



CÍRCULO
ODONTOLÓGICO
SANTAFESINO



2017

VOLUMEN N° 37 | DICIEMBRE 2017

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

www.cosantafesino.com.ar

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

EDI- CIÓN 2017



Responsables de la edición

Lorenzo Novero

Coordinación

Virginia Martinón

Diseño

Valentina Novero

AUTO RIDA DES



Presidente

Dr. NOVERO, Lorenzo

Vicepresidente

Dr. BERLI, Carlos

Secretaria

Dra. RAMÍREZ, Romina

Prosecretaria

Dra. SEGOVIA, Mariana

Tesorero

Dr. ARRAÑA, Raúl

Protesorero

Dr. MAS, Patricio

Vocales Titulares

Dr. MANSOR, Eduardo (h)
Dra. CASCO, María Alejandra
Dra. PERAZZI, Guillermina
Dra. BLANK, María Victoria

Vocales Suplentes

Dr. REDONDO, Fernando
Dr. MONTENEGRO, Maxi-
miliano
Dr. ELLI, Raúl

Comisión Fiscalizadora

Miembros Titulares

Dra. GALLARDO, Mara
Dr. MASINO, Carlos Agustín
Dra. GÓMEZ, Sofía

Miembros Suplentes

Dra. NÚÑEZ, Sabrina
Dr. TALARICO, Hernán

Tribunal de Honor

Presidente

Dr. KURGANSKY, Iván

Secretario

Dr. PRÓSPERI, Rolando
Marcelo

Vocales Titulares

Dr. MACAGNO, José
Dr. CARDONA, Rubén Ariel
Dr. BERTONE, Pablo

Vocales Suplentes

Dr. BÁCOLLA, Damián
Dra. LEDESMA, Ana María

SUMARIO

 PÁG.

5

EDITORIAL

6

XIV JORNADAS
MULTIDISCIPLINARIAS
INTERNACIONALES
DEL COS

14

IMPLANTES POST
EXTRACCIÓN EN PRIMEROS
MOLARES SUPERIORES
EN RELACIÓN CON SENOS
MAXILARES

18

DISYUNCIÓN MAXILAR
CON APARATOS
IMPLANTO-SOPORTADOS

23

ADENOMA PLEOMORFO
DE LA PROLONGACIÓN
ANTERIOR DE LA PARÓTIDA

27

REHABILITACIÓN
ESTÉTICA DEL SECTOR
ANTERIOR CON CARILLAS
CASO CLÍNICO

32

RECUBRIMIENTO RADI-
CULAR DE RECESIONES
GINGIVALES MÚLTIPLES



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



REGALOS

DENIMED



DE60 LUXE
con Raxo X de
REGALO



DENIMED®

Líder en equipamiento odontológico

0810 777 8787

       denimed.sa

WWW.DENIMED.COM



EDI TO RIAL

Nuevamente tenemos la posibilidad de editar un ejemplar de la Revista del Círculo Odontológico Santafesino.

Este esfuerzo tiene la recompensa de “mostrar” el importante desarrollo de la odontología santafesina, a través de la publicación de trabajos científicos que evidencian un interés por capacitarse, incluyendo una tarea docente basada en el esfuerzo personal.

Además quedan plasmadas en cada número, algunas de las tareas desarrolladas dentro de nuestra institución por espacio de un semestre.

En mayo de 2017, luego de los habituales cambios en la composición de la Comisión Directiva del Círculo Odontológico Santafesino que, integrada por el mismo grupo de trabajo, trae nuevos proyectos e iniciativas.

En esta oportunidad el proyecto principal, como inicio de gestión, fue el de profundizar controles a través de la Auditoría del COS, lo que motivó un llamado de Asamblea que, luego de encendidas deliberaciones, concluyó en un ordenamiento tal, que permitió eliminar ciertos desvíos, otorgando mayor disponibilidad de dinero para el aumento de aranceles.

También es importante destacar que, en el pasado mes de septiembre, se concretaron las “XIV Jornadas Multidisciplinarias Internacionales del Círculo Odontológico Santafesino”.

Por la importancia de los disertantes y la impecable organización, fue un suceso nacional con 954 inscriptos en total: un verdadero récord, debido a la importante concurrencia de profesionales de otras provincias y de países limítrofes, sin olvidarnos de los socios de nuestra institución que se inscribieron casi en su totalidad.

En cuanto al resto de las actividades, se continúa con un derrotero de crecimiento para lo que se cuenta con la colaboración de gran cantidad de socios y del personal del Círculo Odontológico Santafesino.

Así, semanalmente trabajan el Posgrado, proyectando el calendario científico 2018; las Guardias Odontológicas; Residencia para nuevos socios; el departamento de Prevención que realiza una gran tarea con proyección nacional; el departamento Contractual, bregando por nuevos contratos y actualización de aranceles; Compras Comunitarias, convertido en un recurso para tener costos acotados de insumos.

Terminamos este 2017 y comenzamos un 2018 con nuevas expectativas y renovado optimismo para lograr, cada día, una odontología mejor que se proyecte a la comunidad.

XIV JORNADAS MULTIDISCIPLINARIAS



A cargo de:
LORENZO P. NOVERO

*Presidente del Círculo
Odontológico Santafesino*

Para el Círculo Odontológico Santafesino, estos días son de los señalados como trascendentes en su centenaria historia. Nuestra institución, en la actualidad, tiene una situación de liderazgo en una amplia región y es referente a nivel nacional. Desarrolla su gestión con un permanente recambio dirigenal, llevando adelante el quehacer diario con el aporte permanente de más de 60 colegas en las distintas áreas. Con 718 socios, el Círculo cumple con el mandato fundacional a través de actividades gremiales, sociales y científicas.

Una de las permanentes preocupaciones es brindar posibilidades de trabajo y desarrollo profesional a nuestros asociados, procurando aumentar el número de pacientes, quienes son tratados con modernas técnicas desde un enfoque preventivo. Para ello, tenemos a nuestro cargo realizar contratos con distintas obras sociales, para lo que contamos con una importante infraestructura administrativa, que constantemente brega por mejorar las condiciones de trabajo.

Hace casi 25 años en una situación similar a la actual, presidiendo el COS, les decía a las autoridades del momento: “aprovechénnos, utilicénnos, tenemos la mayor experiencia y la mayor efectividad”. En este momento podemos decir que contamos con más de 70 obras sociales a las que prestamos servicios a través de nuestros socios, entre los que se destaca el Instituto Provincial, para el que brindamos cobertura a 220.000 afiliados.

Como institución nos proyectamos y relacionamos con la sociedad. Tenemos una permanente vocación de servicio hacia la comunidad, brindamos guardias odontológicas, atención de pacientes en el posgrado, atención de pacientes con capacidades diferentes y la participación en la Comisión Nacional de Salud, lo que exige realizar distintos programas desarrollados fundamentalmente en escuelas de la región.

Otro de los objetivos fundacionales es la capacitación científica de posgrado, que durante décadas fue asumida casi exclusivamente por las entidades odontológicas, lo que continúa integrándonos y complementándonos con las universidades que asumieron un rol muy protagónico en ese aspecto, ya que el perfil del odontólogo argentino es destacado por una natural capacidad, inquietud por aprender y mucho interés en nuevas tecnologías.

Nuestra actividad científica de posgrado se desarrolla en forma intensa y multidisciplinaria, con cursos teóricos y prácticos que, durante el año 2016, generaron 1.800 ins-

cripciones a las diferentes disciplinas. Es de destacar que por convenios con la Facultad de Odontología de Rosario se dicta la carrera de Especialización en Ortodoncia y, con la Facultad de Odontología de Buenos Aires, se programó la Carrera de Especialización en Operatoria Dental y Estética. También se incursiona en el pregrado, ya que es posible realizar la residencia de la FOR en nuestra institución.

Para los nuevos socios se instrumentó en forma obligatoria la realización de la Residencia Odontológica del COS, dictada cuatrimestralmente como forma de capacitación, pero también de participación e inserción en las diferentes áreas del Círculo.

Un ejemplo de nuestro interés en capacitarnos son estas jornadas, que cuentan con una respuesta incondicional de nuestros asociados, quienes se inscribieron mayoritariamente. La riqueza de su programa y la importancia de los disertantes hacen que hoy nos visiten colegas de todo el país y de países vecinos, lo que nos enorgullece.

Esta actividad también sirve para cumplir con otro de los proyectos fundacionales que es la interrelación social de los odontólogos, para lo que se proyectó gran cantidad de actividades de las que se destaca la cena del día sábado, en la que estrecharemos vínculos en forma distendida y festejaremos el día de la Odontología Latinoamericana, que se conmemora el 3 de octubre.

Hay que agregar que en septiembre de 2018 se realizará en nuestro país el Congreso Anual de la Federación Dental Internacional, FDI. Será una gran oportunidad para que la Odontología Argentina tenga nuevamente, luego de 30 años, la presencia del mundo odontológico en nuestro país. Seguramente encontrará al COS con un papel protagónico, para lo que ya integramos distintas comisiones para la organización.

