tarea de la contratación de carteras de trabajo a través del vínculo con las obras sociales más la negociación para actualizar aranceles que, actualmente, se convierte en una tarea titánica: alrededor de ello gira la administración de recursos que, por estos momentos, superan los \$40.000.000 mensuales distribuidos entre todos los prestadores, lo que exige administración, seguimiento contable y cuidado a través de auditorías para controlar que no se produzcan sobreprestaciones ni desvíos en la facturación individual. En tanto, en el área de servicios al socio, se encuentra el departamento de Compras Comunitarias con amplia gama de productos al más bajo precio de mercado, elegido por la gran mayoría de los socios para su abastecimiento de insumos.

En ese sector también funcionan difusión y publicidad, venta de auspicios comerciales, soporte digital y área para reuniones sociales. Además, en este día que describimos hubo que improvisar una sala de Workshop, ya que todas las actividades programadas excedían la capacidad edilicia del área científica.

Es que la inauguración de la sala de Workshop coincidía con la sesión final del año de uno de los cursos de Implantes, en este caso, dirigido por el docente de la UBA Alejandro Rodríguez, acompañado por una decena de docentes santafesinos, muy formados y prestigiosos, todos integrantes del plantel de disertantes del COS, lo que implicaba el funcionamiento a pleno de las dos salas clínicas y, en esta oportunidad, también del Auditorio, donde se proyectaba una cirugía que se realizaba en nuestro quirófano, para los más de 30 inscriptos a este curso al que, por movimiento, actividad y despliegue, se le da en llamar curso insignia.

También estaba en uso la sala de Workshop que nos aprestábamos a inaugurar, con una actividad a cargo del colega brasileño Fernando Borba de Araujo, que prestigiaba nuestro posgrado con su visita, para diferentes propuestas de capacitación, durante tres días.

Esta pequeña descripción de una sola jornada de trabajo representa el aporte de 23 empleados que, en gran mayoría, realmente se desempeña con sentido de pertenencia; además de los asesores y más de 60 odontólogos que, con su contribución posibilitan, junto con todos los socios, llevar adelante esta institución.

Tenemos que destacar el lugar que ocupa la actividad de Posgrado a nivel nacional y provincial porque los cursos y jornadas que realizamos convocan colegas de todas las regiones. Otras instituciones nos eligen para asociarse con nosotros para asegurar el éxito de cada convocatoria, tal como fue el caso de APA para realizar sus jornadas. Y ahora, SODyMD, con quien traeremos a Santa Fe al Dr. Walter Devoto, un número uno mundial, además de prestigiosos disertantes que, junto con profesores y líderes de opinión, brindarán dos días de intensa actualización durante el mes de junio.

Por todo esto, aunque haya dificultades, estamos seguros de que las sortearemos para mejorar el trabajo individual en beneficio de la población.

LORENZO P. NOVERO

*Presidente del Círculo
Odontológico Santafesino*

INAUGURACIÓN DE LA SALA DE WORKSHOP Y BIBLIOTECA

El 30 de noviembre inauguramos la nueva Sala de Workshop, en el tercer piso del COS. En la ocasión, contamos con la presencia de socios, amigos y docentes, especialmente la de los Dres. Fernando Borba de Araujo (Brasil) y Alejandro Rodríguez, a quienes se distinguió, por su visita de 3 días y por su colaboración permanente, respectivamente. Destacamos la asistencia de nuestro Socio Honorario, Dr. Juan Carlos Busso, en representación de ese grupo de socios que, a lo largo de 100 años, lleva adelante esta pasión que es el Círculo Odontológico. También nos acompañó el Dr. Luis Asas, por uno de los Grupos de trabajo en el COS, de Ortodoncia y Ortopedia, que desarrolla su actividad en la casa, desde hace 40 años.





JORNADAS FEDERALES DE REHABILITACIÓN ADHESIVA Y ESTÉTICA SODYMD – COS

Durante los días 6 y 7 de junio de 2019, se desarrollará en Santa Fe este importante evento, organizado junto con la seccional de Operatoria y Materiales Dentales de AOA.

En la ocasión, tendremos la posibilidad de escuchar al Dr. Walter Devoto, un indiscutible número 1 a nivel mundial, creador del movimiento de estética en odontología Stylo Italiano, junto a los Dres. Enrique Fernández Bodereau y Alejandro Bertoldi Helpburn, a lo que se suma un gran simposio nacional, a cargo de profesores y líderes de opinión de Argentina.

Es un gran orgullo para Santa Fe y el COS que, en el proceso de selección de la sede, para la presentación en el país de Walter Devoto, haya sido la opción indiscutida nuestra institución, ya que garantiza una gran concurrencia y una impecable organización.

SODYMD y COS estamos preparados para recibir a estos disertantes de primer nivel y congregar, en el Centro de Convenciones Los Maderos de Santa Fe, una gran cantidad de colegas, para compartir dos días con información científica y reencuentro entre amigos.

LOS ESPERAMOS



CÍRCULO
ODONTOLÓGICO
SANTAFESINO



SOCIEDAD DE
OPERATORIA DENTAL
MATERIALES DENTALES



Asociación
Odontológica
Argentina

JORNADAS FEDERALES DE REHABILITACIÓN ADHESIVA Y ESTÉTICA 6 - 7 DE JUNIO DEL 2019 EN SANTA FE



PROF. DR. ENRIQUE
FERNANDEZ BODEREAU



DR. ALEJANDRO
BERTOLDI HEPBURN





COS

REHABILITACIÓN POSENDODÓNTICA EN EL SECTOR POSTERIOR: "NO POSTE, NO CORONA... SOLO ENDONLAYS"

REPORTE CASO CLÍNICO CON BASE CIENTÍFICA

OD. NICOLÁS BELLO

- Especialista en Operatoria y Estética dental
- Docente Facultad de Odontología de Rosario – UNR.
- Docente Carrera de Odontología – UAP.
- Práctica Privada.

INTRODUCCION

Hoy en día, la rehabilitación coronal de dientes posteriores tratado endodónticamente, conlleva un problema controversial. A pesar de que el uso clásico de coronas soportadas por la fijación de pernos metálicos intraconductos está ampliamente difundido en la odontología, su invasividad ha tenido "críticas científicas" desde hace varios años. La alta rigidez de los pernos metálicos, la transmisión de las cargas a la raíz de la pieza dentaria, los amplios lechos radiculares con importantes consumos de la dentina radicular y el desgaste periférico del remanente coronario sano aprovechables para la restauración, son algunas de las "críticas científicas" que se exponen en la bibliografía.

Desde hace varios años y a raíz del surgimiento de materiales y tecnologías, contamos con nuevas opciones terapéuticas basadas en la adhesión, tanto para restaurar de forma directa como para hacerlo de manera indirecta.

Luego del tratamiento endodóntico de dientes posteriores, especialmente en molares, (por lo general) queda un remanente coronario importante capaz de soportar restauraciones rígidas sin la necesidad de buscar un anclaje dentro del conducto radicular. Este tipo de restauraciones cumplen con la función principal de proteger al remanente dentario, ya sea recubriéndolo, abrazándolo o conteniéndolo mecánicamente a manera de una tapa y, de esta forma, devolver la funcionalidad a la pieza dentaria.

Por estas razones, las incrustaciones tienen una indicación muy clara a la hora de rehabilitar la porción coronaria de un diente tratado endodónticamente.

El objetivo del siguiente reporte es presentar y mostrar un caso clínico de restauración de un molar inferior endodonciado con la incorporación de un material de inserción rígida basado en una fijación a través de técnica adhesiva, sin postes y sin coronas, más bien con un EndOnlays.

GENERALIDADES:

Las incrustaciones dentales aportan varias ventajas en la rehabilitación de una pieza dentaria posterior con gran pérdida estructural, dentro de las cuales podemos citar:

Evitan la inserción de pernos o postes radiculares en los dientes con endodoncia

Establecen márgenes alejados de los tejidos periodontales
Protegen y estabilizan estructuralmente al remanente dentario al cubrirlo

Facilitan la reconstrucción anatómica y de relación de contacto con la pieza vecina.

De esta manera, la utilización de las incrustaciones es una alternativa válida a las restauraciones directas e incluso a los tradicionales tratamientos de coronas sobre pernos metálicos.

Con ellas, buscamos lograr una integración física entre éstas y la pieza dentaria para obtener una nueva estructura conformada, en parte por tejido dentario y en parte por el material de restauración, donde ambas se encuentran íntimamente unidas entre sí por una fase adhesiva, conformando un monobloque, el cual funcionará mecánicamente como una sola entidad, logrando mejores propiedades mecánicas y de resistencia para ambos elementos.

Autores como Lopes (1991) y Brunton (1999) demostraron que este tipo de restauraciones devuelven a la pieza dentaria su resistencia original en un 97 %, tanto para incrustaciones de composite como de porcelana.

Para lograr la integración estructural y poder conformar el monobloque será necesario recurrir a procedimientos adhesivos, generando uniones micromecánicas y químicas que perduren en el tiempo, permitiendo así que la restauración reciba cargas y pueda trasladarlas a la pieza dentaria evitando posibles fracturas y fortaleciendo el remanente dentario.

Estos conceptos son aplicables en la restauración de dientes con endodoncia siguiendo filosofías de rehabilitación adherida que contemplan la máxima conservación de tejidos dentarios sanos, evitando debilitar estructuralmente al remanente dentario.

CASO CLÍNICO

La paciente concurre a la consulta por dolor en zona de la pieza 3.6. Posterior al examen clínico endobucal (Fig. 1), se le solicita una Rx Panorámica (Fig. 2) en la cual se observa una imagen radiolúcida en la zona periapical de dicha pieza, lo que sería compatible con acúmulos bacterianos desarrollándose apicalmente; sumado a un escaso tratamiento y conformación de los sistemas de conductos según se puede observar radiográficamente; y la utilización de un perno con rosca prefabricado alojado en el conducto distal actuando como anclaje de la restauración oclusal.



FIG. 1



FIG. 2

Conformado el diagnóstico final y elaborado el plan de tratamiento, se procede a la eliminación de la restauración oclusal de la pieza 3.6 (Fig. 3) y la respectiva eliminación del perno preformado que se aloja en el conducto distal de dicha pieza dentaria. (Fig. 4)

Una vez logrado el acceso a los sistemas de conducto (Fig. 5), se continúa con el re-tratamiento endodóntico, consistente en la eliminación del material de obturación de los conductos radiculares, copiosa irrigación con hipoclorito de sodio y EDTA (en diferentes momentos) buscando no solo disminuir la carga bacteriana en el interior de los sistemas de conductos sino también lograr permeabilidad a nivel del foramen apical para un óptimo sellado del mismo, y generando una conformación compatible con el taper de las limas F1 (para ambos conductos mesiales) y F2 (para el conducto distal) de sistema ProTaper, utilizando AH 26 como sellador endodóntico. (Fig. 6)



FIG. 3



FIG. 4



FIG. 5



FIG. 6

Seguidamente se utiliza un cemento de ionómero vitrio modificado con resina (presentación encapsulada) para sellar la entrada al sistema de conductos, logrando así un cierre hermético, colaborando con el pronóstico del tratamiento endodóntico, mayor durabilidad y poder ser aprovechado como material sustituto dentinario.

En la segunda sesión, se realiza la preparación dentaria para nuestra EndOnlay. Como mínimo, se recomiendan 2 mm de espacio interoclusal para recubrimiento cuspeideo.

Borgia Botto (2003) sugiere realizar un recubrimiento oclusal cuando el remanente dentario sano sea menor, en sentido vestibulo-lingual, a la mitad de la distancia intercuspídea.

Seguidamente, se reduce el relleno del ionómero de vidrio dejando un espesor mínimo del mismo, de entre 1.5-2 mm por sobre la entrada al sistema de conductos radiculares, para poder utilizar lo que resta de las dimensiones de la cámara pulpar como anclaje de la restauración oclusal, generando una cavidad ligeramente expulsiva y con ángulos redondeados, donde asentar nuestra EndOnlays. (Fig. 7)

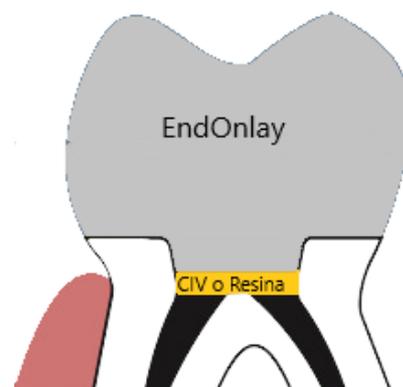


FIG. 7

Posteriormente, se elimina por completo la relación de contacto y se alisan los márgenes cavitarios, los cuales deben quedar libres de material de relleno y exponen el tejido adamantino, no solo para el correcto asentamiento de la EndOnlays sino también para garantizar el sellado periférico y su estabilidad en el tiempo.

