

EL

OTRO
LADO

DE LA
OPERATORIA
DENTAL

STAFF

Prof. Dr. Pablo F. Bianchi. Director / Editor responsable

Od. Marcela Molina. Jefe de redacción

Od. Roxana Fernández y

Od. Viviana Alfano

Corrección

COLABORAN

Od. Matías La Gioiosa

Od. Rubén Sarco

Od. Irma Barth

Od. Nina Di Carlo

Od. Yanina Goyeneche

Od. Candela Suarez

Od Georgina Tonelli

Diseño Arte Y Diagramación: Marcela Molina y

Camila L. Navas

Publicación Web: Dcv Delfina D'alessandro

Propietario: Unlp. Facultad De Odontología

Editor Responsable: Facultad de Odontología UNLP

Calle 50 entre 1 y 115, La Plata, Buenos Aires, Argentina

Distribución: Unlp. Facultad De Odontología

Consolidando la visión del Lado B

EDITORIAL

*Es un placer dar la bienvenida al segundo número de **Lado B**, una revista científica que ha nacido con el propósito de ofrecer un espacio alternativo para la discusión y el análisis de temas fundamentales en la Operatoria Dental. En esta ocasión, reafirmamos nuestra misión de abordar las cuestiones que, aunque cruciales, muchas veces permanecen al margen de la discusión científica tradicional, pero que sin duda tienen un impacto directo en nuestra práctica diaria.*

Tras el lanzamiento del primer número, la respuesta de la comunidad odontológica ha sido muy positiva, lo que nos anima a continuar explorando nuevas perspectivas.

La Operatoria Dental, como rama esencial de la Odontología, se enfrenta a desafíos constantes con la evolución de las técnicas, materiales y tecnologías. Este segundo número profundiza en algunos de esos retos, abriendo la puerta a reflexiones críticas sobre la mejora de los tratamientos conservadores, la bioseguridad en la práctica diaria, y las innovaciones que prometen transformar nuestra especialidad. Contamos con una selección de artículos que abarcan desde estudios clínicos rigurosos hasta revisiones sobre los últimos avances en materiales restaurativos. Nuestro enfoque busca profundizar en aspectos menos explorados de la disciplina. Nos motiva crear una plataforma que no solo sirva para compartir conocimientos, sino también para fomentar la reflexión crítica, la innovación y el intercambio de ideas entre profesionales que están comprometidos con la excelencia y la ética en la atención dental.

Agradecemos profundamente a todos los autores, revisores y colaboradores que han participado en la elaboración de este número. Su compromiso y rigor científico son lo que permite que esta revista crezca y mantenga su relevancia en el campo.

*Finalmente, extendemos una invitación a toda la comunidad odontológica a continuar enviando sus investigaciones, opiniones y casos clínicos. Queremos que **Lado B de la Operatoria Dental** siga siendo un espacio donde todos puedan aportar y donde las ideas puedan florecer, siempre en busca de un futuro mejor para nuestra profesión y nuestros pacientes.*

Staff del Lado B

FGM

DENTAL GROUP

Acryl-Ar

Importador y Distribuidor Mayorista



 acrylarsrl

 acrylar



www.acryl-ar.com

INDICE

1 – ARTÍCULO OPERATORIA DENTAL TOTAL

Autor: García, J.A. pag. 6–15

2– ARTÍCULO LO ESENCIAL EN BLANQUEAMIENTO AMBULATORIO

Autores: Bianchi M; Bianchi P. pag. 17–24

3– ARTÍCULO CLAREAMIENTO DENTAL Y SU RELACIÓN CON LA

SENSIBILIDAD INTRAOPERATORIA Autores: Aberastain, L; Bianchi, P; Di Carlo, NB; La Gioiosa, M; Zornetta, M. pag. 25–29

4– ARTÍCULO RESTAURACIONES ESTÉTICAS EN EL SECTOR ANTERIOR:

MATRIZ DE LLAVE DE SILICONA MODIFICADA Autores: Di Pietro, M.F; Aguilera Toja F; Fernández R; Sarco, R. pag. 31–35

5– ARTÍCULO EFICACIA DEL DIGLUCONATO DE CLORHEXIDINA EN LA

INHIBICIÓN DE MMPS Autores: Aberastain, L; Di Carlo, NB; M; Zornetta, M. pag.36–39