Cíclicamente nuestro país atraviesa dificultades en lo económico, y fundamentalmente en lo institucional, que provocaron políticas zigzagueantes y ausencia de proyectos de largo plazo. Esto se soluciona únicamente con más institucionalidad y apego a las leyes. En este aspecto, el COS es un ejemplo de continuidad institucional que lo engrandece a través de su historia, ya que, a pesar de las distintas visiones políticas, las discusiones siempre se dirimen en el marco estatutario y democráticamente.

Como decía al principio, estos son días trascendentes, porque nos convoca una actividad provechosa. El lunes retomaremos la gestión diaria con la sensación de tarea cumplida. Muchas gracias a todos por su concurrencia, a los socios por su participación, a los colegas dictantes, a las empresas y a las autoridades que entendieron la importancia del proyecto y brindaron su apoyo y asistencia.

Muchas gracias.

INTERNACIONALES DEL COS

SEP
2017



A cargo de:
INÉS GARCÍA

*Presidente de las XIV Jornadas
Multidisciplinarias del COS*

Estimados colegas:

A 101 años de su creación, el Círculo Odontológico Santafesino – hoy con 720 socios – sigue fiel a sus principios fundacionales. Por ello, organizamos las XIV Jornadas Multidisciplinarias Internacionales, con el objetivo de continuar avanzando, brindando a sus miembros y a toda la comunidad odontológica de la Argentina y de países amigos, tres días de conferencias, cursos y workshops, a cargo de disertantes nacionales e internacionales de primer nivel académico.

Nuestro objetivo, como profesionales de la salud, es brindar la mejor atención a nuestros pacientes: esto se logra a través de la capacitación y de la constante evolución de nuestra práctica cotidiana.

También creemos fundamental el fortalecimiento de la amistad entre pares, por lo que contaremos con diversas actividades sociales, culturales y turísticas para disfrutar de este encuentro.

Agradecemos el permanente apoyo de todos nuestros socios, de colegas de otras instituciones, de las Facultades de Odontología, del Gobierno provincial y municipal. También fue muy importante el apoyo recibido por parte de todas las empresas comerciales que ha acompañado y colaborado para que podamos brindarles el mejor evento científico y social del país, durante el año.

Un agradecimiento muy especial a toda la Comisión Organizadora y a quienes colaboraron trabajando durante estos meses, a sus familias, por el tiempo que les restamos y las preocupaciones que les generamos, a veces volviéndonos monotemáticos e intensos.

Gracias:

Al coordinador general, doctor *Marcelo Prósperi*: eficaz y ocurente

A los doctores *Lorenzo Novero* y *Carlos Berli*, como presidente y expresidente, por el apoyo incondicional y la confianza que nos brindaron

A la impecable secretaria, doctora *Romina Ramírez*, y su colaboradora, la doctora Pamela Toneatto

A los doctores *Raúl Elli* y *Raúl Arraña*, quienes cuidan que no nos vayamos de presupuesto, en su rol de tesoreros.

A los doctores *Guillermina Perazzi* y *Agustín Masino*, encargados de manera brillante de la exposición comercial

A la multifacética y glamorosa doctora *Ana Ledesma* y sus

chicas, las doctoras *Ceci Dagotto* y *Naty Saurit*, quienes organizaron la parte divertida de las Jornadas.

A las doctoras *Alejandra Tati Casco* y *Patricia Ruggero*, encargadas de los alojamientos y traslados, con una logística impecable.

A las doctoras *Beta Argüelles*, *Pety Diez*, *Sofi Gómez*, *Vane Poretti* y a todos los socios del COS que colaboraron con la difusión de las Jornadas.

A los coordinadores de cursos y colaboradores, quienes trabajaron en todos los detalles para recibir a los disertantes: Doctor *Luis Asas*: siempre presente y dispuesto a trabajar Doctores *Jorge Berli* y *Juan Pablo Del Pozo*, infaltables en Jornadas

Doctores *Ariel Cardona*, *Julio Regazzoni* y *José Macagno*, atentos e incansables colaboradores

Doctor *Ignacio Fernández*, siempre con propuestas innovadoras

Doctores *Iván Kurgansky* y *Andrea Stutz*, incondicionales amigos

Doctora *María Nazaret Paduli*, *Nachi*, dinamita pura

Doctor *Gonzalo Pucheta*, que parece serio, pero sólo en el quirófano

Doctor *Sebastián Vicente*, tímido pero eficaz y confiable

Doctor *Gastón Zuvela*, incansable, obsesivo trabajador, permanentemente apoyando en toda la organización

A los doctores *Cristian Catroppa*, *Alfredo Regazzoni*, *Sabir Nuñez*, *Alexis Plaza*, entre otros, por sus aportes y colaboración

A todo el personal del Círculo Odontológico, especialmente a las secretarías de postgrado, *Ingrid* y *Ariadna*. A *Silvia*, *Pato*, *Pili*, a todos por su trabajo incansable y su amor a la institución

Al señor *Quique Cuenca*

A nuestra diseñadora gráfica, *Valentina Novero*, por su arte, creatividad y paciencia

A la licenciada *Virginia Martinón*, con su voz y su encanto, siempre presente en todo.

Y a todos los colegas amigos del país que colaboraron en la difusión de nuestras jornadas.

Los invitamos cordialmente a participar de tres días intensos en nuestra ciudad y a disfrutar de las XIV Jornadas Multidisciplinarias Internacionales del Círculo Odontológico Santafesino.

Muchas gracias y bienvenidos.

14° JORNADAS COS



COMISIÓN ORGANIZADORA DE LAS XIV JORNADAS



JOSÉ CORRAL FORMÓ PARTE DEL ACTO INAUGURAL





NORBERTO LOMBARDO



ALEJANDRO RODRÍGUEZ



JORGE GALANTE



F. BORBA DE ARAUJO



CAROLINA CABRERA



MARIANA PICCA



JOAO CARNIO



JORGE PASART



JAVIER CASAS



M. PREGADIO DE PINO



MARCELO BERTONE



MARTÍN MIMESSI



DANIEL MARTUCCI



RICARDO MORESCA



SIDNEY KINA



SALA LLENA DURANTE LA CHARLA DE ROBERTO SPREAFICO



ROBERTO SPREAFICO

DICTANTES DE RENOMBRE NOS ACOMPAÑARON EN LAS JORNADAS



954 ODONTÓLOGOS DE SANTA FE Y OTRAS PROVINCIAS DEL PAÍS ASISTIERON A LAS JORNADAS MULTIDISCIPLINARIAS DEL COS PARA COMPARTIR DIVERSAS ACTIVIDADES.



WORKSHOP DE CIRUGÍA DICTADO POR JORGE GALANTE



ROBERTO SPREAFICO AL FINALIZAR SU EXPOSICIÓN





FUERON OTORGADOS DIFERENTES RECONOCIMIENTOS DURANTE EL ACTO INAUGURAL







LAS JORNADAS FUERON INAUGURADAS CON UN CÓCTEL PARA LOS INVITADOS



BREAK CON ALFAJORES SANTAFESINOS Y DEGUSTACIÓN DE CERVEZAS



FIESTA CIERRE DE JORNADAS Y FESTEJOS POR EL DÍA DEL ODONTÓLOGO



CON LA IMPLANTOLOGÍA INTEGRADA AUMENTAN SUS BENEFICIOS.

Planifique sus guías quirúrgicas y sus restauraciones
en 1 SOLA SESIÓN



**NUEVOS
PRECIOS**

Consulte **NUEVOS PLANES** de financiación

La implantología integrada ofrece procesos de tratamiento más seguros y eficientes, así como una mayor comodidad y calidad de vida para sus pacientes.

Con el programa de cuatro pasos podrá iniciarse ahora mismo:

1. ESCANEAR

Impresión óptica y datos radiológicos tridimensionales para una perfecta base de trabajo.

2. PLANIFICAR

Planifique el implante y fabrique la plantilla de perforación.

3. COLOCAR

Coloque el implante al paciente.

4. RESTAURAR

Fabrique un pilar individualizado y la corona.

CEREC AHORA TAMBIÉN PARA ORTODONCIA



ESCANER CEREC

AHORA ABIERTO / EXPORTA A STL



(011) 4382-5012

Biodental Oficial / www.biodental.com.ar

BIODENTAL **Dentsply Sirona**
CONFIANZA | INNOVACION | SERVICIO

UNICO DISTRIBUIDOR OFICIAL DE SIRONA EN ARGENTINA



IMPLANTES POST EXTRACCIÓN EN PRIMEROS MOLARES SUPERIORES EN RELACIÓN CON SENOS MAXILARES

COMBINACIÓN DE TÉCNICAS QUIRÚRGICAS PARA ECONOMIZAR TIEMPOS Y COSTOS

OD. ARIEL CARDONA

OD. JOSÉ MACAGNO

OD. JULIO REGAZZONI

EDITOR: FABIÁN ZALAZAR

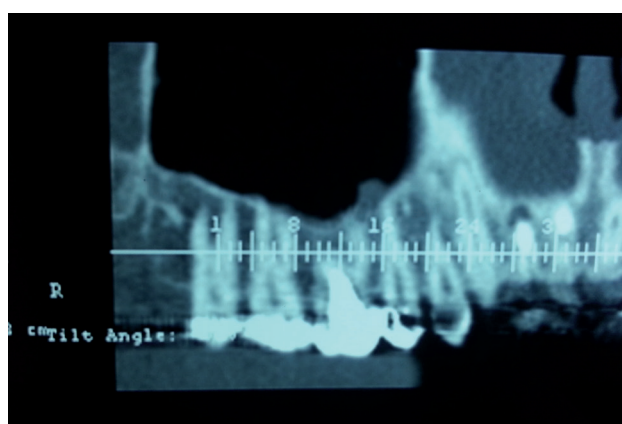
Docentes de carrera de Especialización en Prótesis Dentobucomaxilar de la FOUBA

OBJETIVO

Mediante la combinación de distintas técnicas en un solo acto quirúrgico logramos disminuir cirugías, tiempos biológicos, clínicos y costos económicos al paciente.