Como material de impresión se utiliza silicona por adición, en su consistencia masilla o pesada y liviana o light, con una técnica de 1 tiempo y arcada completa, previa colocación de hilo separador gingival sin impregnar (en especial para visualizar los límites de la preparación en mesial y distal). Tener presente que la silicona debe tener el suficiente flujo para penetrar en todos los espacios a impresionar y una vez polimerizada, la suficiente rigidez para evitar deformaciones.

Con respecto al maxilar antagonista (superior), se impresiona de forma completa, utilizando para tal fin alginato, como material de impresión.

Una vez obtenidas ambas impresiones, se envían al laboratorio para la confección de una EndOnlay para la pieza 3.6 en este caso utilizándose una técnica de porcelana inyectada.

Como obturación provisoria intermedia se confecciona una incrustación en acrílico autocurable y es fijada con cemento provisorio libre de eugenol.

Obtenida la EndOnlay en porcelana, se prueba en boca y se procede, por un lado, al acondicionamiento del sustrato dentario, y por el otro, al acondicionamiento interno de la restauración.

ACONDICIONAMIENTO INTERNO DE LA RESTAURACIÓN:

Al tratarse de un restauración confeccionada con porcelana ácido sensible, se emplea ácido fluorhídrico al 10 % durante 90 segundos (Fig. 8), se lava con agua y se seca con aire, luego se aplica ácido fosfórico 37 % por 30 segundos, se lava y se seca, y por último, se aplican entre 2 y 3 capas de silano en toda la superficie interna (Fig. 9) y se deja secar.

ACONDICIONAMIENTO DEL SUSTRATO DENTARIO:

Se prepara el campo operatorio bajo aislamiento absoluto, y se acondiciona la pieza dentaria con ácido fosfórico al 37 % (se puede utilizar cinta teflón para proteger los dientes vecinos) y se coloca el adhesivo (Fig. 10).

Una vez finalizado el acondicionamiento de ambos sustratos, se carga la EndOnlay con el medio de fijación a base de resina de activación dual (Fig. 11) y se lo lleva a la cavidad, ejerciendo una suave pero constante presión, para permitir el escurrimiento del medio de fijación y finalizar el asentamiento de la EndOnlays. Los excesos del medio cementante se pueden eliminar con pinceles o microbrush y se utiliza hilo dental o cinta teflón para eliminar los excesos por proximal.

Posteriormente se comienza la polimerización a baja intensidad, aumentando la misma gradualmente, durante 40 segundos, por cada una de las caras de la EndOnlays (Fig. 12).



FIG.8



FIG.9



FIG.10

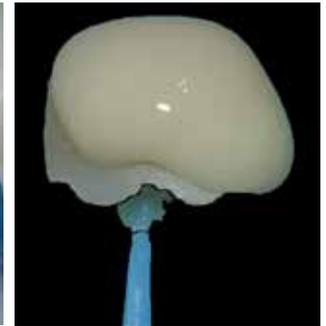


FIG.11



FIG.12



FIG.13

Finalizado este paso, se retira el aislamiento y, con la ayuda de una hoja de bisturí número 12 o piedra de diamante de grano ultrafino, se retiran los excesos que pudieran quedar.

Por último se controla la oclusión del paciente con papel de articular tanto en oclusión habitual como en movimientos de lateralidad y extrusivos, haciendo los ajustes correspondientes, de ser necesario (Fig. 13).

CONCLUSIÓN

Considerando la preservación de tejidos en la preparación dentaria, el empleo de EndOnlays mecánicamente resistente por su calidad estructural y manteniendo los espesores correspondientes, sumado no solo a una fijación adhesiva sino también manteniendo los principios de retención y estabilidad, es de suponer que este tipo de restauraciones en el sector posterior tengan un rendimiento clínico más adecuado que el uso de perno/corona.

Asimismo, las EndOnlays presentan algunas ventajas clínicas en lo que respecta a su simple y rápida confección y tallado y su menor costo económico, no solo monetario sino también de tejido dentario.

BIBLIOGRAFÍA:

-MAGNE P, CARVALHO AO, BRUZI G., ANDERSON RE., Influence of No-Ferrule and No-Post Buildup Desing on the Fatigue Resistance od Endodontically Treated Molars Restored With Resin Nanoceramic CAD/CAM Crowns. Operative Dentistry, 2014

-ROCCA GT, RIZCALLA N, KREJCI I. Fiber-reinforced resin coating for endocrown preparation: a technical report. Operative Dentistry, 2013.

-OZ FE, BOLAY S. Comparative Evaluation of Marginal Adaptation and Fracture Strength of Different Ceramic Inlays Produced by CE-REC Omnicam anda Heat-Pressed Technique. Int. J. Dent. 2018.

-MUÑIZ L. Rehabilitacion estética en dientes tratados endodónticamente. Postes de fibras y posibilidades clínicas conservadoras. Livraria Santos Editora. San Pablo. Brasil. 2010

-GARBER D. Porcelain and Compsite Inlay and Onlays. Esthetic Posterior Restauration. Quintessence Book. EUA. 1994

-BERTOLDI HEPBURN. Aspectos negativos de las resinas compuestas: Filtración Marginal. Revista AOA. 2003

-PEUTZFELDT A. Indirect Resin and Ceramic Systems. Operative Dentistry Supplement 6: Management Alternative for Carious Lesion. 2001

-BORGIA BOTTO. Restauraciones indirectas adheridas posteriores. Cap. 12 Libro Adhesión en Odontología Restauradora. Editor Gilberto Henostroza Haro. Editora Maio. Brasil. 2003

-MACCHI R. Materiales dentales. 3ª Edición. Editorial Panamericana. Bs. As. Argentina. 2000

-HENOSTROZA H. Adhesión en odontología restauradora. 2ª Edición. Editorial Ripano. 2010



Tedequim



La línea más completa para el **tratamiento del color dental.**



Barrera gingival

- ✓ Fácil aplicación y corto tiempo de fotocurado



Clarident-M

- ✓ Técnica mixta
- ✓ Peróxido de hidrógeno 35%
- ✓ Polvo
- ✓ Peróxido de carbamidas 16%
- ✓ Desensibilizante
- ✓ Barrera gingival.



Clarident-TA

- ✓ Técnica microabrasiva.
- ✓ Elimina manchas que los blanqueadores a base de peróxido no pueden.



Clarident

- ✓ Blanqueamiento dental para consultorio.
- ✓ Uso interno y externo.
- ✓ Actúa sobre piezas vitales y no vitales.
- ✓ Alcanza para 3 a 4 pacientes.
- ✓ Peróxido de hidrógeno al 35% o 38%
- ✓ Auto o fotoactivable.



Clarident-PC

- ✓ Peróxido de carbamida 16% o 22%
- ✓ Ambulatorio



Kdesin

- ✓ Desensibilizante de alta efectividad

Pensados para conjugar durabilidad, estética y confort.

丹特思
Detes

TS-6830/T4



TS-6830/T3



DESCRIPCIÓN

PLATINA COLGANTE NEUMÁTICA:

Tres salidas neumáticas / Jeringa triple / Comandos del equipo / Negatoscopio / Recolector de residuos / Manómetro

FOCO T4:

Sensor de intensidad / 1 led

PEDAL:

Multifunción

BRAZO ASISTENTE:

Eyector de potencia / Eyector de baja potencia / Jeringa triple / Comandos: de movimiento y llena vaso/lava salivadera.

SALIVADERA:

Cerámica / Atemperador de agua llena vaso / Llena vaso y lava bacha temporizados / Sistema Vaso presurizador o agua de red (para alimentación de platina) / Bandeja auxiliar para apoyar periféricos.

DESCRIPCIÓN

PLATINA COLIBRÍ NEUMÁTICA:

Tres salidas neumáticas / Jeringa triple / Comandos del equipo / Negatoscopio / Recolector de residuos / Manómetro / Bandeja auxiliar

FOCO T3:

Sensor de intensidad / 6 leds.

PEDAL:

Multifunción

BRAZO ASISTENTE:

Eyector de potencia. / Eyector de baja potencia / Jeringa triple / Comandos: de movimiento y llena vaso/lava salivadera.

SALIVADERA:

Cerámica / Atemperador de agua llena vaso / Llena vaso y lava bacha temporizados / Sistema Vaso presurizador o agua de red (para alimentación de platina) / Bandeja auxiliar para apoyar periféricos.

COLORES

Tapizados en cuerina



INCLUYE

Banqueta giratoria regulable.

SANTA FE 3153. (2000) Rosario. Santa Fe. Argentina.
0341 438 4433 / 3222 / 1836 - 0341 437 1034 / 4114 / 1248
Sucursal CABA: Marcelo T. de Alvear 2179 CABA.
www.disden.com.ar

f Dis-Den @DisDenOdont Dis-Den Odontología



DIS-DEN
EQUIPAMIENTOS



RESOLUCIÓN DE UN CASO DE MALPOSICIÓN DE UN IMPLANTE CON CIRUGÍA PLÁSTICA

CARLOS MANUEL BERLI

JORGE OTILIO BERLI

La paciente se presenta a la consulta manifestando su disconformidad con el resultado estético de su sonrisa. Al examen clínico presenta una corona de porcelana conacrílico rosado que reemplaza el tejido gingival ausente.

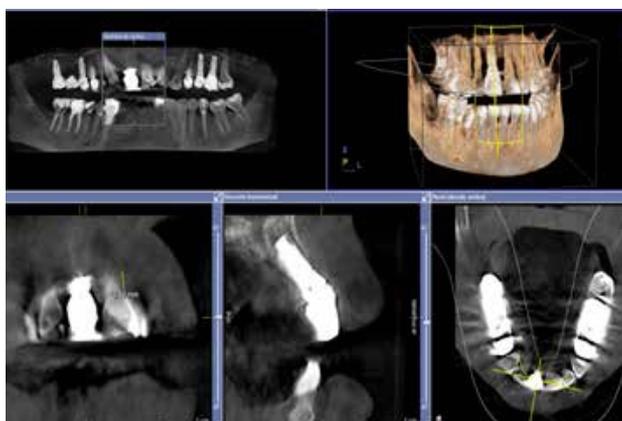


Se decide cortar la corona para evaluar el estado de los tejidos blandos subyacentes y la emergencia del implante.



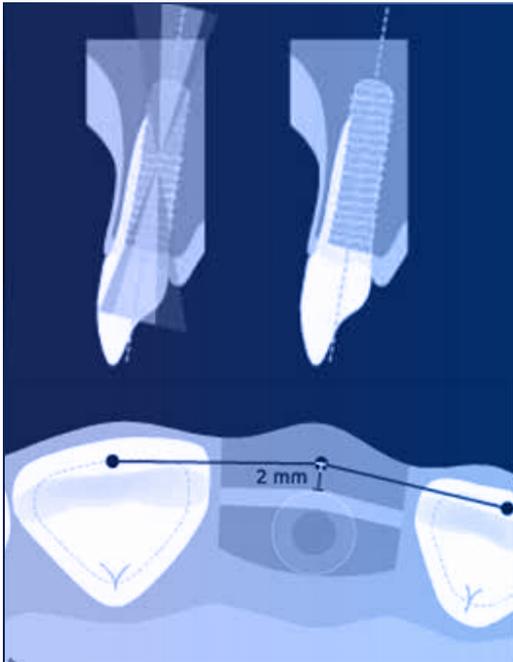
Vista del abutment angulado una vez retirada la corona

Al análisis tomográfico el implante presenta una angulación vestibular y el diámetro del implante es demasiado, para el ancho del reborde alveolar. La literatura describe que, en el sector anterior, debe haber como mínimo 2 mm. más de reborde que el ancho del implante.



La falta de integridad del tejido puede necesitar del injerto de tejidos blandos, lo que implica mayor costo, tiempo y morbilidad del paciente (1)

La recesión gingival alrededor de los implantes inmediatos se produce a menudo como consecuencia de una malposición vestibular (1)



Dimensión Vestíbulo Lingual

Un ángulo bien planificado ayuda a optimizar el perfil de emergencia y simplifica la restauración protésica. El eje correcto debe situarse 1mm hacia palatino del futuro borde incisal. La posición debe estar localizada 1,5 a 2 mm hacia palatino del punto de emergencia de la futura corona clínica.

Se ha propuesto el injerto de tejido conectivo para crear estabilidad biológica y funcional alrededor de los implantes aumentando la banda de tejido blando o de encía queratinizada (2)



Se decide la toma de un injerto de tejido conectivo de la mucosa palatina.