• **POR OTRAS RAMAS DE LA ODONTOLOGIA**

6 – ARTÍCULO TRATAMIENTO INTEGRAL EN AGENESIA DE

INCISIVOS LATERALES Y TRAUMATISMO EN CENTRALES Autor: Granella, A. pág. 41–45

7 – ARTÍCULO LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO TEMPRANO EN

LESIONES NEOPLÁSICAS DE LA CAVIDAD ORAL Autores: Molina, MI; Arcuri, A; Arcuri, M; Ferro, M; Levalle, MJ; Mayocchi; KA; Serafino, B; pág. 47–54

• **CONOCIENDONOS**

8 – ATENEO “Prof. Dr. Pedro Salazar” pag. 55–60

9 – ENTREVISTA Dr. Andres Roman pag. 61–63

10 – CURSO SUPERIOR DE OPERATORIA Y ESTETICA pág. 65-66

11 – “RECREANDO HABITOS SALUDABLES” Llevando la Odontología a la comunidad pag. 67–68

12 – ACTIVIDADES DE LA ASIGNATURA. pag. 69–70

OPERATORIA DENTAL TOTAL

TOTAL RESTORATIVE DENTISTRY

García, J.A.

Adrián García Bio-Odontología

Puerto Madryn. CP 9120.

adriangarciadental@gmail.com

“Sin conflicto de interes”

Resumen: El propósito del siguiente trabajo es mostrar cómo la combinación de técnicas directas e indirectas puede brindar opciones restauradoras integrales realizables por la mayoría de los profesionales y asequible para la mayoría de los pacientes. La metodología empleada fue la utilización de materiales y técnicas restauradoras directas en piezas dentarias con escaso remanente dentario, tratadas endodónticamente, sin procesos periapicales y pronóstico malo debido al escaso remanente de tejido. Como resultado se obtuvo una mejora sustancial en la salud, función y estética. **Conclusión:** esta técnica puede ser utilizada para confeccionar restauraciones temporarias de larga duración en tratamientos que así lo requieran o restauraciones definitivas de bajo costo y fácil mantenimiento para pacientes de bajos recursos.

Palabras clave: ADHESIÓN, POLIMERIZACIÓN, CEMENTADO, INTERFACE, CONTROL.

Summary: The purpose of the following work is to show how the combination of direct and indirect techniques can provide comprehensive restorative options achievable by most professionals and affordable for most patients. The methodology used was the use of direct restorative materials and techniques in teeth with little remaining tooth, treated endodontically, without periapical processes and poor prognosis due to the little remaining tissue. As a result, a substantial improvement in health, function and aesthetics was obtained. **Conclusion:** this technique can be used to make long-lasting temporary restorations in treatments that require it or definitive restorations of low cost and easy maintenance for low-income patients.

ARTÍCULO

AUTOR

García, J.A.

Keywords: ADHESION, POLYMERIZATION, CEMENTING, INTERFACE, CONTROL.

Expandiendo las fronteras de la Operatoria Dental

La creciente demanda de los pacientes por restauraciones estéticas libres de metal, junto al interés del profesional por preservar el tejido dental, ha llevado al desarrollo de materiales dentales que satisfagan estas necesidades.

El enfoque bio-mimético de la odontología restauradora es posible gracias a los materiales restauradores que lucen como la estructura dental (Resinas compuestas y porcelanas) y los adhesivos dentales (con adhesión a esmalte y dentina).

Estudios científicos y experiencia clínica han validado el uso de restauraciones adheridas entrando así en la era "pos-amalgama". Este cambio ha impactado en la práctica diaria general significativamente.

La Operatoria Dental es una de las disciplinas odontológicas con mayor tasa de uso per cápita en el mundo entero. Por lo que deberíamos prestar mucha atención al conocimiento y dominio de esta disciplina, como así también, al gran abanico de posibilidades que nos ofrece para alcanzar el objetivo primario de restaurar la salud, función y estética de una o más piezas dentarias del paciente.

Es creciente el número de profesionales que se dedican a más de una disciplina odontológica con o sin especialidad. El Dr. Maxim Belogard utiliza un término para definir este tipo de profesional "Mix Fight Dentist" haciendo una analogía con las artes marciales mixtas (MMA), el concepto invita a que e profesional se haga experto en un área de la odontología para luego ir adquiriendo destrezas de las otras áreas hasta llegar a ser un profesional más completo e idóneo, saber cómo tratar un caso en particular, reconocer las limitaciones propias y saber cuándo derivar y a quién.

La piedra fundamental de cualquier disciplina de la salud es el conocimiento de lo sano y normal. Para reconocer una anomalía o una patología a tratar. Luego el diagnóstico diferencial y el análisis de los datos e información recabados nos permitirán proponer un plan de tratamiento ideal y si fuera necesario uno alternativo.