CASO CLÍNICO I

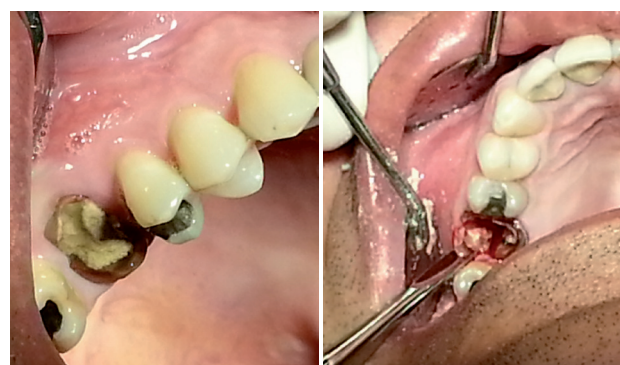
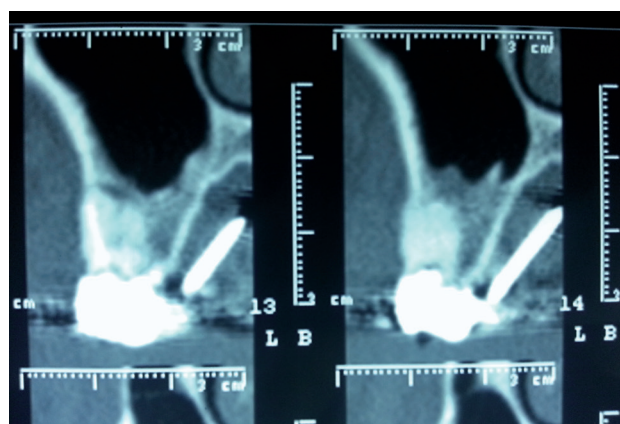
Paciente Masculino, 48 años, metabólicamente estable, según análisis e historia clínica.



Luego se elevó el piso del seno maxilar ingresando a través del Septum (centro del alveolo) con técnica atraumática de Summer, utilizando como injerto matriz ósea bovina (Ostium Max[®]) que, por su radio opacidad, permite su visualización en la radiografía intraoperatoria. Complementando con hueso de banco particulado liofilizado humano (Ostium[®])

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

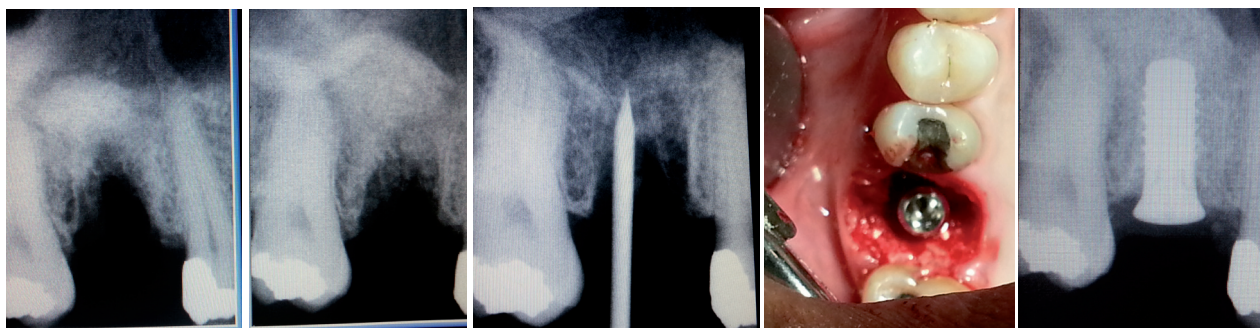
Extracción de pieza dentaria, 1°MSD (16), la cual se realizó con extremo cuidado (odontosección) para preservar integridad del alveolo.



Seguidamente se procedió a la instalación del implante (Federa Tissue Level®, cuerpo 4,8 mm, largo 10 mm y copa 4,8mm), teniendo como premisas fundamentales la posición 3D y el anclaje primario, dado fundamentalmente por las corticales residuales de los alveolos y la cortical del piso del seno maxilar.

Por último, se rellenó el espacio que quedó entre las paredes del implante (porción coronal) y las del alveolo, con hueso autólogo obtenido del fresado combinado con hueso de banco particulado liofilizado (Ostium®), cubriéndolo con un apósito de colágeno y sutura en "X".

Respecto del uso de tres tipos de hueso diferente, se coloca primero la matriz ósea bobina (Ostiummax), debido a que es un material cuya radiopacidad permite observar, a través de las radiovisiografías cómo se va elevando la membrana del Schneider, además de tener propiedades osteoconductoras y ser de recambio (reabsorción) lenta. Luego se utiliza el biomaterial hueso humano liofilizado (Ostium) que es osteoconductor y de recambio (reabsorción) menos lenta. En cuanto al hueso autólogo, se lo utiliza por sus propiedades osteogénicas, osteoinductoras y osteoconductoras.



Control a los 9 días



Control a distancia TDV a los 30 meses



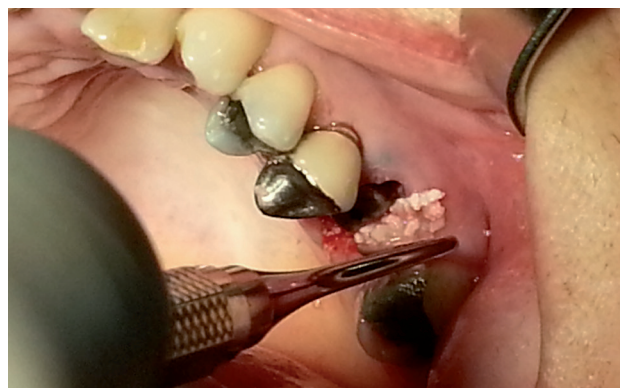
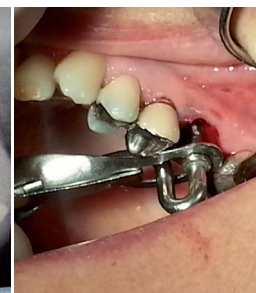
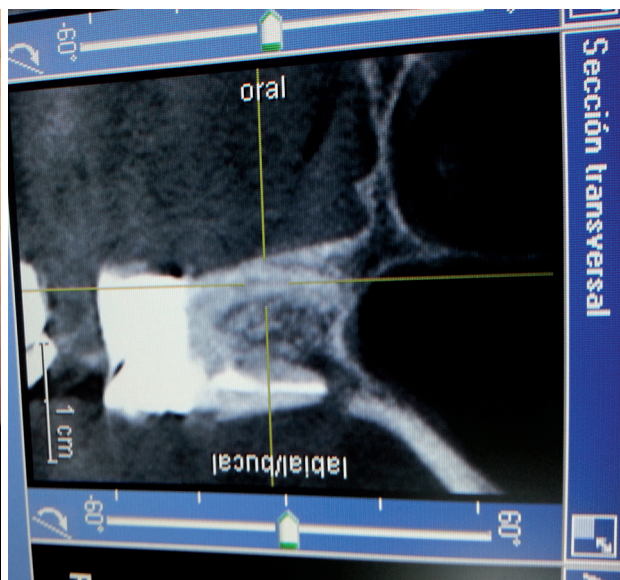
Obsérvese el buen soporte óseo alrededor del implante

CASO CLÍNICO I

Paciente femenino, 54 años, metabólicamente estable (según historia clínica y análisis de laboratorio)

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

Ídem Caso Clínico I





También se utilizó como sustituto óseo matriz ósea bovina (Ostium Max ®) y hueso de banco humano particulado liofilizado (Ostium ®) y el implante utilizado fue un Rosterdent Conical cuerpo de 4mm, largo de 10mm y cabeza de 4.8mm.

DISCUSIÓN

Estos casos se pueden resolver con otros protocolos quirúrgicos como, por ejemplo:

- A) Extracción de la pieza dentaria y espera de 3 a 4 meses (cicatrización ósea del alveolo) sin injerto
- B) Realizar técnica de preservación del alveolo con injerto y espera de 4 a 6 meses, según el sustituto óseo utilizado
- C) Extracción y colocación simultánea del implante en el alveolo palatino, perdiendo la posición 3D (mayor complejidad protésica, mayor costo).
- D) 3 y 4 meses después de la extracción, aproximadamente, elevación de piso de seno maxilar (Técnica de Summer o de la ventana) con instalación o no del implante.
- E) A los 5 o 6 meses después de haber hecho la elevación del seno maxilar, aproximadamente, instalación del implante en caso de no haberlo hecho en forma simultánea.