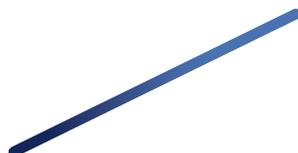
Para el aumento de tejido blando la toma de elección es el tejido autógeno, a pesar de sufrir cierto grado de contracción (3)



El injerto en posición con suturas de estabilización y sutura suspensoria para lograr el íntimo contacto del injerto al lecho receptor.



Injerto cicatrizado a los 60 días. Se realiza un provisorio pasante desde vestibular, ya que la angulación del implante provocaba esa emergencia vestibular.



Perfil de emergencia y ancho de los tejidos blandos obtenidos.



Se procede a realizar un alargamiento quirúrgico de la corona clínica, para nivelar el zénit de los 6 dientes antero-superiores.



Se coloca un pilar multifunción (Tree Oss) de 30 grados de angulación, para obtener un acceso desde palatino y poder realizar una corona telescópica, pasante.

Las prótesis atornilladas ofrecen una ventaja clara frente a las cementadas, puesto que eliminan el uso de cemento, ofrecen un mejor control de los perfiles de emergencia y pueden recuperarse ante cualquier accidente (4)



Corona recién colocada



Control al mes, con la adaptación de los tejidos blandos.



Resultado estético final, obtenido.

CONCLUSIONES

Siempre es muy difícil corregir la malposición de un implante, aunque a veces, con recursos como la cirugía plástica periodontal, se logren muy buenos resultados. Estos casos de alta estética deben ser planificados con sumo cuidado y dedicación, con guías quirúrgicas y estudios tomográficos. Hay que respetar una curva de aprendizaje para este tipo de tratamientos que son las más difíciles de resolver.

BIBLIOGRAFIA

- (1) JACK y EVANS, *Esthetic outcomes of immediate implant placements*. Clin.oral implants res. 2008. Jan 19, 73-80
- (2) CAIRO F, PAGLIARO U, NIERI M. *Treatment of gingival recession with coronally advanced flap procedures, a systematic review*. J. clin. Periodontal.(2008), set 35 (8 suppl) 136-162
- (2)THOMA Ds, BENIC Gi y col. *Asistematic review assessing soft tissue augmentation techniques*. Clin oral implants Res. 2009 sep, 20: 146-165
- (3) THOMA Ds, MUHLEMANN S, JUNG RE. *Critical soft tissue dimensions with dental implants and treatment concepts*. Periodontol2000 , oct.2014, 66(1) 106-118
- (4) LINKEVICIUS T, VINDASIUTE E, PUISYS A, LINKEVICIENE L, y col. *The influence of the cementation margin position on the amount of undetected cement. A prospective clinical study*. Clin oral implant res. 2013 Jan, 24 (1), 71-76

BRILLIANT EverGlow

COMPOSITE UNIVERSAL HÍBRIDO SUBMICRÓNICO

El arte de brillar

- Pulido excepcional y brillo duradero
- Técnica simplificada. Restauraciones estéticas con tonos body universales
- Excelente humectabilidad de la superficie
- Exclusivo sistema COLTENE Duo-shade
- Consistencia suave para una manipulación ideal
- Mínima abrasión, alta resistencia a la compresión y una excelente estabilidad de color



Fill-Up!™

COMPOSITE BULK FILL DE CURADO DUAL

Profundo. Rápido. Perfecto.

- Restauración en un solo paso
- Polimerización dual. Profundidad ilimitada de obturación. Técnica monocapa, incluso en las caries más profundas de hasta 10mm.
- Mínima contracción.
- Sellado marginal optimizado. Menor sensibilidad postoperatoria
- Color universal mimético
- Automix para una aplicación eficaz



ParaCore®

CEMENTO RECONSTRUCTOR



3 indicaciones - 1 material

- Un sistema completo que cimenta y adhiere:
 - Reconstrucción de muñón
 - Cementación de poste
 - Cementación coronas, puentes, Inlays/Onlays
- Automix. Polimerización dual



PRESIDENT



SILICONAS ADICIÓN

Superficie activada con excelentes propiedades hidrofílicas para impresiones extremadamente precisas.

- Altísima estabilidad dimensional, Mínima deformación permanente
- Los modelos pueden ser vaciados dentro los 7 días
- Máxima memoria elástica y fidelidad de reproducción: 1µ
- Fluidéz extrema y tixotropía garantizada
- Excelente resistencia al desgarro
- ¡Nuevos colores y consistencias!



5 CONSISTENCIAS PESADAS PARA ELEGR

3 CONSISTENCIAS LIVIANAS PARA ELEGR



PLANEAMIENTO VIRTUAL EN CIRUGÍA ORTOGNÁTICA

DRA. CONSTANZA FELICES

Esp. Cirugía Bucal y Maxilofacial

DR. RODOLFO FELICES DDS

Jefe de Servicio de Maxilofacial – Hospital J.B. Iturraspe

DRA. JOSEFINA NOSEDA

Esp. Cirugía Bucal y Maxilofacial

DR. KEVIN CRISTOFER FELICES

Residente en Cirugía Bucal y Maxilofacial – Hospital Belgrano CABA

RESUMEN:

Desde hace muchos años, la planificación en cirugía ortognática se viene realizando en base a parámetros tomados de la teleradiografía de perfil, de frente, modelos de estudio y apreciaciones clínicas. Con el advenimiento de la tecnología digital 3D para el planeamiento virtual y la confección de modelos y férulas quirúrgicas Computer Aided Design / Computer Aided Manufacturing (Cad-Cam), las decisiones y la comprensión de los movimientos alcanzados se realiza de manera más certera y precisa dejando atrás un método que tiene mucho de artesanal y subjetivo, disminuyendo así la posibilidad de errores de tratamiento y resultados.

ABSTRACT:

Since many years ago surgical planning in orthognatic surgery has been done based on lateral and frontal images aided with cast models and clinical observations.

With the advent of the 3D technology for the virtual planning and Cad/Cam surgical splints, the surgical decisions and movements reached with the procedure are more precise leaving behind a craft and subjective method that is more prone to errors and unsatisfactory outcomes.

INTRODUCCIÓN:

El diagnóstico y tratamiento de las malformaciones dento-maxilo faciales requiere de un minucioso análisis clínico e imagenológico para la toma de decisiones y la elección de posibilidades terapéuticas.

Actualmente y desde hace mucho tiempo basamos el análisis del paciente en mediciones estrictas tomadas desde radiográficas en 2D y las anotaciones matemáticas son tomadas como absolutas y determinantes en la planificación del tratamiento para el logro de una armonía dento-esquelética morfológica y funcional dentro de la norma estadística.

En los últimos años se han dejado de lado parcialmente esas mediciones estadísticas puramente matemáticas basadas en cefalogramas convencionales, por análisis mixtos basados en las cefalometrías, análisis facial y modelos montados en articulador.

La literatura actual demuestra que los resultados logrados con el método convencional de teleradiografía de perfil, ortopantomografía y modelos son de precisión aceptable y de resultados satisfactorios, pero el advenimiento de la tomografía de haz de cono (CBCT) más la incorporación de los modernos softwares han abierto un espectro impensado de análisis en los 3 planos del espacio, haciendo así más predecibles aún los resultados a obtener y el éxito del tratamiento.

DESARROLLO

Para el análisis prequirúrgico de una malformación facial, tomamos como punto de partida las posibles modificaciones necesarias en el plano vertical y sagital, obtenidas por imágenes cefalométricas en 2 D. Estas apreciaciones tienen un alto contenido subjetivo porque además están influenciadas por patrones estéticos que dependen de la raza, país, sexo o estereotipos de moda en ese momento. Si la necesidad individual de un paciente indica una asimetría facial también podemos contar con el apoyo de una teleradiografía de frente que colabora en el análisis de la corrección a llevar a cabo. Sin embargo estas imágenes no terminan de evaluar la real posición de todas las estructuras en los 3 planos del espacio (Figura 1)

El montaje en articulador y la posterior cirugía de modelos utilizando la plataforma de Erikson, aporta mucha información y exactitud a la hora de decidir los desplazamientos óseos a realizar (Figura 2). Los modelos son colocados en la base de la plataforma de Erikson, para ser medidos y ubicados en los tres planos del espacio, con una regla electrónica que posee el dispositivo (Figura 3), siendo estas medidas nuestras guías, previo a la cirugía de modelos.

Se realiza la sección de modelos, colocando el maxilar superior en la posición deseada, confeccionando allí nuestra primera férula o splint intermedio. Luego se procede a cortar la mandíbula para llevarlo a la oclusión deseada, confeccionando así la segunda férula o splint final de guía. Dichas férulas son las que permiten asegurarnos la ubicación de los maxilares en los tres planos del espacio, durante el procedimiento en quirófano.

En esta serie de pasos se pueden arrastrar errores durante la planificación, por existir algunas imprecisiones técnicas o humanas desde la toma de modelos, registros de transferencia para el montaje en articulador, hasta un mínimo error en una medición.

Existen datos de gran relevancia que pueden pasar desapercibidos en el análisis convencional que realizamos habitualmente. Estos datos son el "Pitch" o rotación ant-post, el "Roll" o canteo frontal y el "Yaw" o rotación posterior de los maxilares. Si bien el primero de estos datos es fácilmente evaluable en las imágenes 2D, los dos segundos son más fácilmente apreciables en los análisis con los Softwares actuales.

Otras de las ventajas que nos posibilita la evaluación 3D es la de analizar las interferencias ósea en sitios de osteotomía, la advertencia de rotaciones condíleas, la ubicación del nervio dentario inferior en relación a la fijación rígida, la evaluación de la vía Aérea y sus modificaciones en base al corrimiento óseo y, fundamentalmente para el tratamiento de las Apneas del sueño, la decisión de corrección protésica en zonas anatómicas estéticamente deficientes.



FIG 1. Imágenes previas del paciente



FIG 2. Montaje en articulador semiajustable con registro de relación céntrica

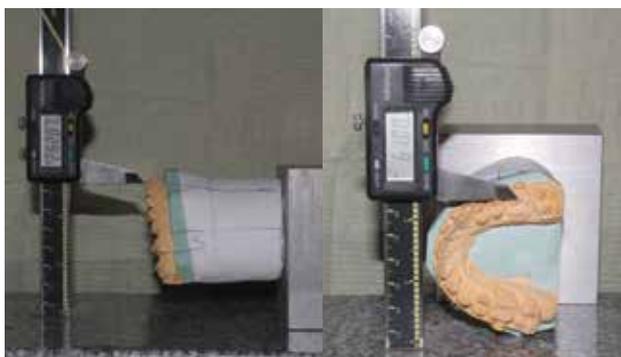


FIG 3. Mediciones de los modelos con Platina de Erikson

Densell®

BRINDANDO PRODUCTOS
DE VALOR AL MUNDO

- Sistema de Blanqueamiento · Materiales de Restauración
- Materiales para Impresión · Odontología Preventiva
- Materiales Endodónticos · Bioseguridad
- Equipamiento



GMP
GOOD
MANUFACTURING
PRACTICES



DM
**ISO
9001**
CERTIFIED

DM
**ISO
13485**
CERTIFIED

Dental Medrano
Seal of Excellence



MTA Endo Sealer



Ionomeros



Dental Medrano
WORLD CLASS DENTAL SOLUTIONS

www.dentalmedrano.com

seguinos en





FIG 4. Cirugía de Modelo manual, según planificación y medidas tomadas; confección de splints quirúrgicos

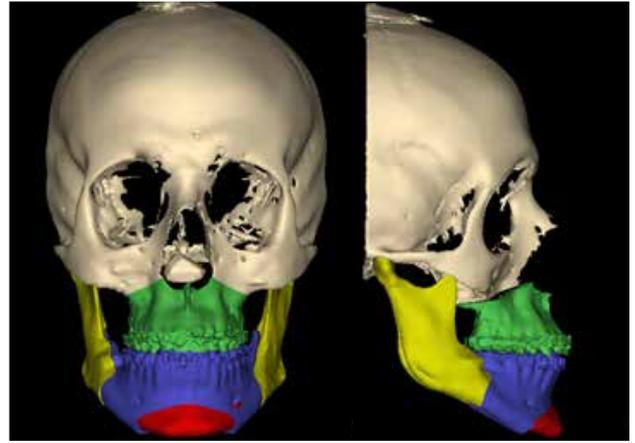


FIG 6. Se realiza la planificación 3D con reposición bimaxilar superior, logrando la oclusión deseada y armonía facial.



FIG 5. Tomografía Cone Beam cráneo completo en software de planificación pre quirúrgica 3D



FIG 7. Confección de férulas quirúrgicas (Cad - cam) para la ubicación de los maxilares en la posición planeada



FIG 8 . Fotos post operatorias del paciente luego de su cirugía ortognática bimaxilar con mentoplastía

DISCUSIÓN:

Sin duda que los avances tecnológicos generan algún tipo de reticencias en los operadores para realizar cambios en la metodología de trabajo que habitualmente venimos desarrollando.