Los materiales dentales que disponemos hoy en día nos han permitido ampliar la base de tratamientos ofrecidos por la operatoria dental.

Entendiendo por "Operatoria Dental" todo aquel tratamiento que puede ser realizado 100% por el profesional odontólogo sin intervención de un tercero como el técnico dental. ¿Qué tratamientos están al alcance de la operatoria dental actual?

1. Restauraciones directas del sector anterior y posterior.
2. Restauraciones indirectas del sector anterior y posterior. (Carillas vestibulares, palatinas u oclusales. Fragmentos. Incrustaciones. Coronas).
3. Colocación de postes de fibra de vidrio y reconstrucción de muñones.

El uso de resinas compuestas poliméricas con alto contenido de nano partículas de sílice y zirconio le aportan a este material mayor resistencia mecánica, durabilidad al pulido y el brillo, mejor manipulación, variedad de matices, croma, valor, traslucidez y opalescencia.

Los avances tecnológicos también nos brindan mejores y más potentes unidades de foto-curado.

Una nueva generación de sistemas adhesivos nos permite adherir con eficacia distintos tipos de materiales a los diferentes sustratos, naturales o artificiales.

El práctico general enfrenta más de un desafío con respecto a la manipulación de los materiales dentales y el tratamiento de los sustratos; conocer la indicación y uso correcto de cada material, reconocer los diferentes sustratos y sus necesidades y adquirir la tecnología necesaria para optimizar los resultados buscados con los materiales dentales actuales.

En mayor o menor medida todos los odontólogos que se dedican a la odontología restaurativa son capaces de restaurar todas las caras de una pieza dentaria (Mesial, Distal, Oclusal, Vestibular y Lingual o Palatino). Cuando la pieza dentaria necesita ser tratada en todas sus caras al mismo tiempo, la técnica restaurativa de elección es la indirecta (Carillas, Incrustaciones y Coronas). Las piezas dentarias tratadas endodónticamente con necesidad de restauraciones amplias o complejas también son tratadas con técnicas indirectas (Perno muñón-corona, Incrustaciones y Endo Crown).

Gracias a las técnicas de restauración directas y las bondades de la adhesión, existe la posibilidad de restaurar en una sesión piezas dentarias que han sufrido una gran pérdida estructural. Antes las grandes restauraciones llevaban largas sesiones de trabajo, varias citas, el uso de varios materiales para toma de impresión, confección de modelos, encerados, colados, revestimientos, etc., sumando eslabones a la cadena de manufacturación del producto final, con la consecuente sumatoria de los valores de distorsión que aporta cada material y cada persona interviniente en el proceso. Con estas técnicas los tiempos se extienden y los valores se elevan.

Tenemos la posibilidad de usar las técnicas digitales de impresión y confección de restauraciones que son excelentes y representan el presente y futuro de la odontología restaurativa indirecta ya que disminuyen mucho el margen de error y de desadaptación, al mismo tiempo que reducen los tiempos de entrega del producto terminado. Mientras el valor de esta tecnología siga siendo alto convivirán las técnicas analógicas y digitales con altos costos de producción.

Hoy los postes de fibra de vidrio, los adhesivos de curado dual, los cementos de curado dual y las reinas de alto contenido de sílice y zirconio nano-particulado nos permiten realizar en una sesión esas restauraciones de grandes proporciones.

En este artículo mostraremos que es posible y confiable confeccionar un perno y corona con los materiales que habitualmente manejamos a diario. Con una técnica mixta (Directa e Indirecta) que aprovecha los beneficios de la adhesión, la foto polimerización y la polimerización dual.

“Chairside Technique”

Este nuevo enfoque de la clásica técnica semi directa propone utilizar un poste de fibra de vidrio para construir un muñón o pilar, para luego confeccionar el casquete sobre el mismo, colocándole previamente una laca espaciadora de secado rápido y fácil remoción, sin llegar ocupar el hombro de la preparación.

Una vez confeccionado el casquete dentinario se realiza la celda palatina que contendrá los lóbulos de dentina para simular mamelones, el halo y la zona traslucida. Pueden ser usados pigmentos extrínsecos como en el caso N°1 o intrínsecos según el resultado que se quiera obtener. Finalmente se confecciona la cara vestibular y se caracteriza.