CONCLUSIONES

Con esta técnica se ahorran procedimientos quirúrgicos y clínicos, como así también tiempo de espera, ya que, desde la instalación del implante hasta su carga protésica, transcurren entre 120 a 150 días, según remanente y cali-

dad ósea. También se obtiene una ubicación “tridimensional” correcta (posición 3 D), lo que conlleva a una muy buena resolución protésica.

Desventajas: esta técnica requiere de destreza y sensibilidad táctil, desde la extracción dentaria (odontosección), hasta la instalación del implante (fijación primaria)

BIBLIOGRAFÍA

EDUARDO ANITUA ALDECOA. *Libro Un nuevo enfoque en la cirugía y prótesis sobre implante*. Capítulo II año 1996

MATTEO CHIAPASCO. *Libro Rehabilitación implantosoportada en casos complejos*. Capítulo VI Elevación de seno maxilar. Año 2006

MATTEO CHIAPASCO. *Libro Tácticas y técnicas en cirugía oral*. 3ra Edición. Capítulo XIII Elevación con abordaje lateral, Año 2015.

SUMMERS RB. *A new concept in maxillary implant surgery: the osteotome technique*. Compendium 1994 Feb; 15 (2): 152, 154-6, 158 passim, quiz 162.

SUMMERS RB. *The osteotome technique: Part 2-The ridge expansion osteotomy (REO) proceder*. Compendium 1994 Apr 15 (4):422, 424, 426 passim; quiz 436.

SUMMERS RB. *The osteotome technique: Part 4- Future site development* Compend Contin Educ Dent. 1995 Nov 16 (11):1090, 1092 passim; 1094-1096, 1098, quiz 1099.

MISCH C. *Levantamiento y elevación de seno maxilar con aumento subantral*. En: Misch C Implantología Contemporánea. Madrid Mosby/Doyma Libros 1995. 539-567.

DISYUNCIÓN MAXILAR CON APARATOS IMPLANTO-SOPORTADOS

OD. ESP. GERMÁN CARNEVALE

OD. ESP. MATÍAS MAINA

INTRODUCCIÓN

El manejo de la dimensión transversal del maxilar superior es un procedimiento de suma importancia en la mayoría de los tratamientos ortodóncicos actuales. En virtud de su crecimiento y desarrollo, el maxilar superior es una estructura susceptible de ser modificada por factores ambientales que comprimen transversalmente sus dimensiones y generan, indirectamente, alteraciones de posición de la mandíbula.

Estas modificaciones son posibles gracias a la presencia de un cartílago secundario en el rafe medio palatino del maxilar superior, que, como todo cartílago secundario, tiene una relación directa con la actividad funcional recibida.

La viabilidad funcional de estos cartílagos secundarios se mantiene hasta bien entrada la adolescencia y es uno de los pilares básicos de los tratamientos ortodóncicos a dicha edad.

La disyunción palatina es un procedimiento por el cual se busca separar la sutura mediopalatina, induciendo una respuesta osteogénica.

La disponibilidad de elementos de anclaje intraóseos y un cambio en la forma de activar los aparatos han permitido reducir los efectos indeseados de estos tratamientos. El objetivo de este artículo es, entonces, revisar brevemente estas innovaciones.

LA SUTURA MEDIO PALATINA

La sutura media del maxilar superior es una estructura sumamente estudiada y muy importante en el crecimiento y desarrollo de la cara.

Las suturas consisten en tejido fibroso con capas osteogénicas en ambas superficies, en las que la actividad celular está sujeta a la influencia de fuerzas mecánicas externas (1,2). Estas capas osteogénicas constituidas por cartílago secundario son estructuras altamente sensibles a influen-

Miembros de la Agrupación Regional de Ortodoncia (ARO) del Círculo Odontológico Santafesino (COS). Dictantes de cursos en COS. Docentes de la Carrera de Especialización en Ortodoncia y Ortopedia Funcional de los Maxilares. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Rosario (FOR-UNR)

cias locales; constituyendo un mecanismo regulador en el crecimiento normal y un factor muy importante en la génesis de las maloclusiones (3).

En los seres humanos en crecimiento, el tejido de la sutura madura va mostrando cambios progresivos que cierran el espacio sutural (Fig 1) (2,3).

Si bien cualquier elemento terapéutico que provoque una fuerza expansiva es capaz de activar la sutura medio palatina a los nueve o diez años, a medida que transcurre el tiempo la potencial respuesta de estas estructuras disminuye. (1)

Este cierre se va dando progresivamente desde la par-

EXPANSION MAXILAR

Aspecto histológico característico de la sutura media palatina

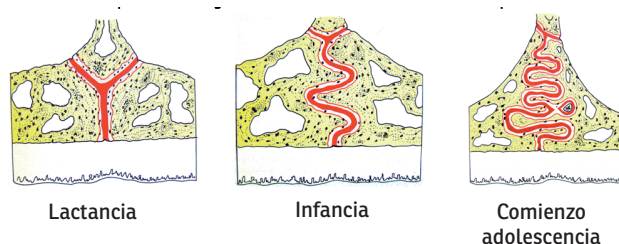


FIG. 1

te bucal hacia la nasal y desde atrás hacia adelante (2,6). Si bien algunos estudios demuestran que todas las suturas del cráneo permanecen activas casi toda la vida, a los fines prácticos se podría decir que la sutura palatina se cierra en la tercera década con muchas variaciones individuales, siendo 15 años la edad más temprana de cierre descripta (2). Después de la adolescencia existe una probabilidad aumentada de que aparezca una mayor cantidad de puentes óseos que unan la sutura y limiten la posibilidad de inducir su disyunción (1,2).

La separación mecánica de las suturas muestra los mismos cambios que con el crecimiento normal, con aumento

de la actividad osteoblástica y formación de osteoide a ambos lados de la sutura (2,6).

Aunque existen opiniones encontradas, se acepta que fuerzas expansivas intensas tanto como débiles pueden generar un aumento en la osteogénesis de la sutura medio palatina durante la expansión maxilar (1,3).

La expansión maxilar es un proceso que ha demostrado la posibilidad de influir no solo en la sutura mediopalatina, sino en todo el conjunto de suturas cráneo maxilares (1,2,3).

LA DISYUNCIÓN PALATINA COMO RECURSO TERAPÉUTICO

Cuando se aplica una fuerza óptima sobre el maxilar superior, en una edad determinada, se logran separar los procesos maxilares generando una respuesta osteogénica normal. Esta separación es mayor a nivel bucal que nasal y más anterior que posterior (1).

Tal como se dijo, la edad a la que se aplique el procedimiento tiene un rol fundamental. En pacientes que están terminando su adolescencia suele ser necesario el complemento quirúrgico para reducir la resistencia a la expansión. Según algunos autores, hasta los 15 años de edad se lograría casi un 100 % de efectividad en el procedimiento, sin asistencia quirúrgica (1).

Tradicionalmente, se describen tres tipos de procedimientos de disyunción en pacientes adolescentes (1,3):

1.EXPANSIÓN PALATINA RÁPIDA

Consiste en la activación de un tornillo unido a los dientes posteriores (Fig1. A y B) a un ritmo de entre 0,5 a 1 mm por día (1,2,3).

Dado que el objetivo es lograr respuesta de la sutura y no movimiento dentario, el fundamento teórico de este procedimiento es generar, sobre las estructuras de soporte dentarias, un bloqueo del movimiento generado por una disminución en la irrigación y la consecuente formación de áreas de hialinización que retardan la respuesta periodontal, y así transferir fuerzas a la suturas.

A este ritmo de activación suele conseguirse una apertura de unos 10 mm en dos semanas, existiendo la necesidad de estabilizar el callo óseo conseguido durante un mínimo de cuatro meses, esta estabilización es lograda con el mismo aparato sin activar. En los primeros días de activación, suele aparecer un diastema interincisivo característico.

Como puede verse en la figura 3, en un primer momento existe una mayor cantidad de respuesta esquelética que dental pero, durante el proceso de estabilización, existe una recidiva del componente esquelético, a la par de un continuo movimiento de los dientes hacia afuera, siendo el efecto neto de un 50 % de aporte dentario y otro 50 % esquelético (2).

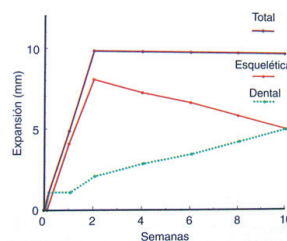


FIG. 2A

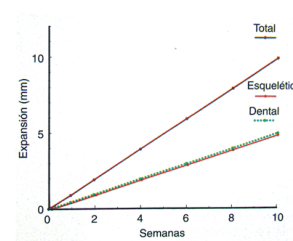
FIG. 2B

FIG. 2C

EXPANSIÓN MAXILAR EXPANSIÓN RÁPIDA



CORRECCIÓN HORIZONTAL EXPANSIÓN LENTA



Proffit, William R., *Ortodoncia Contemporánea*, 4ta edic. Barcelona 2008.

FIG. 3

2.EXPANSIÓN PALATINA LENTA

Consiste en la activación de un tornillo similar al anterior pero a un ritmo de 1mm por semana.

La activación de los tornillos a razón de 0,25 mm por día mantiene niveles de expansión dentaria y esquelética en proporciones similares, tal como se ve en la fig. 3.