Generalmente todo cambio también genera un grado de inversión económica no solo en equipamiento y software, sino también en entrenamiento específico para el manejo de la nueva dinámica.

Toda nueva generación de aparatología ha venido habitualmente a sumar y aportar en los resultados de nuestros tratamientos y no lo contrario. Antiguamente analizábamos los modelos solo en la mano, luego aparecieron los articuladores semi y totalmente ajustables más la plataforma de Erikson para mejorar nuestras predicciones y resultados finales. Y tras un largo período de radiología analógica aparece la tecnología digital. Hoy en día estamos en la era del planeamiento virtual 3D y posiblemente sea el comienzo de avances más complejos en nuestra especialidad y consideramos que hoy están aquí para superarnos.

CONCLUSIONES:

La tomografía computada con Haz de Cono (Cone Beam) ha sido en los últimos años uno de los grandes avances en la radiología diagnóstica; sus ventajas con respecto a las tomografías Elicoidales o de "haz de ventilador" (Fan Beam) son enormes, en cuanto a la disminución de

los niveles de irradiación en los pacientes y comodidad en los tamaños de equipamiento, además de los costos.

La incorporación de los modernos Software de planificación junto a la tecnología Cone Beam ha posibilitado una nueva era en el diagnóstico y planes de tratamientos impensados e ilimitados a nuestra práctica diaria, en Implantología, Ortodoncia y Cirugía Maxilofacial.

REFERENCIAS:

-REGINA BASS, MARCOS RATINOFF FUNDACIÓN CREO *"Imágenes digitales, planificación virtual e impresión tridimensional para tratamientos combinados de ortodoncia y cirugía ortognática Digital images, virtual planning and 3D impression for combined orthodontics and orthognatic surgery treatments"*

- JOAN BIRBE *Classic planning in orthognatic surgery.* Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Clínica Birbe, Barcelona, España

-*Planificación tridimensional y utilización de férulas Computer Aided Design/Computed Aided Manufacturing en cirugía ortognática* SAMIR ABOUL, HOSN CENTENERO, Barcelona, España

-JOSEP RUBIO-PALAU, JUAN ANTONIO HUETO-MADRID Y JAVIER GONZÁLEZ - LAGUNAS. *Planificación 3D en cirugía ortognática*

-AITOR, GARCÍA; SÁNCHEZ, MIGUEL; ÁNGEL, MOREY; MAS MIKEL, RAMOS; MURGUALDAY, SERGI; JANEIRO, BARRERA; IÑAKI, MOLINA; BARRAGUER, JOSÉ; IGNACIO, IRIARTE ORTABA *Post-traumatic reconstruction with custom prosthesis of the temporomandibular joint. Computerized surgical planning*

DISFRUTAR LOS BENEFICIOS DE MACRO PREMIA ES MÁS FÁCIL QUE SACARTE UNA SELFIE.

Macro premia

Convertí tus puntos en ahorros en supermercados, combustible, recargas para celular y muchísimo más.
ASÍ DE SIMPLE. ASÍ DE FÁCIL.

Hasta **40% AHORRO** en SUPERMERCADOS y COMBUSTIBLE

RECARGA CELULAR

Ingresá a través de **Banca Internet o App Macro.**

Conocé más en **macropremia.com.ar**

0810-555-2355
macro.com.ar
BancoMacro

Macro
Tu Banco cerca, siempre

CARTERA DE CONSUMO - PROGRAMA DE ACUMULACIÓN DE PUNTOS POR CONSUMOS CON TARJETAS DE CRÉDITO DE BANCO MACRO. NO VÁLIDO PARA TARJETAS DE CRÉDITO DE EMPRESAS Y/O AGRO. \$/US\$ A (PESOS O DÓLARES) DE CONSUMO = 1 PUNTO MACRO PREMIA. PARA ACCEDER A MACRO PREMIA SE DEBE REGISTRAR A TRAVÉS DE BANCA INTERNET O APP MACRO. VÁLIDO DESDE EL 01/09/2018 HASTA EL 28/02/2019. TARJETAS ADHERIDAS A AEROLINEAS PLUS NO ACUMULAN PUNTOS POR CONSUMOS PERO SI PUEDEN ACCEDER A LA OFERTA DE MACRO PREMIA. AHORROS EN COMBUSTIBLE, SUPERMERCADOS O COMERCIOS DEL RUBRO COMBUSTIBLE Y SUPERMERCADOS SUJETO A STOCK DISPONIBLE. PARA ACCEDER AL AHORRO, DEBERÁ APLICAR LA CANTIDAD DE PUNTOS REQUERIDOS PARA EL CANJE, LOS CUALES LE SERÁN DESCONTADOS DE SUS PUNTOS DISPONIBLES. EL CANJE DE AHORROS NO ADMITE CAMBIO NI DEVOLUCIÓN DE PUNTOS. AHORRO CON TOPE DE DEVOLUCIÓN, VENCIMIENTO Y VÁLIDO SÓLO PARA UNA TRANSACCIÓN. RECARGAS: VIGENCIA DE 30 DÍAS CONTIGUOS DESDE EL MOMENTO DEL CANJE. NO ADMITE CAMBIOS NI DEVOLUCIÓN DE PUNTOS. CONSULTE BASES, CONDICIONES, TOPES DE REINTEGRO, PUNTOS REQUERIDOS, RUBROS Y COMERCIOS ADHERIDOS EN MACROPREMIA.COM.AR.



COS

CIRUGÍA

FRACTURA DE CÓNDILO MANDIBULAR: CASO CLÍNICO

OD. CRIPOVICH VICTORIA

-Odontóloga (U.N.R) cursante de la Carrera en especialización en Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires (F.O.U.B.A)

DR. ESP. LAZARTE CARLOS ROGELIO

-Odontólogo/Médico especialista en Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial.
-Docente de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires. (F.O.U.B.A)

RESUMEN

Introducción: Los traumatismos faciales requieren una inmediata atención en Servicios de urgencias. Es frecuente encontrar lesiones sistémicas asociadas, lo cual puede retrasar la atención de los mismos. Cuando las condiciones del paciente lo permitan las fracturas mandibulares deben ser resueltas con inmediatez para evitar complicaciones severas. **Objetivo:** Establecer forma de diagnóstico y tratamiento para un paciente con fractura de cóndilo mandibular en un Servicio de Cirugía maxilofacial. **Caso Clínico:** Paciente masculino adulto joven con antecedente de trauma encéfalo craneal sin pérdida de conocimiento que no presenta lesiones en tejidos blandos. Presenta fractura de cóndilo mandibular. **Conclusión:** Existe la suficiente evidencia científica para afirmar que la reducción abierta es el tratamiento electivo en las fracturas de cóndilo mandibular en pacientes adultos.

PALABRAS CLAVE: Traumatismo maxilofacial. Fractura cóndilo mandibular. Diagnóstico.

INTRODUCCIÓN:

La atención del paciente traumatizado tiene establecido un orden de prioridades denominado el ABC de la reanimación. El primer objetivo (A: Airway) consiste en valorar y controlar la permeabilidad de la vía aérea. El siguiente punto es controlar la hemorragia (B: Blood) y, en tercer lugar, realizar el control del estado cardiocirculatorio o shock (C: Circulation). Una vez controlados la vía aérea, la hemorragia, el shock y la posibilidad de bronco aspiración, se debe prestar atención a lesiones asociadas antes de proceder al tratamiento de las lesiones faciales propiamente dichas (ATLS; Das 2017). El traumatismo facial suele tener lesiones asociadas que son las que significan un riesgo de vida para el paciente. Las mismas están asociadas con una severa morbilidad, pérdida de la función y estética. El tiempo es un factor crucial ya que definirá si el diagnóstico de trauma se convierte en secuela, modificando así tratamiento y previsibilidad. Las estadísticas refieren que, al menos 30 % de los pacientes con heridas faciales presenta algún otro tipo de traumatismo. Y cerca de 10 % de los traumatismos faciales se acompaña de lesiones de la médula cervical (Das 2017).

Durante décadas las fracturas de cóndilo mandibular han sido fuente de controversia en Cirugía maxilofacial. En el año 2014, se logra unificar criterios respecto de su diagnóstico y tratamiento en pacientes adultos. Este consenso no sólo permite las comparaciones de casos clínicos de forma homogénea, sino que también facilita al profesional diagnosticar y tratar de forma idónea esta patología (Neff 2014).

CASO CLÍNICO:

Paciente masculino 23 años de edad sin antecedentes ingresa al Servicio de Guardia del Hospital Municipal Eva Perón (Merlo, Buenos Aires) por causa de un trauma encéfalo craneal sin pérdida de conocimiento de horas de evolución. El primer contacto de atención es con médicos de guardia quienes solicitan valoración del Servicio de Cirugía y traumatología bucomaxilofacial del mismo Hospital. El motivo de consulta del paciente se centra en el trismus y dolores de ATM posteriores al trauma. Se realiza una tomografía de macizo facial en la cual se observa una fractura de la base de cóndilo mandibular del lado izquierdo, no fragmentada, con desplazamiento parcial de tipo 1 (Neff 2014).



FIG. 1



FIG. 2

FIG 1: TC macizo cráneo facial con reconstrucción 3D pre quirúrgica.

FIG 2: TC Mandibular con reconstrucción 3D pre quirúrgico

Se realiza un abordaje retro mandibular anterior transparotídeo (RAE) para lograr la reducción de la fractura y la posterior osteosíntesis con una placa tipo delta bloqueada. Durante el abordaje se realiza la disección cuidadosa de estructuras anatómicas para evitar lesiones del nervio facial. El control de oclusión es permanente. Se decide

conservar la apófisis coronoides ya que la misma no interfiere en el tratamiento. El paciente permanece con dieta blanda durante 1 semana y se indica fisioterapia de músculos masticadores (2 sesiones semanales durante 30 días). No se observan secuelas neurológicas del VII par.



FIG.3



FIG. 4

FIG 3: Reducción y fijación de la fractura

FIG 4: Control 15 días postquirúrgico

DISCUSIÓN:

La incidencia de fracturas mandibulares en trauma facial es alta, dentro de ellas, de 25 a 40 % afecta el cóndilo mandibular (Ellis 2015). Las fracturas de cóndilo han sido motivo de conflicto en Cirugía maxilofacial por presentar controversias en su diagnóstico y tratamiento (Rozeboom 2018). En el año 2014 AOCMF (división clínica craneo maxilofacial de AO Foundation) logra un sistema comprensivo y homogéneo para clasificar estas fracturas según su ubicación en el cóndilo mandibular (base, cuello, cabeza), según su fragmentación y desplazamiento. De esta ma-

nera facilita realizar el diagnóstico de las mismas. Respecto del tratamiento, la literatura actual muestra la superioridad de la reducción abierta en comparación con la reducción cerrada (Neff 2015). Las desventajas del tratamiento quirúrgico incluyen la mayor morbilidad relacionado a lesiones del nervio facial y cicatrices visibles, mientras que la reducción cerrada conlleva a complicaciones tales como asimetría facial por acortamiento de rama ascendente, anquilosis, disfunciones temporomandibulares y mal oclusión. Asimismo, las ventajas de la reducción abierta son múltiples: permite una correcta reposición anatómica de la fractura, facilita la inmediata recuperación de la función



SISTEMAS
DE GESTIÓN
NI-13485-30



Empresa habilitada por ANMAT



**CONSEGUILOS
EN NUESTRA
TIENDA ONLINE
Y DISTRIBUIDORES
HABILITADOS**

Venta exclusiva a profesionales
de la salud e instituciones sanitarias

tienda.bioxen.com.ar

Ostium**MAX**

IMPLANTE DE MATRIZ OSEA BOVINA

Ostium**MAX**Cover

MEMBRANA REABSORBIBLE DE COLÁGENO



ANMAT
PM-2158-1

www.bioxen.com.ar

ANMAT
PM-2158-3

Biotechnologías S.R.L.
Oficina comercial:
Salta 1733
Rosario, Santa Fe, Argentina.
Tel. +54 341 426-1227
compras@bioxen.com.ar

Laboratorio:
Av. Eva Perón 1452, lote 80,
Parque Ind. Metropolitano
Pérez, Santa Fe, Argentina.
Tel. +54 341 526-3890
info@bioxen.com.ar

BIOXen
LABORATORIOS

y presenta menos complicaciones a largo plazo (Ellis 2015; Neff 2015). Han sido descritos diversos abordajes para tratar fracturas de cóndilo y su elección depende de la ubicación de la fractura. Existen abordajes intra y extraorales, cada uno con sus ventajas y desventajas. La visualización directa de la fractura es fundamental para lograr estabilidad tridimensional al momento de la reducción y esto sólo puede ser logrado mediante abordajes extraorales (Ellis

2015). Es importante destacar la necesidad de conocer en profundidad las estructuras anatómicas del macizo facial, como así también el entrenamiento del cirujano operador. El abordaje retromandibular anterior transparotideo (RAT) presenta un bajo índice de complicaciones del nervio facial (3.9%) las cuales resuelven en un máximo de 12 semanas (Dalla Torre 2015).