Cada etapa debe ser polimerizada. Puede removerse la restauración durante la etapa de casquete previamente polimerizada, para facilitar la manipulación del material y el acceso a zonas de difícil acceso de forma directa. El curado final se realizará en una unidad de curado externo de alta potencia.

Finalizada la etapa de polimerización se procederá al pulido y acabado final, esta etapa es una buena oportunidad para crear macro y micro textura, chequear puntos de contactos interproximales y oclusales. Una vez ajustados todos los parámetros se procederá a arenar, lavar y preparar para la adhesión y cementado la superficie interna de la corona y del muñón. El cemento de elección para esta técnica son los de curado

dual y los auto condicionantes. También pueden ser utilizados cementos autocurado, fotocurado y fraguables.

Técnica con pernos anatomizados.



Caso N°1.

Paciente femenina de 22 años de edad que consulta por estética, solicitando información del tratamiento con carillas por la pigmentación que presantan sus piezas dentarias.

El elemento 1.1 se presentaba sin su porción coronaria, tratado endodónticamente, sin signos ni síntomas de problemas periodontales ni priapicales.

Asombrosamente esta pieza dentaria que afectaba más su estética que la pigmentación, no era su mayor preocupación. Luego de la consulta y conociendo los costos de un tratamiento estético integral decide no iniciar dicho tratamiento. Como su situación socio económica no era propicia para ningún tipo de tratamiento costoso y que el elemento 1.1 tenía más indicación de extracción e implante dental. Se le sugiere intentar preservar la pieza a través de un metodo directo de bajo costo. El cual aceptó.



Caso N°1 Control a los 26 meses.

Si bien la higiene de la paciente no fue la mejor y se evidencia en la inflamación gingival, la terminación yuxta-gingival de la preparación favorece el control la placa bacteriana en el margen de la preparación y el control clínico.

Caso N°2 Paciente masculino de 50 años que presenta dos centrales superiores tratados endodónticamente, con indicación de perno y corona, usuario de prótesis parcial removible, con buen estado de salud oral y general, poca disponibilidad de tiempo y presupuesto reducido.

Tratamiento realizado pernos de fibra de vidrio en elementos 1.1 y 2.1 técnica directa, confección de coronas directas/indirectas (Chair Side Technique).



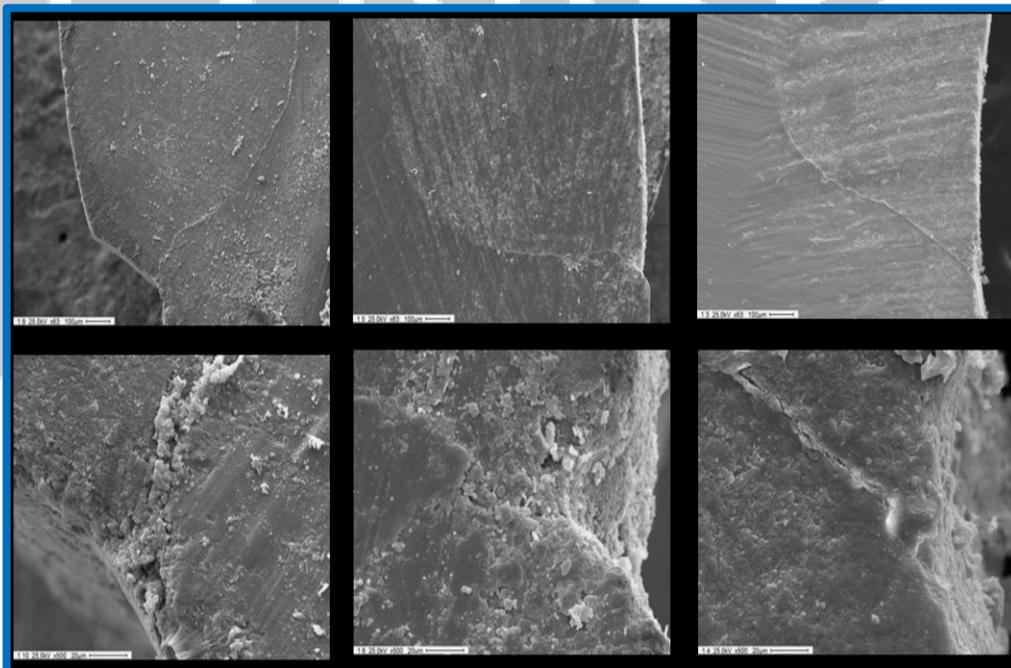
Pascal Magne entre otros nombran la técnica semi directa (Chairside), pero con toma de impresiones y la confección de modelos de fraguado rápido o modelos de silicona.