Si se lo activa durante diez semanas el resultado es similar al logrado con el método anterior con la ventaja de utilizar niveles de fuerza más bajos, menos hemorragia en la sutura, menos posibilidades de lesión sobre los dientes y la no aparición del diastema en la línea media.

3.EXPANSIÓN IMPLANTO-SOPORTADA

La posibilidad de contar con dispositivos de anclaje temporarios intraóseos brinda la opción de eliminar completamente los problemas asociados al anclaje dentario durante la maniobra de disyunción. Los aparatos utilizados a tal fin son muy simples de construir (Fig. 2 C)(Fig.4). La activación sugerida es lenta, a un ritmo de 0.25 mm día por medio durante el tiempo necesario y la estabilización durante 4 meses (2).

Los dispositivos intraóseos deben ubicarse en el reborde palatino, siendo los espacios entre canino y premolar y entre premolares los mejores, en esta zona, los dispositivos sufren menos stress que ubicados cerca de la línea media (5).

Este procedimiento es de utilidad mayor cuando no existen piezas dentarias de anclaje viables en algún sector de la boca y es de primera elección en nuestros procedimientos de expansión en pacientes con dentición permanente.

El hecho de no tomar anclaje dentario sería el motivo por el cual es menos frecuente observar cambios verticales cuando se realizan tratamientos con estos aparatos, este hecho es muy importante en pacientes con crecimiento vertical, ya que, con aparatos dento-soportados, es esperable observar algún grado de rotación posterior mandibular (4).

CONCLUSIONES

Dadas estas características particulares de la sutura mediopalatina en lo que respecta a su anátomo-histología y a la cronología de su osificación se podría concluir que:

1.La presencia de cartílago secundario en la sutura supo-

Dentalmax

Biotecnología



ZIMMER BIOMET

Your progress. Our promise.™

Geistlich
Biomaterials

Excelencia en insumos. Excelencia en resultados.



Dentalmax S.A. >> Av. Santa Fe 2206 3° "D"
Buenos Aires >> Argentina >> CP (1123)
Tel: (+54 11) 4827-1001 >> Fax: (+54 11) 4826-7373
info@dentalmax.com.ar >> www.dentalmax.com.ar

Dentalmax

Biotecnología

Geistlich
Pharma



ZIMMER BIOMET
Your progress. Our promise.™

ne una alta efectividad en nuestros tratamientos dirigidos a expandir el maxilar, sobre todo en dentición mixta. Es nuestra primera elección a esta edad, aparatos funcionales de cualquier tipo u otros que no excedan el rango de adaptación de la sutura de menos de 1mm por semana de separación.

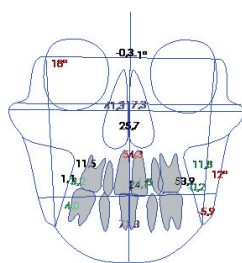
2.En dentición permanente y pacientes adolescentes es deseable utilizar anclajes temporarios intra-óseos para fijar los aparatos, esto permite reducir los efectos adversos sobre los dientes, sobre todo si no existe respuesta de la sutura.

3.El ritmo de activación SIEMPRE será lento cualquiera sea el tipo de aparato utilizado.

4.Cuanto más cercano esté el paciente del final de la adolescencia más posibilidades existen de necesitar la asistencia quirúrgica para reducir la resistencia a la separación maxilar.



EXPANSIÓN MAXILAR



BIBLIOGRAFÍA

-PROFFIT W. et al: *Ortodoncia Contemporánea. 4° Ed. Elsevier Mosby, 2008.*

-RAKOSI T et al: *Tratamiento Ortodóncico y Ortopédico Dentofacial. Amolca, 2012.*

-GRABER T et al: *Ortodoncia. Principios Generales y Técnicas. 3° Ed. Panamericana 2000.*

-YILMAZ A et al: *Comparison of short-term effects of mini-implant-supported maxillary expansion appliance with two conventional expansion protocols. Eur J Orthod. 2015 Oct;37(5):556-64.*

-LEE H et al: *Stress distribution and displacement by different bone-borne palatal expanders with micro-implants: a three-dimensional finite-element analysis. European Journal of Orthodontics 36 (2014) 531-540*

-SUZUKI H et al: *Miniscrew-assisted rapid palatal expander (MARPE): the quest for pure orthopedic movement. Dental Press J Orthod. 2016 July-Aug;21(4):17-23.*



FIG 4: Paciente masculino de 12 años de edad. Maloclusión de Clase II Sub. Derecha. Mordida Invertida Bilateral. Apiñamiento. Las diferencias entre anchos maxilares transversales sugieren un problema estructural. Disyunción con activación lenta, 0.25 mm/día. Evolución tras 90 días de tratamiento.



COMPOSITE HÍBRIDO SUBMICRÓNICO UNIVERSAL

COLTENE

BRILLIANT EverGlow

El arte de brillar



- Pulido excepcional y brillo duradero
- Técnica simplificada con tonos universales body (cuerpo)
- Sistema Duo-shade con guías de color de resina COLTENE
- **7 Tonos Body** para restauraciones simples de un tono
- 3 Tonos Opacos** para reconstrucción de dentina y enmascaramiento de áreas oscuras
- 2 Tonos Translúcidos** para reconstrucción de esmalte o borde incisal



conozca más

ADENOMA PLEOMORFO DE LA PROLONGACIÓN ANTERIOR DE LA PARÓTIDA

PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

INTRODUCCIÓN

El adenoma pleomorfo (AP) constituye el tumor más frecuente de la parótida. Los tumores benignos de este órgano suman el 80 %, de los que, aproximadamente, 7 de cada 10 son AP. Aparece con más frecuencia entre los 40 y 50 años de edad. Es un tumor bien delimitado, con una pseudocápsula y múltiples nódulos sobresaliendo de la masa principal, como focos pseudopódicos. Estos focos explicarían la frecuente recidiva cuando el tumor es enucleado. Los tumores recidivados tienen una gran tendencia a ser multinodulares. Solamente el 0,5 % de los adenomas pleomorfos son multicéntricos.

El polimorfismo histológico de esta lesión hizo pensar a Minsén que tenía constitución epitelial y conjuntiva, por lo que, en 1874, acuñó el nombre de tumor mixto. Tiene elementos epiteliales y células mioepiteliales de cuya acción secretora derivan estructuras hialinas, mixoides y pseudo-cartilaginosas, con focos calcificados, interpretados erróneamente como derivados conjuntivos. En 1986, Seirfert y colaboradores diferenciaron cuatro tipos de adenomas pleomorfos:

- Mixoide y celular por igual
- Principalmente mixoide
- Predominantemente celular
- Extremadamente celular

Según esos autores, la variante principalmente mixoide es la más recidivante. El 80 % de los adenomas pleomorfos se desarrolla en la parótida y el 20 % restante se reparte entre la glándula submaxilar y las accesorias (en especial las palatinas).

-SEBASTIÁN CARNEVALE.

Odontólogo Especialista en Cirugía y Traumatología Buco Máxilo Facial; Médico Especialista en Cirugía General

-OSCAR GIORDANO.

Especialista en Cirugía y Traumatología Buco Máxilo Facial;

CLÍNICA

Este tumor suele ocupar el lóbulo parotídeo superficial, pero también se presenta en el lóbulo profundo o la prolongación anterior de la glándula. El tamaño es muy variable y puede alcanzar dimensiones inusitadamente grandes. Se presenta como un nódulo cuya consistencia puede ser elástica, renitente o pseudoquística. Por su polimorfismo, es patognomónica la existencia de zonas de distinta consistencia. Los que tienen un componente cartilaginoso importante son duros (Signo de Nélaton).

MÉTODOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

PUNCIÓN ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA

La sensibilidad y especificidad de este método son suficientemente altas para justificar la aceptación que ha tenido en las últimas décadas como procedimiento diagnóstico preoperatorio. Sin embargo, su utilización sistemática en la práctica clínica es controvertida.

IMÁGENES

Las modernas técnicas de examen han cambiado sustancialmente la metodología de diagnóstico por imágenes de las glándulas salivales. Actualmente se pone énfasis en la ecografía, la tomografía computada y la resonancia magnética.

La ecografía es un estudio simple y de bajo costo. Se pueden evaluar las glándulas salivales y las cadenas ganglionares yúgulo-carotídeas. Casi todos los tumores salivales se manifiestan con imágenes ecográficas similares, sin

poder determinarse con precisión diagnóstica la naturaleza del tumor, excepto sus características sólidas o quísticas. Los adenomas pleomorfos suelen ser hipoeoicos y bien delimitados.

Se reserva la RM para estudiar los tumores profundos o recidivas. Las masas del lóbulo profundo se definen muy bien en la TAC.

TÁCTICA QUIRÚRGICA

Lóbulo superficial: Parotidectomía superficial

Lóbulo profundo: Parotidectomía total conservación del facial

Tumores recidivados: Parotidectomía total con conservación del facial

Parotidectomías atípicas

- cola de parótida

-prolongación anterior o lóbulo accesorio

CASO CLÍNICO

El caso trata de un paciente varón de 28 años, que refiere antecedentes de resección de tumor "subcutáneo" de 1 cm, localizado en mejilla izquierda, hace aproximadamente tres años, con diagnóstico de adenoma pleomorfo.