FIG.5



FIG. 6

FIG 5: TC con reconstrucción 3D pos quirúrgica

FIG 6: TC con reconstrucción 3D pos quirúrgica

CONCLUSIÓN:

La sistematización en la evaluación del paciente traumatizado permite proporcionar una correcta calidad de atención y evita complicaciones. El manejo es multidisciplinario y requiere la inmediata actuación de las partes intervinientes. Desde la Cirugía maxilofacial se busca lograr la recuperación de la función y estética del paciente, permitiendo de esta forma mejorar su calidad de vida. La reducción abierta como tratamiento para fracturas de cóndilo en pacientes adultos demuestra ser exitoso y predecible en operadores entrenados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ROZEBOOM, AVJ. *Open treatment of condylar fractures via extraoral approaches: A review of complications.* Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery. 2018 Aug; 46(8):1232-1240.

NEFF, ANDREAS. *The Comprehensive AOCMF Classification System: Condylar Process Fractures - Level 3 Tutorial.* Crandomaxillofacial Trauma & Reconstruction. 2014 Dec; 7 (Suppl 1): S044-S058.

NEFF, ANDREAS. *Position paper from the IBRA Symposium on Surgery of the Head The 2nd International Symposium for Condylar Fracture Osteosynthesis,* Marseille, France 2012. Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery. October 2014, Pages 1234-1249.

ESSAM AHMED AL-MORAISSI BDS, MSc, PhD, EDWARD ELLIS

DDS, MS. *Surgical Treatment of Adult Mandibular Condylar Fractures Provides Better Outcomes Than Closed Treatment: A Systematic Review and Meta-Analysis.* Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 2015-03-01.

SALAZAR, DAS. D. *Maxillofacial Trauma: Managing Potentially Dangerous And Disfiguring Complex Injuries.* Emergency Medicine Practice. 2017 Apr;19(4):1-24. Epub 2017

Open treatment of condylar fractures via extraoral approaches: A review of complications. Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery. Volume 46, Issue 8, August 2018, Pages 1232-1240

Does the surgical approach for treating mandibular condylar fractures affect the rate of seventh cranial nerve injuries? A systematic review and meta-analysis based on a new classification for surgical approaches. Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery. Volume 46, Issue 3, March 2018, Pages 398-412

Evaluation of facial nerve following open reduction and internal fixation of subcondylar fracture through retromandibular transparotid approach. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. Volume 52, Issue 3, March 2014, Pages 236-240

DALLA TORRE. *Surgical treatment of mandibular condyle fractures using the retromandibular anterior transparotid approach and a triangular-positioned double miniplate osteosynthesis technique: A clinical and radiological evaluation of 124 fractures.* Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery. Volume 43, Issue 6, July 2015, Pages 944-949

LANZAMIENTO

Dentsply
Sirona

SiroLaser Blue

Infinitas posibilidades

- Implantología
- Periodoncia
- Endodoncia
- CEREC/prótesis
- Desensibilización
- Cirugía
- Tratamiento láser del dolor
- Blanqueamiento médico



 **BIODENTAL** 
CONFIANZA | INNOVACION | SERVICIO

Casa Central: Moreno 1389/91 · C1091ABA CABA, Argentina · +54 11 4382-5012

info@biodental.com.ar / Facebook: Biodental Oficial / www.biodental.com.ar



REVASCULARIZACIÓN PULPAR EN DIENTES PERMANENTES INMADUROS CON NECROSIS PULPAR: REPORTE DE UN CASO

JULIO OSCAR DAGGAMETI

RESUMEN

Se presenta el reporte de un caso tratado con un método que propicia, a través de la desinfección de dientes necróticos con formación radicular incompleta y en acuerdo a las bases de la ingeniería genética y el uso de una pasta compuesta de tres antibióticos, la reactivación de los tejidos presentes en el ápice del diente, para que estos continúen con la formación de la pieza dentaria, logrando de esa manera un diente más fuerte estructuralmente en comparación con los tratamientos que existen hasta el momento, que dejan, a pesar de recuperar la pieza, raíces débiles y con mayor tendencia a la fractura.

INTRODUCCIÓN

El tratamiento de piezas con necrosis pulpar con o sin periodontitis apical nos genera un desafío importante. El hecho de que la pieza detenga su formación radicular nos coloca ante un diente debilitado para el resto de su vida funcional, con sus raíces cortas, delgadas y con el ápice abierto generalmente con forma de trábucos, el cual nos imposibilita la obturación ya sea con materiales plásticos, por no poseer un continente adecuado, o con materiales rígidos como los conos de gutapercha, los cuales no generan un adecuado ajuste y, por tanto, no existe tridimensionalidad de la obturación, siendo este requisito importantísimo para el buen pronóstico del tratamiento.

Hasta hoy en día el tratamiento de elección para estos casos es lo que se da en llamar la Apexificación que, según el Glosario de la S.A.E, es la inducción del cierre apical de un diente inmaduro en el cual su pulpa no está vital, pro-

ducido por la formación de osteocemento o de un tejido duro similar.

O sea, tras la bioconformación del o los conductos y a través de una medicación intermedia de Hidróxido de calcio, promovemos el cierre del ápice para que nos permita poder realizar una obturación definitiva después de un tiempo.



CASOS

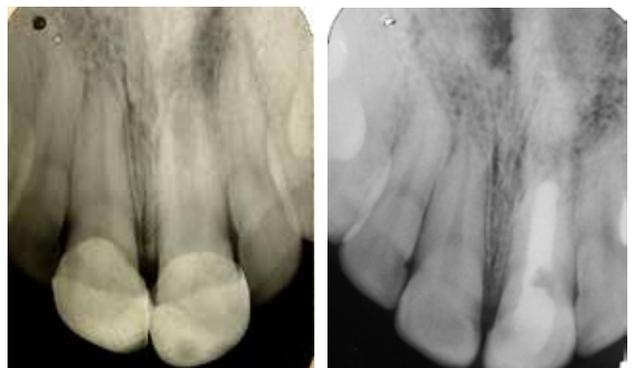


FIG 1: Caso 1



FIG 2: Caso 2

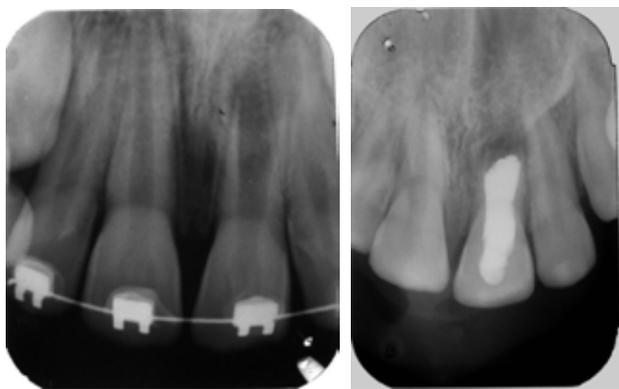


FIG 3: Caso 3

El inconveniente de esta técnica es que lleva mucho tiempo ya que hay que colocar la pasta de Hidróxido de Ca y controlarla a través de los meses y en caso reponerla hasta que a nivel de la terminación de la raíz notemos una barrera que nos permita realizar la obturación definitiva.

Últimamente vino a colaborar con nuestro armamentario el trióxido mineral agregado MTA, con el cual podemos realizar la obturación en las primeras sesiones y esperar buenos resultados a largo plazo. Incluso si nos valemos del que es blanco no produce decoloraciones y se puede utilizar en dientes anteriores. La técnica consiste en hacer una barrera a nivel apical, pudiendo realizar un stop con membranas de colágeno o sin ellas, colocar el material en estado plástico, dejar endurecer el MTA por unos minutos luego de secarlo bien y obturar con gutapercha el resto del conducto, sea con técnicas termoplastizadas o con impresión de cono. De buen pronóstico y con buena casuística es de resaltar este método.



FIG 4: Caso 4

Pero con similares consecuencias en las raíces al tratamiento de H. de Ca.

Lo ideal sería realizar lo que damos en llamar la Apexogénesis que es el desarrollo y la formación fisiológica del extremo apical de la raíz (Glosario de la S.A.E.)

El tratamiento es posible cuando la pulpa dentaria esta vital. Consiste en colocar una barrera con materiales biológicamente compatibles, bioestimulantes -Hidróxido de Ca, MTA, Biodentinas- sobre la pulpa afectada ya sea una protección pulpar directa, pulpotomía o pulpotomía alta y, de esa manera, propiciar la formación de una barrera sobre ella que le permita seguir con sus funciones y, de ese modo, se completa la formación radicular.

Específicamente el H de Ca, al ser colocado sobre la pulpa vital, genera una necrosis por coagulación (hemólisis y coagulación de las albúminas) lo que da una leve inflamación pulpar. Con el paso de los días propicia una zona de delimitación que es rica en colágeno dando lugar a la mineralización de esta zona, creando una barrera mineralizada atubular. A los 10 días, se diferencian las células precursoras en odontoblastos lo que es seguido de la formación de tejido tubular que se detiene a los 60 días aprox.

Además, el H de Ca actúa sobre las enzimas de la reabsorción, desfavorece la acción de la colagenasa e hidrolasa ácida de los clastos y favorece la acción de la fosfatasa alcalina que es la formadora de tejidos duros.



FIG 4: Caso 4

Pero, como dijimos, para esto es necesario que esté el complejo dentino-pulpar vital.

Vemos cada vez más artículos acerca de la que, en el año 2001, el Dr. Iwaya y col. reportaron como una novedad, la alternativa de un tratamiento para dientes con ápices inmaduros y pulpas necróticas, con el cual obtenían el engrosamiento de las paredes del conducto y la continuación de la formación radicular. Este se dio en llamar revascularización o revitalización pulpar.

El cual consiste en tratar de recolonizar el lumen del conducto con sangre para que estas células recreen el tejido original de la zona. Se lograría con la desinfección del contenido radicular por medio de una pasta multiantibiótica sin instrumentación y, en una segunda, etapa promover el sangrado dentro del conducto y obturar un tercio de este con MTA para que, por medios no muy bien esclarecidos todavía, se revascularice la pulpa y prosiga con su cometido.

Las posibilidades propuestas para que este fenómeno suceda pueden ser varias

Pueden algunas células de la pulpa vital permanecer en el foramen del conducto, éstas proliferan a la matriz formada y se diferencian en odontoblastos con la influencia de las células epiteliales de la vaina epitelial radicular de Herwing, las cuales son resistentes incluso en presencia de inflamación. Estos odontoblastos recién formados generarían una dentina atubular que se encargaría de engrosar las paredes del conducto y la consolidación del ápice

Otro mecanismo de regeneración puede estar relacionado con las células madres pluripotenciales. Estas se encuentran en gran cantidad en los dientes en formación y podrían multiplicarse en la pared del conducto y diferenciarse en odontoblastos y por tanto dar dentina atubular y terciaria.

Podría ser también que las células madres del ligamento periodontal proliferen y se ubiquen en las paredes del conducto y empiecen a generar tejidos duros. Teoría propuesta por la presencia de cemento y fibras de Sharpey entre los tejidos neoformados.

También se ha propuesto que puede estar atribuido a la presencia de células madres de la papila apical o de la médula ósea. La generación de sangrado en el conducto puede trasplantar células madres mesenquimales del hueso hacia el interior del conducto. Estas tienen gran proliferación.

Por otro lado, se piensa que el coágulo de sangre tiene gran cantidad de factores de crecimiento fundamentales para la regeneración. Estos pueden ser los factores de crecimiento plaquetario, endotelial vascular VEGF, de los tejidos los cuales generan diferenciación, crecimiento y maduración de fibroblastos, odontoblastos, cementoblastos, células mesenquimales no maduros indiferenciadas en matriz de tejido,

PROTOSCOLOS PARA LA REGENERACIÓN PULPAR

Para la regeneración, el fundamento está en tratar de desinfectar el conducto inmaduro necrótico con o sin presencia de rarefacción apical. Sabemos que esto es casi imposible solamente con la irrigación, por tanto, se pensó en colocar un medicamento intraconducto para reducir las bacterias. Por lo complejo de la flora en estos casos es imposible creer que un solo medicamento pueda cumplir este cometido, por lo que se propuso una pasta multiantibiótica compuesta por ciprofloxacina, metronidazol y minociclina.

Cada uno de estos tiene capacidades diferentes a describir.