La técnica aquí descrita utiliza a la pieza dentaria como troquel, y la utilización de una laca espaciadora que permite retirar con mayor facilidad la restauración polimerizada confeccionada in situ.

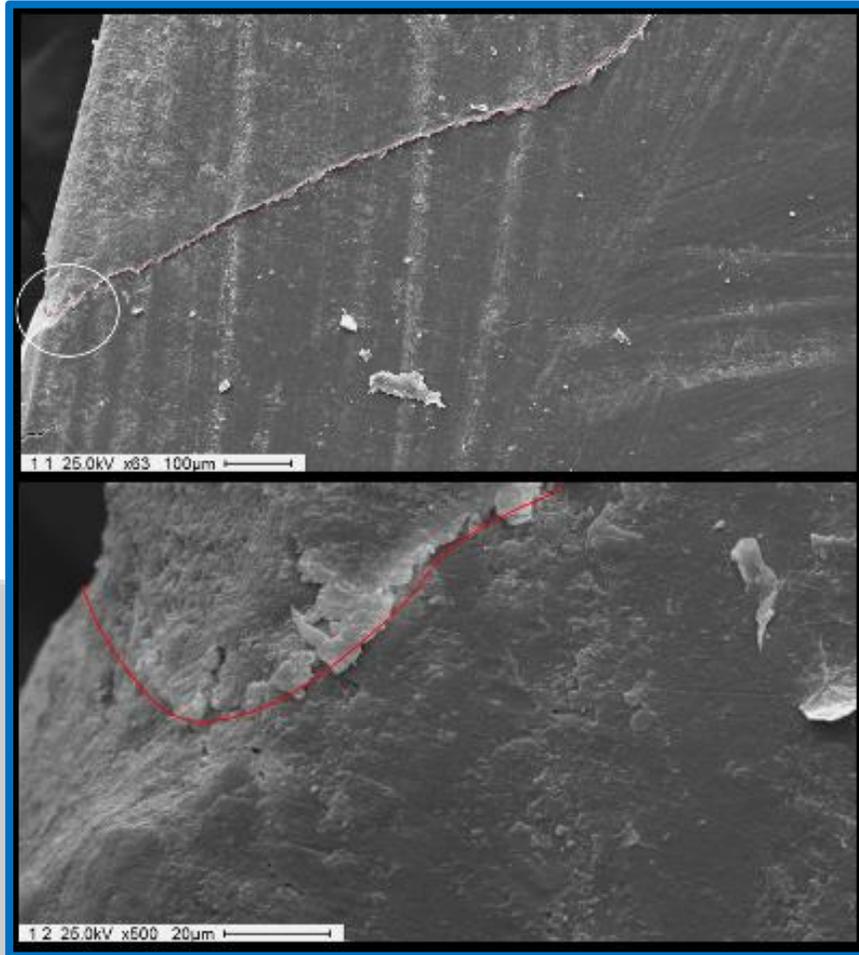
En la imagen siguiente observamos una simulación in vitro de la secuencia de producción de una corona in vivo, que luego será seccionada y analizada en microscopio electrónico para conocer la adaptación o desadaptación que esta técnica presenta en el margen de la preparación.



Técnica in vitro sobre pieza dentaria extraída.



Microscopía electrónica del margen gingival de diferentes tipos de terminaciones con coronas confeccionadas con la técnica directa/indirecta utilizando la pieza dentaria como troquel. Gentileza Dr. Pablo Bianchi FOLP/UNLP.



Detalle de la interfase diente–restauración. Gentileza Dr. Pablo Bianchi FOLP/UNLP.

Luego de analizar diferentes tipos de terminaciones bajo el microscopio electrónico se pudo concluir que el gap de desadaptación confeccionando las restauraciones directamente sobre las piezas dentarias y cementadas en forma indirecta presentan un margen de desadaptación oscila entre los 5um y 15um.

Si el odontólogo general se entrena y desarrolla un protocolo de trabajo que le permita confeccionar en forma directa y en una sesión carillas, incrustaciones, pernos y coronas estará reduciendo tiempos y costos para sus pacientes.

Es importante destacar que el uso de unidades de curado externo aumenta el porcentaje de conversión de las resinas compuestas nano particuladas de alto contenido en sílice y zirconio, que son las más adecuadas para este tipo de trabajo. No son muy costosas y mejoran las propiedades físicas del producto final.