Actualmente se presenta a consulta con una gran masa en mejilla izquierda, polilobulada, de consistencia duro elástica. Al examen no presenta compromiso de nervio facial (foto 1 y 2)

Se solicitan ecografía y tomografía axial computada (TAC). (Foto 3)

Se decide conducta quirúrgica, realizándose parotidectomía superficial con extensión a lóbulo accesorio. La misma se realiza con ayuda de lupas binoculares 3.5 aumentos, neuroestimulador y la utilización de electrocoagulación bipolar.

Se comienza con una incisión preauricular con resección de cicatriz antigua y la confección de un colgajo dermograso. (Foto 2)

Se delimita la celda parotídea y se exponen los reparos para hallar el tronco del nervio facial, a saber: músculo esternocleidomastoideo, digástrico, cartilago del conducto auditivo externo, apófisis mastoides. (Foto 4,5).

El nervio tiene una ubicación constante en el diedro formado por el cartilago del conducto y la apófisis mastoides, en el espesor del tejido glandular. (Foto 4,5)

A continuación, se siguen las ramas, separando el lóbulo superficial del profundo, hasta conseguir rodear el tumor. En este caso, la disección debe llevarse más anteriormente, ya que la patología se encuentra en la prolongación anterior de la parótida, debiendo prestarse atención extra a las ramas bucales del VII par que corren paralelas al conducto de Stenon. Es aquí donde el uso de magnificación con lupas de X 3.5 binoculares y el uso de neuro estimulador adquieren mayor importancia. (Foto 4,5)

Una vez extirpado el tumor se coloca un drenaje aspirativo y se cierra por planos.

Los controles de motilidad del nervio facial a las 48 horas de postoperatorio son satisfactorios. (Fotos 6,7)

Como complicación, presenta al 7º día, un seroma que se evacua por punción.

La anatomía patológica confirma diagnóstico de variedad mixoide polilobulada de adenoma pleomorfo.



FOTO 1



FOTO 2

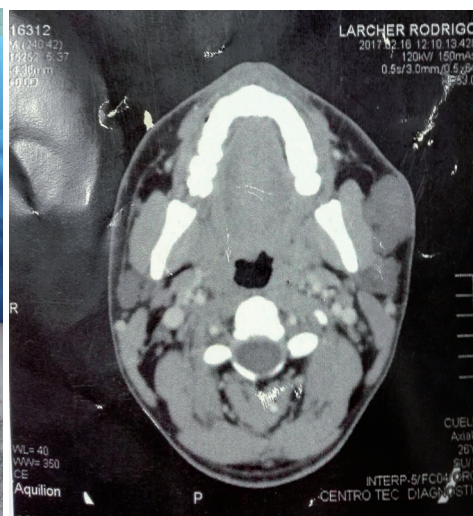


FOTO 3



FOTO 4

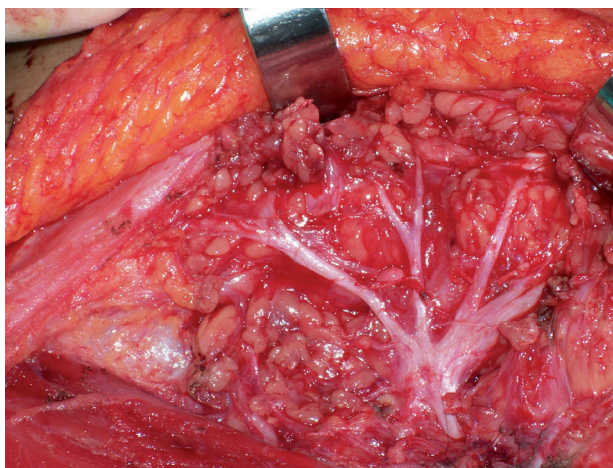


FOTO 5

DISCUSIÓN

La literatura revela 152 casos de publicaciones de tumores del lóbulo accesorio, con un 70 % de diagnósticos benignos y un 30 % de malignos (1). Alrededor de 1 % de los tumores parotídeos se localiza en la prolongación anterior (2). Los pacientes se evalúan por los mismos métodos que para otras localizaciones de tumores parotídeos (4). En todos los trabajos, el abordaje y la técnica quirúrgica es una parotidectomía superficial con disección anterógrada, con un abordaje pre-auricular o incisión símil lifting (1,2,3,4,5).

Actualmente se encuentra en desarrollo un abordaje endoscópico (5)



FOTO 6

FOTO 7

CONCLUSIONES

Los tumores de prolongación anterior de la parótida son relativamente raros.

Debe prestarse atención a cualquier masa que aparezca en el espesor de la mejilla, ajustándose el diagnóstico para evitar la infravaloración de esta patología

Deben evitarse cirugías económicas en recidivas.

BIBLIOGRAFÍA.

- 1-NEWBERRY T et al: *Review of accessory parotid gland tumors: pathologic incidence and surgical management.* Am J Otolaryngol. 2014 Jan-Feb;35(1):48-52
- 2-CHOI HJ et al: *Wide excision of accessory parotid gland with anterior approach.* J Craniofac Surg. 2012 Jan;23(1):165-8.
- 3-LIN D et al: *Tumors of the accessory lobe of the parotid gland: a 10-year experience.* 2013 Dec;116(12):1300-7
- 4- KAKUKI Tet al: *Accessory parotid gland tumors: A series of 4 cases.* Ear Nose Throat J. 2016 Jul;95(7):E35-8.
- 5- IGUCHI H et al: *Clinical features of accessory parotid gland tumors.* Nihon Jibiinkoka Gakkai Kaiho. 2013 Dec;116(12):1300-7.
- 6- SHAH J ; PATEL S. *Cirugia Oncologica de Cabeza y Cuello.* 3 Edición. Elsevier, 2004.



**GRUPO
SANCOR
SEGUROS**

www.gruposancorseguros.com



PREVENCION
RIESGOS DEL TRABAJO



Prevención
Salud

Productores asesores

MANUEL FREGONA | HÉCTOR SALES

25 de mayo 2516 (3000) Santa Fe | Tel.: **(0342) 452 4513 / 453 3446**

REHABILITACIÓN ESTÉTICA DEL SECTOR ANTERIOR CON CARILLAS CASO CLÍNICO

OD. MAURO COLLO

OD. MAURO LENARDUZZI

TPD. ARIEL GARELLI

Cátedra de Operatoria dental III.
Prof. Titular Dr. Lorenzo Novero .
Escuela de odontología IUNIR

RESUMEN.

Se presenta a la consulta un paciente de 30 años con el deseo de poder cambiar su sonrisa, al cual se le emplean todos los principios de diagnóstico.

Se analiza el problema planteado por el paciente, realizando un diseño digital de su sonrisa, encerado diagnóstico aditivo. Se plantea toda la propuesta de tratamiento, incluyendo un mock-up.

Se decide no realizar ningún tipo de modificación de los márgenes gingivales, proponiendo realizar todo el trabajo con incrementos hacia incisales y proximales.

El mock-up se efectúa para poder analizar protésicamente y lograr consensuar con el paciente el resultado final.

Se realizan 8 carillas cerámicas de disilicato de litio, las cuales se fijan con protocolo adhesivo.

Se concluye el tratamiento con una placa rígida de protección.

Se observa el resultado final, analizado desde un aspecto intra y extraoral, corroborando cómo se obtiene armonía dentaria y facial.

INTRODUCCIÓN

El poder obtener un resultado estético predecible es posible cuando se cumple con todas las etapas de un tratamiento, fundamentalmente con la de diagnóstico, y cuando se puede contar con la habilidad de un buen técnico dental, capaz de resolver estética y funcionalmente el trabajo que los odontólogos se proponen.

Hoy en día, con la ayuda de la fotografía y un software como el DSD app, Photoshop, Keynote o Power Point, puede presentarse a los pacientes un posible resultado final digital y explicar, con herramientas más didácticas, el plan de tratamiento antes de comenzar con el trabajo.

Luego de la planificación digital, se envían al técnico dental los datos correspondientes para que él mismo pueda realizar un encerado diagnóstico protésico, pudiendo efectuar luego una prueba real en el paciente (mock-up).

El objetivo de este artículo es mostrar un caso clínico donde es utilizado todo el protocolo para la realización de un tratamiento de carillas cerámicas, que permita devolver al paciente proporciones y armonía estética, para arribar al resultado deseado, resolviendo el problema por el cual se presenta a la consulta.

RELATO DEL CASO

Un paciente masculino de 30 años de edad se presenta a la consulta disconforme con el aspecto de sus dientes superiores, manifestando que los mismos son pequeños y se encuentran separados.



FIG. 1 . Análisis extra e intra oral .
A Labio en reposo . B Sonrisa . C Retractor

Al análisis fotográfico extraoral con el labio en reposo, no se visualizan las piezas dentarias del sector antero-superior, mientras que, en sonrisa, se evidencia el problema por el cual el paciente concurre a la consulta.



FIG 2 Diseño digital de la sonrisa



FIG. 3 Presentación digital de diseño de la sonrisa al paciente

En el análisis clínico intraoral los dientes presentan diastemas y microdoncia.

Se realizan las fotografías intra y extraorales y, luego, la planificación digital de la sonrisa (en este caso en Keynote), utilizando las plantillas de diseño, ubicando digitalmente las futuras restauraciones y su posición con respecto a los márgenes digitales.