El Metronidazol es un componente del nitroimidazol, tiene amplia gama de efectos contra bacterias anaerobias, protozoarios, bacilos Gram-positivos y Gram-negativos pero sin actuar contra bacteria aeróbicas, aunque no induce a resistencia bacteriana.

La Minociclina que pertenece al grupo de las tetraciclinas con efecto bacteriostático con amplio rango de actividad contra bacterias sean Gram-positivas como Gram-negativas, efectiva contra espiroquetas, gran cantidad de microorganismos anaerobios y bacterias facultativas.

Y la Ciprofloxacina, que es una fluoroquinolona sintética, tiene acción potente contra especies Gram-negativas y poca contra Gram-positivos, aunque clínicamente segura en bajas dosis.

LA FÓRMULA ES:

#CIPROFLOXACINA 200MG
#METRONIDAZOL 500MG
#MINOCICLINA 100MG

Se trituran los comprimidos hasta lograr un fino polvo, se mezclan con solución fisiológica estéril y se colocan en el conducto en forma compacta, luego de realizar el correcto aislamiento de la pieza, apertura e irrigación profusa con Hipoclorito al 2.5% de todo el lumen del conducto, sin instrumentación y se sigue con solución fisiológica y el secado correcto del interior de éste.

Terminado esto se sella la apertura con algún material de comprobada estanqueidad por el período de 2 o 3 semanas.

Transcurrido ese tiempo se verifica que la pieza esté asintomática, sin signos de patología y se sigue con los procedimientos de regeneración.

En la próxima sesión bajo anestesia sin epinefrina, se aísla perfectamente la pieza, se retira la obturación provisional, así también toda la pasta del conducto se irriga



¿QUIÉNES SOMOS?

Somos una empresa santafesina, dedicada a recoger y transportar los residuos patogénicos y patológicos y residuos especiales o industriales peligrosos generados por los centros de salud e investigación, ubicados en la Ciudad Santa Fe, habilitados en toda la provincia.

¿CÓMO TRABAJAMOS?

Para transportar estos residuos se cuenta con una flota de vehículos que cumplen con las especificaciones normativas y están adecuados para trasladar los residuos de la manera más segura. Todo esto dentro de un marco de seriedad y discreción, procurando un constante impulso de superación. El compromiso con el éxito es el eje por el cual cada integrante de Cleanservis se motiva a mejorar día a día.

¿A QUIÉNES LES PROVEEMOS NUESTROS SERVICIOS?

La empresa provee servicios a empresas generadoras de residuos patológicos, Pymes, profesionales de la salud, consultorios, sanatorios, geriátricos, centros de día, veterinarias, podólogos, laboratorios bioquímicos e investigación, farmacias, odontólogos, enfermerías y todo centro público o privado que genere residuos patológicos.

CONTACTO

📍 Regis Martínez 1478 (3000) Santa Fe
☎ Te: (0342) 4608421 | (0342) 154445189

✉ cleanservis@hotmail.com
www.cleanservis.com.ar

📘 [fb/CleanservisCsg](https://www.facebook.com/CleanservisCsg)

📷 [@cleanservis_csg](https://www.instagram.com/cleanservis_csg)

nuevamente con Hipoclorito de Na al 2.5% y solución salina, se verifica luego de secar el conducto que no haya supuración o exudado y, con el conducto seco, se promueve el sangrado intracanal con algún explorador endodóntico o limas que lleguen más allá del ápice, los cuales irritan suavemente el tejido. Se controla la hemorragia y se trata de establecer un coágulo un par de milímetros por debajo del límite amelocementario con una torunda húmeda. Pasados unos quince minutos se consolida el coágulo y, sobre éste, en forma delicada, se coloca una obturación de MTA en el primer tercio del conducto. Se dispone una torunda húmeda y un sellador a nivel coronal.

A las dos semanas se reemplaza la obturación provisoria por un composite con muy buen sellado.

Se controla clínica-radiográficamente, al principio, cada dos meses, y luego, semestralmente.

Es de destacar la anamnesis meticulosa del paciente, para descartar la sensibilidad a alguno de estos antibióticos.

Las posibles complicaciones que podemos tener son desarrollo de colonias bacterianas resistentes, reacciones alérgicas y cambio de color en la pieza, principalmente esto último, teniendo como responsable a la minociclina.

REPORTE DE UN CASO

Nos es referido el caso de una paciente femenina de 12 años con antecedente de traumatismos, en la cual la clínica nos indica dolor y tumefacción en la pieza 44, sin presencia de ninguna lesión cariosa en la zona. Ante las pruebas de vitalidad tanto térmicas como eléctricas, no tenemos respuesta de este diente y sí dolor, ante la percusión vertical.

Radiográficamente vemos una rarefacción a nivel apical, el ápice abierto en trabuco.

Se explican a la familia las posibilidades futuras del diente y se pone a consideración de ésta la posibilidad de realizar este tipo de tratamiento. Así también las ventajas y posibles complicaciones del caso.

Ante la autorización, se decide aislar, hacer la apertura, sin anestesia, para confirmar el diagnóstico. Paso seguido se irriga profusamente el conducto con Hipoclorito de Na y luego suero fisiológico estéril y se seca hasta lograr un conducto limpio y seco, sin ningún exudado. Preparamos la pasta con el polvo triantibiótico, el cual es realizado por un farmacéutico matriculado, con solución salina estéril, hasta lograr la consistencia de crema semiesfera y corredez y se la introduce con una lima Hedstroem de grueso calibre con movimientos de rotación antihorario y se condensa con sondas emboladas, hasta llenar todo el conducto en forma tridimensional. Se limpia muy bien la parte coronaria de la pieza y se coloca la obturación provisoria con Provis.

A los 14-15 días, la paciente regresa totalmente asintomática, por lo que se decide proseguir con el tratamiento.

Ahora sí se anestesia sin epinefrina y se aísla el campo en forma correcta. Se retiran la obturación provisoria y la

pasta dentro del conducto con irrigación de Hipoclorito de Na y solución fisiológica. Verificamos la no presencia de supuración y, con una lima, tratando de llegar a tejido sano, promovemos la hemorragia controlada. Se esperan unos quince minutos y se consolida el coágulo con torundas de algodón húmedas en solución salina, hasta unos tres milímetros debajo del límite amelocementario. Se prepara MTA con consistencia de masilla y se lo introduce en el diente con la jeringa Ad hoc, hasta llenar un tercio del conducto aproximadamente. Se limpian los excesos con bolitas de algodón estériles y húmedas y, lograda una consistencia compacta, de coloca una torunda, para luego sellar con Provis.

Aproximadamente a los 15 días, se controla. Todo está funcionando muy bien. Se retira la obturación provisoria y se repara quitando el algodón, reemplazándolo con una primera capa de ionómero vítreo Riva luting de SDI y se completa la obturación con composite HRI de Miserium.

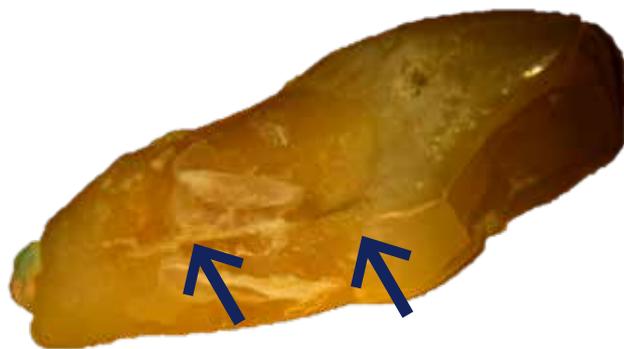
Con los controles mensuales pudimos apreciar la rápida disminución de la lesión apical y, con los meses, la creación de un puente de tejido duro y el aumento del ancho de las paredes del conducto y formación de la raíz a nivel apical.



FIG 5

DISCUSIÓN

Los tratamientos disponibles hoy para enfrentarnos a una raíz inmadura y abierta sin vitalidad no nos permitían aspirar a lograr el desarrollo normal de ésta. El uso de Hidróxido de Ca ($\text{Ca}(\text{OH})_2$) sumamente reconocido por su generación de una barrera apical, la cual puede ser dura, irregular y porosa, nos dejaba ante una raíz debilitada tanto en su tamaño como en su estructura molecular que, de acuerdo con las estadísticas realizadas por Andreasen y cols., tiene 50% menos de resistencia a las fracturas. Como podemos observar en el próximo caso donde se realizó la apixesificación en la pieza 21 con gran éxito, a los 8 meses se obturó en forma definitiva y se mantuvo en boca por nueve años pero, al realizar al control anual, detectamos una lesión periodontal compatible con una fractura, la cual fue comprobada al extraer la pieza para la colocación de un implante.



Además, es muy tóxico para las células de la vaina de Hertwig.

El otro tratamiento reconocido es con Trióxido mineral agregado, el cual no es tan tóxico para los tejidos como el H de Ca, es biocompatible, induce la formación de los tejidos duros creando un tapón a nivel apical con buena adaptación marginal que disminuye la microfiltración de las bacterias. Lleva muchas menos citas, pero no refuerza la estructura dentaria ni promueve el normal desarrollo de la raíz.

La regeneración pulpar nos trae nuevas expectativas, valiéndonos de los nuevos conocimientos del potencial de revitalización que poseen las células madres, abundantes en una pieza en formación.

De esta manera, con tratamiento más conservador, eliminando la infección propiciamos la recolonización de células progenitoras que se encargarán de restaurar, sino a su forma original, al menos una parte importante de tejidos sanos que consolidarán la estructura de la pieza.

La revascularización es un tratamiento actualmente posible.

A pesar de esto, es de esperar la presencia de más información y descifrar la verdadera metodología de reparación para sacar conclusiones más contundentes.

Por ahora podemos decir que en nuestras manos ha sido un aporte para una nueva tendencia en la resolución de estos complicados casos.

No debemos dejar de enfatizar a los pacientes que se trata de un tratamiento experimental, sin los protocolos estandarizados de otros reconocidos procedimientos, además verificar la no sensibilidad de los pacientes a este tipo de antibióticos.

imprinta
Capeletti

estamosonline

- 📍 Juan del Campillo 2245/49
- ☎ (0342) 452 8338 - 452 5885
- ✉ imprinta@capeletti.com.ar
- ☎ +54 9 342 4622476
- 🌐 Imprinta Capeletti
- 🌐 Imprinta.Capeletti

CONSULTANOS
POR NUESTROS
**NUEVOS
PRODUCTOS**





COS

PERIODONCIA

OSTEOBLASTOMA AGRESIVO: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Y PERIODONTAL

AUTORES: OD. ESP. SEBASTIÁN CARNEVALE.
Cirugía Buco-Maxilofacial

DRA. ADRIANA ALBERTENGO.
Anátomo Patóloga

OD. ESP. MARTÍN MIGUELES.
Periodoncia

OD. ESP. OSCAR GIORDANO.
Cirugía Buco-Maxilofacial

INTRODUCCIÓN:

El Osteoblastoma es una patología difícil de diagnosticar, por su similitud clínica, radiográfica e histológica con otras lesiones, incluyendo tumores de gran malignidad. Esto se debe a que los osteoblastos crecen de manera local y agresiva, y pueden presentar signos radiológicos de malignidad.

Histológicamente, presenta osteoblastos epitelioides grandes y células con marcada degeneración, con un patrón de crecimiento multifocal óseo y osteoide atípico.

Algunos autores lo consideran como una entidad intermedia entre un osteoblastoma y un osteosarcoma.

El término de Osteoblastoma Agresivo es bien definido, con destrucción local y sin evidencia de metástasis.

Se observa en mayor proporción en mandíbula, con un claro aumento del volumen a nivel del cuerpo y, radiográficamente, es una lesión radiolúcida uni o multilateral con focos radiopacos dispersos.

Es difícil de diferenciar con otras lesiones similares. Para obtener un diagnóstico preciso es fundamental guiarnos de la información clínica y estudios complementarios.

En este caso puntualmente, el tratamiento quirúrgico, a pesar de dar resultados satisfactorios, dejó secuelas a nivel de los tejidos periodontales, que se pudieron superar por el trabajo mancomunado de los cirujanos máxilo-faciales y periodoncistas.

CASO CLÍNICO:

Paciente masculino de 16 años de edad, se presentó a la consulta por derivación en el año 2008 con tumoración oral de 6 meses de evolución, asintomática y con crecimiento tal, que daba lugar a una deformación facial que, entre otras cosas, dificultaba la masticación y el habla.

Sin antecedentes médicos de jerarquía, no fumador, no tomaba alcohol.