Se transfieren los parámetros de forma y disposición de las piezas dentarias según el protocolo DSD a los modelos, mediante un encerado aditivo.

Se realiza una prueba restauradora a través del mock-up directo con resina bisacrílica. Se analizan las fotografías y el video del comportamiento estético del mock-up, junto con el paciente, donde éste manifiesta modificar los bordes iniciales de los incisivos centrales, por lo que se efectúa dicha modificación. Luego se analizan nuevamente las fotografías y el video, y es aprobado por el paciente.

Una vez que se determina el plan de tratamiento, según el objetivo acordado previamente, se comienza con la etapa restauradora.

Se procede a realizar el tallado dentario, utilizando guías de preparación dentaria, tomadas sobre el encerado diagnóstico, para poder orientarse sobre la cantidad adecuada de tejido dentario que debe desgastar a nivel vestibular.



FIG 4: A. Encerado B Transferencia del encerado a boca (mock-up) C Aprobación de paciente

El tallado se realiza sobre el mock up, utilizando piedras redondas calibradas de diferentes diámetros, para marcar los surcos guías en cada zona dentaria, produciendo solo el desgaste necesario en cada sector para la inserción de las carillas. Luego se talla con piedras troncocónicas de punta redondeada de aro rojo y se finaliza con pulido y suavizado con disco soflex.

Una vez finalizadas las preparaciones donde asentarán las futuras restauraciones, se procede a realizar la toma de impresiones y registros intermaxilares.

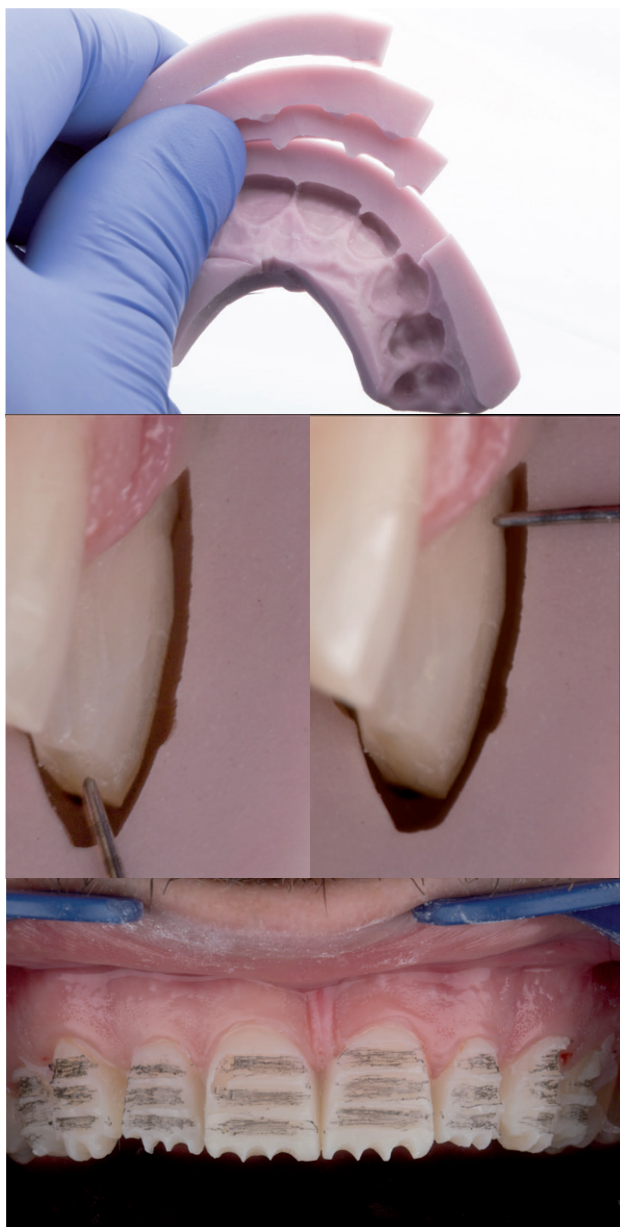


FIG 5: A Matriz para tallado, B Comprobación de espesor para la restauración, C Surcos guías para tallado

Para la toma de impresión primeramente se toma una impresión con silicona de adición pesada en cubeta tipo rim-lock con interposición de un papel film. Luego se realiza la colocación de los hilos de separación gingival. Se emplean hilos #000 individuales, introduciéndolos en los surcos gingivales, y luego un solo hilo continuo #00 que se apoya sobre el surco, todo por vestibular de las piezas dentarias.

Se retira el hilo continuo y se procede a la reimpresión con la silicona fluida.

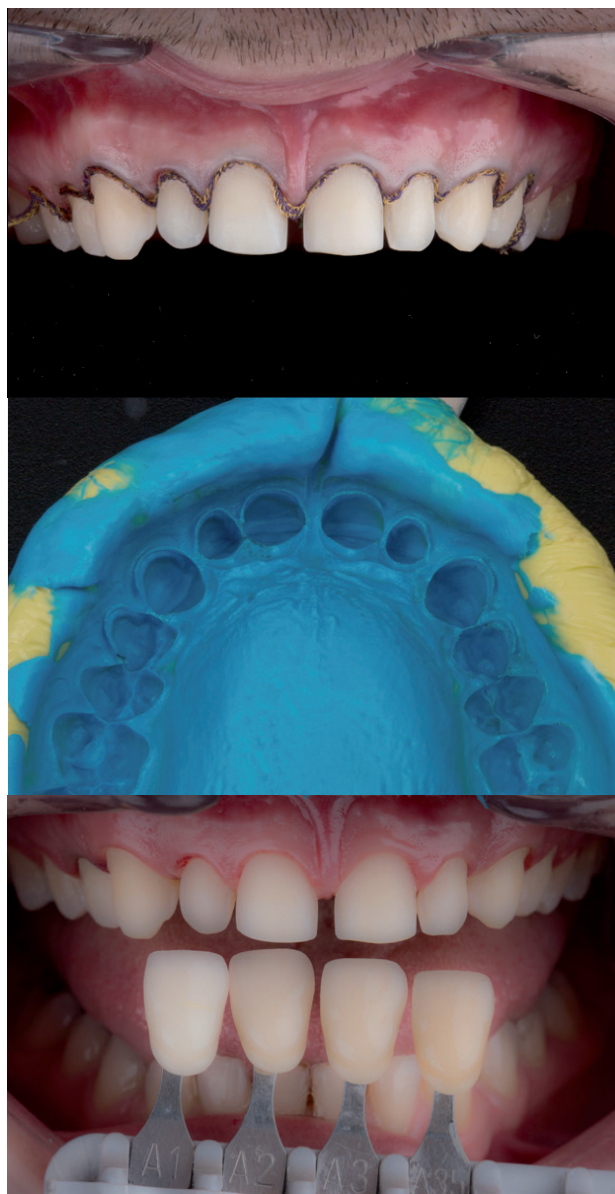


FIG 6: A Colocación de hilo #000 y #00, B Impresión definitiva, C Toma de color con fotografía polarizada

Para la obtención de las restauraciones cerámicas, el procedimiento elegido por el laboratorio incluye un método combinado. Primero se utiliza un sistema de inyectado de pastillas.

En el segundo paso, se utiliza la técnica de Cut-Back, basada en desgastar las restauraciones de disilicato en su tercio incisal para poder generar el espacio necesario para la estratificación con cerámica. Esto permite obtener los deseados efectos ópticos que son característicos en dicha zona de la pieza dental.



Figura 7 Restauraciones cerámicas en disilicato de litio confeccionadas por el TPD Ariel Garelli

Para la cementación de las carillas se realiza un aislamiento absoluto modificado.

Las restauraciones cerámicas fueron adheridas utilizando el protocolo de adhesión basado en el acondiciona-

miento de la superficie dentaria y de la superficie interna de las cerámicas.

Las carillas se acondicionan realizando un grabado con ácido fluorhídrico y silanizado.

Para la fijación de las restauraciones, se elige un sistema de cementado de resina con microrrelleno puramente fotopolimerizable (Variolink Veneer).



Figura 8 A Aislamiento absoluto modificado, B Cementado y retiro de excesos, C Cementado final



FIG. 9 A y B Fotografía pre tratamiento y control a los 30 días



Figura 10 A Integración de las restauraciones con los tejidos, B Naturalidad y textura, C Armonía e integración extraoral

CONCLUSIÓN

Los tratamientos, tanto estéticos como funcionales, han ido evolucionando por los avances que ha transitado la odontología restauradora y, gracias a esto, se pueden implementar diversos recursos en todas las etapas del tratamiento, tal como en la etapa diagnóstica y de planificación se aplican las herramientas digitales para poder alcanzar el objetivo con mayor certeza y poder explicarle y mostrarle al paciente un aproximado casi exacto del resultado final y, de esta manera, poder minimizar tanto como sea posible las variables que puedan afectar el resultado final de forma negativa.

Hoy en día, se pueden tener tratamientos altamente predecibles, gracias a lo mencionado anteriormente y al desarrollo de los sistemas adhesivos y a las tecnologías aplicadas a las restauraciones cerámicas, aunque es deber como odontólogo, no dejar de lado la base y los pilares fundamentales de la odontología restauradora, para obtener un satisfactorio tratamiento incluyendo todas sus etapas.