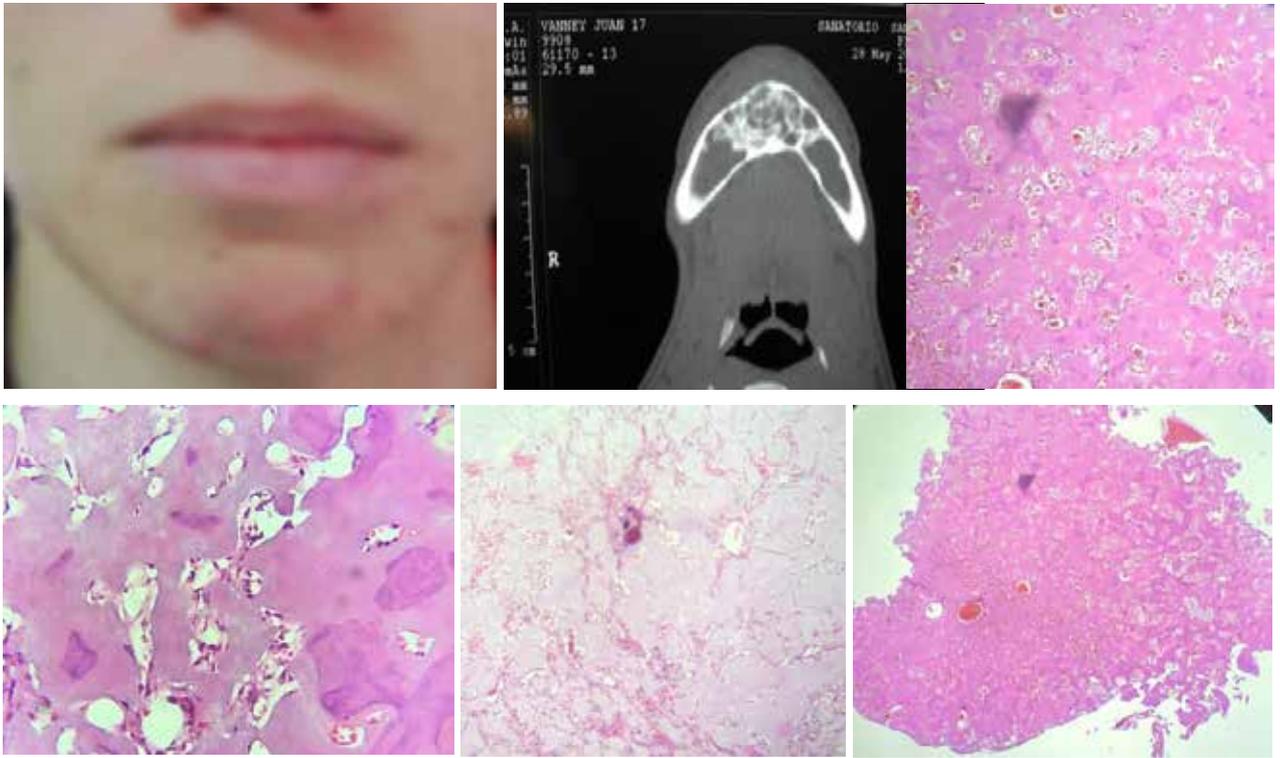
En la exploración clínica, se constataba la alteración del volumen del maxilar inferior en el sector anterior. Vale la pena destacar que las piezas dentarias vecinas se presentaban íntegras y vitales.

Al examen con estudios complementarios (Rx y Tomografía), se observó una imagen radiolúcida, redondeada, de un tamaño tal que se extendía desde pieza 35 a 45 aproximadamente, bien delimitada, localizada en el sector anterior del cuerpo de la mandíbula.

Se tomó una muestra representativa del tejido y se realizaron Estudios Anátomo-Patológicos. La lesión osteolítica expansiva estaba constituida por osteoblastos, osteoclastos, abundante tejido fibroso hiper celular, infiltrado focalmente por células inflamatorias, con presencia de múltiples estructuras calcificadas de tipo osteoides con diferentes grados de maduración y fragmentos de tejido óseo granulares y algunos laminares, de distribución irregular y con diferentes tamaños y formas. Se determinó fragmentos de tumor osteoformador, con extenso componente osteoide, y se reconoció tejido fibroso denso que englobaba trabéculas de hueso inmaduro y tejido óseo compacto.

El paciente fue informado del diagnóstico y la necesidad de realizar un tratamiento quirúrgico, el cual consistía en la Enucleación y Curetaje de la lesión.

El paciente fue sometido a la remoción de la lesión, bajo efectos de anestesia general, además de Exéresis, sin Injerto óseo y con utilización de Solución de Carnoy. Se colocó Placa de Reconstrucción de Titanio, instalada por vía intrabucal, finalizada con sutura en un plano con Vicryl 3-0.



Año 2008: Diagnóstico y fase pre-operatoria:



Año 2008. Fase Quirúrgica:

En el control clínico y radiográfico postoperatorio cada 4 meses, durante 8 años (2016), los resultados fueron satisfactorios, aunque se observó en esta etapa una lesión con exposición, circunscrita y con bordes irregulares en el sector anterior y vestibular de la mandíbula. Dicha alteración podría traer consecuencias indeseables, ya que el paciente se exponía a infección de la zona y agravar el cuadro. Además era una zona difícil de higienizar por lo que podría dar lugar a la acumulación de placa bacteriana.

Por tal motivo, se realizó interconsulta con Periodoncista (año 2016), para corregir el defecto, y se determinó la utilización de un Injerto Gingival Libre, el cual, al estar constituido por tejido conectivo y epitelial, obtenido del propio individuo, podría suplir la falencia, ya que tenía características morfogenéticas ideales para esta circunstancia, garantizando, una vez hecho el curetaje e higienizada la lesión, colocarlo en forma de parche, garantizando gran predictibilidad por sobre otros tipos de injertos. La porción

de tejido conectivo se adaptaba a la zona subyacente y profunda, mientras que el epitelio se adecuaba perfectamente con la porción epitelial circundante, ya que eran epitelios plano estratificado queratinizados. Estéticamente, era algo desfavorable ya que no lograba mimetizarse fielmente a los tejidos periféricos pero, al no tener mucha exposición, no fue considerado de relevancia.

Se aplicó la técnica quirúrgica, bajo efectos de anestesia local, lo más alejado posible de la zona a tratar, para evitar modificar el volumen tisular. Los pasos fueron los siguientes:

1- Se hizo una incisión lineal por encima de la lesión, sobre el remanente de Encía Insertada, de tal forma de desprender de la Mucosa del Labio.

2- Una vez realizada la incisión, se confeccionó el lecho receptor, definiendo las medidas con precisión, (15 mm en sentido mesio-distal y 10 mm en sentido ápico-coronal). Se hizo la toilette del lecho.

3- Se tomó el IGL, respetando parámetros anatómicos (de distal del canino a mesial del 1° molar superior derecho).

4- Una vez tomado el IGL, se colocó en placa de Petri, embebido en solución fisiológica. Se hizo la toilette del tejido.

5- Se llevó el IGL al lecho receptor y se suturó en el extremo que presentaba Encía Insertada, con puntos simples y sutura 6-0 monofilamento de nylon, de tal forma de asegurar la inmovilidad del mismo y la cicatrización por 1° intención. El extremo que quedaba en contacto con la mucosa del labio no se suturó y cicatrizó por 2° intención.

6- El paladar quedó al descubierto.

7- Control de la evolución a los 15 días

8- Cicatrización al mes.

CONCLUSIONES:

Es importante destacar, que el tratamiento de esta patología es favorable, siendo la recidiva algo infrecuente. A pesar del bajo índice de recurrencia, se sugieren controles y seguimientos a largo plazo. Entre las secuelas que pueden presentarse, se destacan las lesiones a nivel de tejidos periodontales, para lo cual es determinante el abordaje multidisciplinario con el objetivo de lograr los mejores resultados clínicos.

BIBLIOGRAFÍA:

-DAHLIN, DC.; JHONSON, EW. *Giant Osteoid Osteoma*. J Bone Joint Surg Am, 1954;36:559-72.

-LEICHTENSTEIN L. *Bening Osteoblastoma. A category of osteoid and bone forming tumor other than classical osteoid osteoma, which may be mistaken for gigant cell tumor or osteogenic sarcoma*. Cancer, 1956;9:1044-50

-BILKAY, U.; ERDEM, O.; OZECK, C.; HELVACI, E.; KILIC, K.; ERTAN, Y. *A rare location of benign osteoblastoma, review of the literature and report of a case*. J.CraniofacSurg 2004;15:222-5



-KARRIN, T.; LANG, N.; LÖE, H. *The Role of gingival connective tissue in the determining epithelial differentiation*. J Perio Res, 1975 Feb, 10(1):1-11

-WEISS, M.; WEIMANN, J. *Degree of Keratinization and glyco-gen content in the uninflamed and inflamed gingival and alveolar mucosa*. J.Perio 30:208,1959

-NABERS, JM. *Free Gingival Grafts*. Periodontics 4, 243-245 (1966)



FDI 2018 WORLD DENTAL CONGRESS



El 8 de Septiembre concluyó el World Dental Congress 2018 en La Rural de Buenos Aires. Fue organizado por la FDI en colaboración con la Asociación Odontológica Argentina (AOA) y recibió cerca de 8000 colegas de todo el mundo.



Comité ejecutivo de CORA integrado por el Dr. Raúl Arraña, representante del COS como secretario de ascienda

Reunión del Dr. Gaston Zuvela con líderes de opinión y miembros de la industria dental concretando Las Jornadas Federales de Rehabilitación Adhesiva y Estética COS-SODYMD



COS

ORTODONCIA

TRATAMIENTO ORTODÓNTICO DE MORDIDAS ABIERTAS CON CORTICOTOMÍA ÓSEA

AUTORES: DR. JUAN JOSÉ VOLPATTI

Doctor en odontología (U.N.R.)

Esp. En ortodoncia y ortopedia funcional (U.N.R.)

DR. OSCAR GIORDANO

Esp. En Cirugía Buco Máxilo facial

INTRODUCCIÓN:

El objetivo del tratamiento de ortodoncia en un paciente adulto es, principalmente, mejorar su calidad de vida en todos los sentidos. Estos pacientes buscan alternativas que impliquen la corrección de la maloclusión, que mejore la función, la estética, y todo lo que refiere a la salud bucodental, obteniendo las máximas mejorías en el menor tiempo posible.

Para poder complacer estas nuevas demandas, los ortodontistas han recomendado la intervención quirúrgica ortodóncica rápida, en caso donde las alteraciones son dento esqueléticas y el crecimiento ha cesado (1)

La corticotomía ósea presenta una alternativa de solución más viable en pacientes con mordida abierta ya que las osteotomías solo son realizadas en la porción cortical y el hueso compacto es separado.



La corticotomía es una maniobra quirúrgica por la cual se realiza un corte o perforación en la porción cortical de un hueso con instrumental cortante de mano, rotatorios bajos con abundante refrigeración o con instrumental piezoeléctrico.

El tratamiento ortodóncico con corticotomía puede proporcionarnos menor tiempo, una mayor estabilidad de los tejidos blandos a largo plazo y reduce el daño isquémico en los dientes o en el periodonto, ya que solo se secciona la capa cortical que provee la resistencia primaria al movimiento ortodóncico. (2)(3)

¡Seamos socios!

Charlemos

0800 555 4844



JERÁRQUICOS
Salud

MARCO TEÓRICO

La corticotomía ha sido aplicada por más de 100 años. Una falta de esfuerzos para aplicar el procedimiento al tratamiento ortodóncico ha traído como resultado que los ortodoncistas y los cirujanos estén poco familiarizados con estas técnicas.

El uso de la corticotomía para corregir las malas oclusiones fue descrito en 1892 por L.C. Bryan y Cummingham. Pero fue Heinrich Kóle, 1950, quien reintrodujo la corticotomía alveolar para resolver la maloclusiones. (4)

En 1978, Generson y colegas modificaron el método de Kóle, eliminando la osteotomía subapical y describieron el tratamiento de maloclusiones de las mordidas abiertas usando la decorticación alveolar selectiva y ortodoncia. (5)

La intervención quirúrgica, incluyendo la cirugía ortognática y la corticotomía, pueden expandir los límites del tratamiento ortodóncico y mejorar la apariencia de un paciente en periodos breves.

En la cirugía ortognática, ha sido ampliamente llevada a cabo y se han desarrollado varias técnicas quirúrgicas, pero la necesidad de anestesia general, la complicación de los sitios de osteotomía y las razones económicas han llevado a los clínicos a desarrollar otras alternativas.

Los pacientes pueden sentirse más cómodos con la corticotomía que con la cirugía ortognática, ya sea por razones psicológicas o económicas, debido a que no es necesaria la anestesia general o equipos especiales.