BIBLIOGRAFÍA

1. PAULA CARDOZO & RAFAEL DECURCIO. *Carillas. Lentes de contacto y fragmentos cerámicos.*
2. PASCAL MAGNE & URS BELSER. *Restauraciones de porcelana adherida en los dientes anteriores.*
3. FABRICIO MONTAGNA & MAURICIO BARBEZI. *De la cera a la cerámica.*
4. SIDNEY KYNA & AUGUST BRUGUERA. *Invisible. Restauraciones estéticas cerámicas.*
5. BRAULIO PAULUCCI E COLABORADORES. *Visagismo. Arte de personalizar el diseño de sonrisa.*

RECUBRIMIENTO RADICULAR DE RECESIONES GINGIVALES MÚLTIPLES

OD. ESP. MARTÍN MIGUELES

-Docente Concursado de La Cátedra de Periodoncia (FOUNR)
-Dictante del Curso de Manejo de Tejidos Blandos Periodon-
tales (COS)
-Especialista en Periodoncia (FOUNR)
-Ex – Tutor de la Carrera de Especialistas en Periodoncia
(FOUNR-COS)

INTRODUCCIÓN:

La recesión gingival es el desplazamiento del tejido mar-
ginal gingival hacia la zona apical del límite amelo-cementa-
rio, con la consecuente exposición de la superficie radicular.

El recubrimiento mediante la utilización del injerto de te-
jido conectivo tiene fundamentalmente dos propósitos: uno
estético y otro funcional (sensibilidad dentaria, pérdida de
inserción, susceptibilidad a caries, etc). La predictibilidad de
recubrimiento depende, según la clasificación de recesiones
de Miller, del nivel de inserción de las papilas gingivales, que

AGRADECIMIENTO:

OD.ESP. MARÍA VIRGINIA ZEBALLOS

permite determinar la magnitud de recubrimiento radicular,
siendo las clases I y II (de un total de 4), las de mejor pronósti-
co, ya que conservan la totalidad del tejido interproximal.

Como objetivo, se busca el recubrimiento radicular de
recesiones múltiples mediante un colgajo descrito por E.
Allen, combinando un injerto de tejido conectivo obteni-
do del paladar, mediante la Técnica de una Incisión Única
descrita por Hurzeler.



Recetarios | Turnos
Sobres y Porta Cds. | Papelería Comercial

CASO CLÍNICO:

Paciente mujer de 35 años de edad. Refiere la necesidad de solucionar su compromiso estético y sensibilidad dentaria en piezas dentarias n° 13 y 14. Clínicamente, presenta recesiones clase I de Miller.

Preparación del sitio receptor (recesión gingival): preparar la superficie radicular, haciendo raspaje y alisado, mediante una incisión a bisel interno a nivel del margen de la recesión gingival; se crea un “sobre suprapariostial” socavando las papilas, pero sin desprenderlas. No se realizan incisiones verticales compensadoras para favorecer una mayor irrigación del injerto.

Preparación del sitio donante del injerto de tejido conectivo: se toma del paladar, teniendo como referencia límites anatómicos puntuales (rafe medio, distal del canino y mesial del 1° molar). La toma del injerto se realiza mediante la Técnica

de Hurzeler o Incisión Única. El injerto obtenido se lleva al sitio receptor, suturando en un extremo de las recesiones para guiar el injerto y lograr recubrir las dos lesiones y pasando el injerto por debajo de la papila, como si fuese un túnel. Una vez posicionado se sutura correctamente (sutura colchonero). Finalmente, se sutura en el extremo restante.

DISCUSIÓN:

Las recesiones clase I de Miller obtuvieron alta predictibilidad de recubrimiento inicial y a corto plazo. Luego de 9 años, se mantuvo la estabilidad en la pieza 13, no así en la n° 14.

Las ventajas de seleccionar la Técnica de Allen son: mínimo trauma quirúrgico, mayor aporte vascular para la supervivencia del injerto y preservación de las papilas que favorece notablemente la estética gingival. La toma de injerto con la técnica de Hurzeler propicia el confort del paciente, teniendo una cicatrización de primera intención.



Presentación de caso



Preparación de sitio receptor con tuberización y colocación de injerto



Sutura del sitio receptor y paladar



Post operatorio 15 días



Control a los 9 años

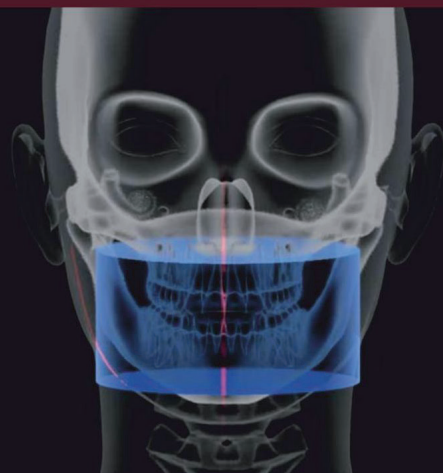
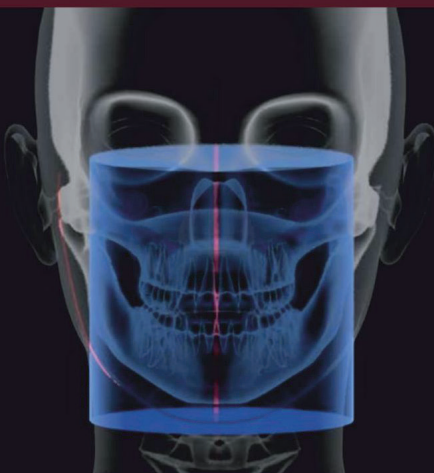
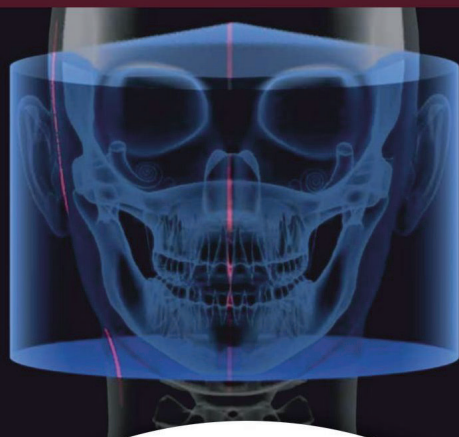
BIBLIOGRAFÍA:

- AINAMO A, BERGENHOLTZ A, HUGOSON A, AINAMO J. *Location of the mucogingival junction 18 years after apically repositioned flap surgery.* J. Clin. Periodontol 1982;19:49-52.
- ALLEN A. *Use of the suprapariosteal envelope in soft tissue grafting for root coverage. Rationale and Technique.* Int. J. Periodontics Restorative Dent 1994;14:216-227.
- BALDI C, PINI PRATO GP, PAGLIARO U, NIERI M, SALETTA D, MUZZIL, CORTINELLI P. *Coronally advanced flap procedure for root coverage. Is flap thickness a relevant predictor to achieve? A 19 cases serie.* J. Periodontal 1999;70:1077-1078.
- BOUCHARD P, JAQUES M, BORGHETTI A. *Las decisiones estéticas en los recubrimientos radiculares.* Periodontology 2000.(Ed.Esp) Vol 2, 2002,97-120.
- BRUNO JF(1994) *Connective Tissue graft technique assuring wide root coverage.* International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry 14, 126-137.



Eduardo Paladini

Imágenes Odontológicas de Alta Complejidad.



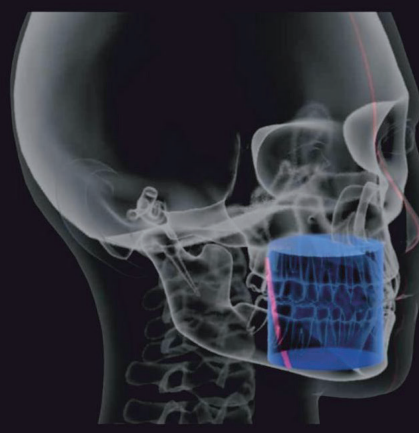
Tomografía Cone Beam

Pantomografía digital

Telerradiografía digital

Cefalometría digital

Radiología Digital ATM



Ofrecemos la más moderna tecnología, incluyendo la Tomografía Computada Cone Beam, el más avanzado sistema de imágenes odontológicas y máxilo-faciales. Brindamos a los profesionales de la odontología, la ortodoncia y la cirugía maxilofacial, información de alta calidad visual para su diagnóstico médico.



Eva Perón 2476 - Tel. (0342) 456 1020 - Santa Fe
radiografiaspaladini@hotmail.com



GRUPO
MG
SRL

INNOVACIÓN
EN TECNOLOGÍA MÉDICA

REPRESENTANTES EXCLUSIVOS

para toda la Argentina

medicon®

SISTEMAS DE OSTEOSÍNTESIS
PARA CIRUGÍA CRÁNEO MÁXILO FACIAL

SISTEMAS DE DISTRACCIÓN OSTEOGÉNICA

WWW.GRUPOMGSRL.COM.AR | INFO@GRUPOMGSRL.COM.AR

Casa Central: San Lorenzo 1440 1° Piso - S2000ARP Rosario - Santa Fe, Argentina

+54 341 421 55 00 (Líneas rotativas)