INDICACIONES:

El tratamiento ortodóncico facilitado por la corticotomía está indicado para pacientes que se presentan:

Protrusión maxilar severas

Mordidas abiertas anterior

Intrusión

En el movimiento de dientes anquilosados

En la realización de expansión rápida palatina

CONTRAINDICACIONES

a- Pacientes con periodontos finos.

b- Escaso hueso en la cortical vestibular.

c- Pacientes con diabetes

d- Insuficiente encía adherida.

VENTAJAS:

a- Permite la verdadera corrección de las discrepancias del arco dento alveolar.

b- Acelera el tiempo ortodóncico requerido para completar la oclusión.

c- Promueve estética dento facial óptima cuando la deficiencia primaria es el complejo dentoalveolar.

d- Permite el tratamiento de pacientes con reabsorciones radiculares previas

e- Es menos costosa que la cirugía ortognática.

f- Es un procedimiento menos invasivo que la cirugía ortognática

DESVENTAJAS:

Varios estudios demuestran que no ocurren serios efectos secundarios tras realizar una corticotomía. Sin embargo, puede presentar:

a- Algún grado de recesión gingival

b- Pérdidas de papilas interdientales.

MORDIDAS ABIERTAS ANTERIOR

La mordida abierta anterior se ha definido como el resultado del desarrollo vertical insuficiente para permitir a un diente o más encontrar sus antagonistas.

Este tipo de maloclusiones, por lo general, crea dudas e inquietudes en la mente del odontólogo general y del especialista en ortodoncia cuando se trata de decidir su etiología, diagnóstico y plan de tratamiento.

Dado que los problemas verticales, en especial las mordidas abiertas anteriores, pueden deberse a problemas ambientales o hábitos, es de real importancia determinar a ciencia cierta la etiología del problema, para poder arribar a un diagnóstico correcto, determinar el plan de tratamiento y el plan de retención apropiada.

Cuanto más se conoce acerca de la etiología de las maloclusiones que presenta el paciente, más se optimiza el procedimiento de diagnóstico y más recursos terapéuticos se está en condiciones de utilizar para llegar a los objetivos reales propuestos.

Desde el punto de vista clínico, radiográficos, las mordidas abiertas se pueden clasificar en tres grandes grupos: A- dentarias, B- esqueléticas y C- combinadas. (7)

En el paciente que ha finalizado su crecimiento, los problemas esqueléticos tienen solución con la corrección ortodóncico - quirúrgica, ya que no es factible influir en la dirección de crecimientos de las basales, pero es posible corregir las mordidas abiertas de causas puramente dentarias y compensar las combinadas. (7)

Es importante destacar que estos pacientes necesitan un tratamiento multidisciplinario para que se consiga una estabilidad prolongada, de lo contrario la recidiva será una regla a estas maloclusiones que se verá agravada por la persistencia de hábitos nocivos no corregidos durante la época de crecimiento.

Causas de la mordida abierta anterior

Al igual que otros tipos de maloclusión, la mordida abierta puede verse influida por factores ambientales, hábitos adquiridos, genética y otros factores externos. En muchos casos, la mordida abierta anterior se debe a varios factores, por lo que es difícil determinar la causa exacta del problema.

Problemas con la mordida abierta

La principal razón por la que alguien querría corregir la mordida abierta es estética. Una mordida abierta anterior puede afectar a la sonrisa de una persona y puede tener un efecto en su autoestima.

Como consecuencia de la falta de oclusión de los dientes anteriores, la lengua se interpone entre las arcadas superior e inferior ocasionando la deglución atípica.

Según Mc Neill, este hábito de empujar con la lengua puede causar trastorno de la articulación témpora mandibular (ATM) (9)

La mordida abierta también puede causar problemas fonéticos en algunos individuos. Esto se conoce con el nombre de "ceceo", un defecto del habla que consiste en pronunciar la 's' como una 'ce'

Tratamiento de la mordida abierta

La corrección de la mordida abierta puede realizarse utilizando tres formas posibles:

Utilizar aparatos funcionales (ortopedia) y, para corregir la mordida abierta, cuando el paciente es todavía joven y sus huesos están en crecimiento. Dependiendo de la gravedad, los bloques de mordida y aparatos ortopédicos pueden ser incorporados. Sin embargo, la corrección no puede ser permanente si no se eliminan los hábitos que causan inicialmente la mordida abierta

En los casos leves, la mordida abierta puede corregirse solo con tratamiento ortodóncico haciendo unos ajustes menores de los dientes.

Para tratar la mordida abierta con ortodoncia, cirugía (corticotomía) es considerada cuando el crecimiento a finalizado y el paciente presenta discrepancias dentoalveolares. Cualquier otro tratamiento no daría un resultado estético y estable.

CONCLUSIÓN:

La corticotomía es una técnica que abre nuevos caminos a la ortodoncia, ampliando la gama de movimientos a realizar especialmente en pacientes adultos, disminuyendo periodos de tiempo, logrando movimientos que anteriormente estaban limitados y cumpliendo con objetivos de tratamientos más efectivos.

CASO CLINICO



Paciente: B. M.F.N. | 15/02/1991F.I. | 26/03/2015. | Edad : 23 años





Rx Lateral de cráneo

Rx Panorámica de Boca



Diagnóstico

Superección
 Bx - Na - CC
 Bx - Na - Na
 Paladar - ZNA
 Eje C - PM
 Estético - Ool

Planes
 Plano sup.
 Ninguno
 Plano en y sup.

SWESSI MAXIMILIANO
 Raza: CASCACA
 Edad: 23

Consideraciones anteroposteriores esqueléticas
 Clase II esquelética .

Consideraciones verticales dentarias
 Mordida abierta anterior.
 Mordida abierta anterior debida a supraoclusión del incisivo superior.

Consideraciones Estéticas
 Sonrisa gingival.

VERT: -.11
 Tipo Facial: MESOFACIAL CON TENDENCIA A DOLICOFACIAL

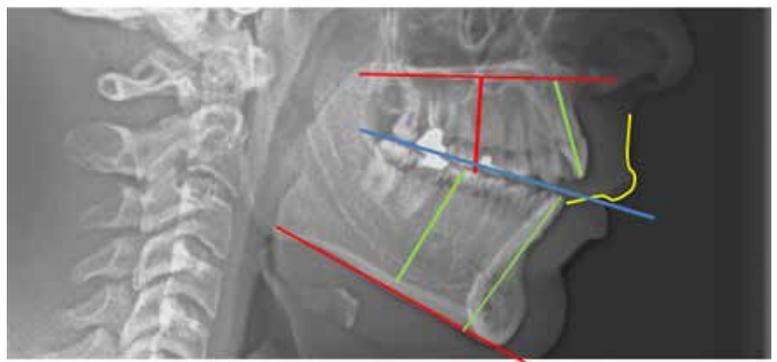
Campo V : Problema Determinante - Relación Craneo Facial

(32) - Profundidad Facial	86	89,4	-1
(34) - Eje Facial	87	90,0	0
(35) - Cono Facial	67	68,0	0
(36) - Profundidad Maxilar	91	90,0	0
(37) - Altura Maxilar	58	57,0	0
(38) - Inclinación Plano Palatino	0	1,0	0
(39) - Plano Mandibular	24	23,6	0

Selección de método

Rickets

INICIAL



CEFALOGRAMA DE BURSTONE- LEGAN

ICS. / P.PL.	N. 30,5 mm	P 27 mm	II. / Pl.M.	N. 45,0 mm.	II. 44mm.
MS. / P.PL.	N. 26,2 mm.	P 27 mm	MI. / Pl.M.	N. 35,8 mm	MI. 37 mm.



DIAGNÓSTICO:

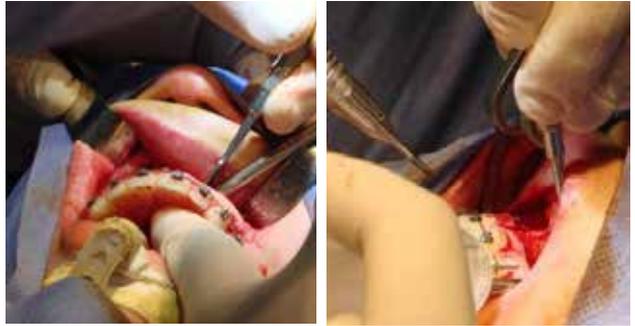
- * Paciente meso facial con tendencia a dólico
- * Mordida abierta anterior
- * Inclinação plano palatal 0° ___ * Plano mandibular 24°
- * ICS. / P.Pl. 27mm. ___ * II. / Pl. M. 44mm.

OBJETIVO DEL TRATAMIENTO:

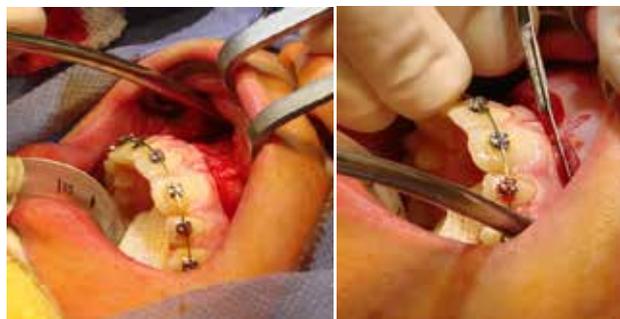
Nivelar y alinear las arcadas superiores e inferiores
 Normalizar el entrecruzamiento y el resalte
 Conseguir clase I canina y Molar
 Mejorar el estado gingivo periodontal .
 Mejorar la estética dental y facial
 Mejorar la función orofacial, lograr estabilidad en los resultados

PLAN DEL TRATAMIENTO:

- Ortodoncia fija con brackets autoligados
- Corticotomía osea
- Usos de gomas inter maxilares
- Colocación de Bionator para post tratamiento.
- Derivación fonoaudióloga



Pre quirurgico



Corticotomía osea





Placa de contención Bionator



BIBLIOGRAFÍA

1. WILLIAM H. BELL; CESAR A. GUERRERO. *Distracción Osteogénica del esqueleto Facial*. Amolca 2009 cap. 13 (168-189)
2. DÜKER J. *Experimental animal research into segmental alveolar movement after corticotomy*. JMaxillofac Surg. 1975 Jun;3(2):81-4
3. GANTES, B1; RATHBUN, E; ANHOLM, M. *Effects on the periodontium following corticotomy-facilitated orthodontics* J Periodontol. 1990 Apr;61(4):234-8
4. KÓLE H. *Surgical operation on the alveolar ridge to correct occlusal abnormalities*. oral Surg. 1959;12:515-29.
5. GENERSON, RM.; PORTER, JM.; ZELL, A.; *Stratigos GT Combined surgical and orthodontic management of anterior open bite using corticotomy*. J Oral Surg. 1978 Mar;36(3):216-9.
6. WILLIAM, H.; BELL, CÉSAR A. *Guerrero Distracción Osteogénica del Esqueleto Facial* Amolca 2009; cap 13 :168-176
7. HARFIN, J; *Tratamiento Ortodóntico en el Adulto* Editorial Médica Panamericana- Buenos Aires - 2da Edición 2005
8. BELL, WH. *Correction of skeletal type of anterior open bite* J Oral Surg. 1971 Oct;29(10):706-14
9. MCNEILL, C1.; MOHL, ND.; RUGH JD.; TANAKA, TT. *Temporomandibular disorders* J Am Dent Assoc. 1990 Mar;120(3):253, 255, 257
10. PROFFIT, WR.; BAILEY, LJ.; PHILLIPS, C.; TURVEY, TA. *Myofunctional therapy for tongue thrusting*. JADA 1995; 90: 403- 411

0342- 156146284 

0342- 4561020 

Eva Perón 2476 - Santa Fe 

radiografiaspaladini@hotmail.com 

Diagnóstico Odontológico Paladini 

diag_odont_paladini 

HORARIO DE ATENCIÓN

Lunes a Viernes de 9 a 18.30
por orden de llegada



Diagnóstico Odontológico PALADINI

COLTENE
LATINOAMÉRICA



JORNADAS FEDERALES DE REHABILITACIÓN ADHESIVA Y ESTÉTICA

6 - 7 DE JUNIO DEL 2019 EN SANTA FE



DM-DMD

 **WALTER DEVOTO**

CONFERENCIA CENTRAL 8HS **POR PRIMERA VEZ EN ARGENTINA**



SANTA FE TE ESPERA
para disfrutar de esta experiencia



PRE-INSCRIPCIONES HASTA EL 31/12/2018

SOCIOS SODYMD Y COS	\$ 2500
SOCIOS AOA	\$ 4000
NO SOCIOS	\$ 5000
EXTRANJEROS	USD 200

INSCRIPCIONES:

Dto. de Posgrado del COS

Eva Perón 2467 - Tel: (0342) 456-2629
cientifica@cosantafesino.com.ar

SODYMD (AOA)

Junin 959, CABA - Tel: (011) 4961-6141
sodymd@aoa.org.ar