El arenado de la superficie interna de las restauraciones también es importante para mejorar la eficacia del cementado.

Las restauraciones de resinas compuestas y la utilización de postes de fibra de vidrio son muy versátiles, permiten ser restauradas con mayor facilidad, reacondicionadas y reemplazadas con mínimo impacto en la integridad de la pieza dentaria tratada y sus tejidos circundantes. Por sus propiedades físicas ante un trauma o parafunción tienden a actuar como fusible claudicando el material antes que la pieza dentaria, respetando así los principios de la bio-odontología y la IAOMT (International Academy of Oral Medicin and Toxicology).

Cabe aclarar que esta técnica aporta una opción más al universo de tratamientos disponibles y no pretende ser mejor que otras, ni reemplazo de ninguna técnica preexistente.

Bibliografía:

- 1. Magne P, Belser U, Understanding the intact tooth and the biomimetic principle. In: Magne and Belser. Bonded Porcelain Restorations in the Anterior Dentition – A Biomimetic Approach. Quintessence Publishing Co. (Chicago), 23–55, 2002.*
- 2. Manhart J, Chen H, Hamm G, Hickel R, Review of the clinical survival of direct and indirect restorations in posterior teeth of the permanent dentition. Operative Dent 29:481–508, 2004.*
- 3. Wilson NH, Curricular issues changing from amalgam to tooth-colored materials. J Dent 32:3679, 2004.*
- 4. Roeters FJ, Opdam NJ, Loomans BA, The amalgam-free dental school. J Dent 32:371–7, 2004.*
- 5. Morin DL, Douglas WH, et al, Biophysical stress analysis of restored teeth: experimental strain measurements. Dent Mater 4:41–8, 1988.*
- 6. Hood JAA, Methods to improve fracture resistance of teeth. In: Vanherle G, Smith DC, eds. International Symposium on posterior composite resin restorative materials. Symposium sponsored by 3M, St. Paul, Minn., 443–50, 1985.*
- 7. Douglas WH, Methods to improve fracture resistance of teeth. In: Vanherle G, Smith DC, eds. International Symposium on posterior composite resin restorative materials. Symposium sponsored by 3M, St. Paul, Minn. 433–41, 1985.*
- 8. Reeh ES, Douglas WH, Messer HH, Stiffness of endodontically treated teeth related to restoration technique. J Dent Res 68:1540–4, 1989.*
- 9. Linn J, Messer HH, Effect of restorative procedures on the strength of endodontically treated molars. J Endod 20:479–85, 1994.*

10. Blankenau RJ, Kelsey WP, Cavel WT, A direct posterior restorative resin inlay technique. *Quintessence Int* 515-6, 1984.
11. Dietschi D, Moor L, Evaluation of the marginal and internal adaptation of different ceramic and composite inlay systems after an in vitro fatigue test. *J Adhes Dent* 1(1):41-56, 1999.
12. Manhart J, Schmidt M, et al, Marginal quality of tooth-colored restorations in class II cavities after artificial aging. *Oper Dent* 26(4):357-66, July/August 2001.
13. Manhart J, Chen HY, et al, Three-year clinical evaluation of composite and ceramic inlays. *Am J Dent* 14:95-9, 2001.
14. Magne P, Belser UC, Porcelain versus composite inlays/onlays: effects of mechanical loads on stress distribution, adhesion, and crown flexure. *Int J Periodontics Restorative Dent* 23:543-55, 2003.
15. Opdam NJ, Roeters JJ, et al, Microleakage and damage to adjacent teeth when finishing class II adhesive preparations using either a sonic device or bur. *Am J Dent* 15:317-20, 2002.
16. Choi KK, Ryu GJ, et al, Effects of cavity configuration on composite restoration. *Oper Dent* 29:462-9, 2004.
17. Lutz F, Krejci I, Oldenburg TR, Elimination of polymerization stresses at the margin of posterior composite resin restorations: a new restorative technique. *Quintessence Int* 17:777-84, 1986.
18. Ericson D, Dérand T, Reduction of cervical gaps in class II composite resin restorations. *J Prosthet Dent* 65:33-7, 1991.
19. Nikolaenko SA, Lohbauer U, et al, Influence of c-factor and layering technique on microtensile bond strength to dentin. *Dent Mater* 20:579-85, 2004.
20. Magne P, Holz J, Stratification of composite restorations: systematic and durable replication of natural aesthetics. *Pract Periodont Aesthet Dent* 8:61-8, 1996.
21. Magne P, Dietschi D, Holz J, Esthetic restorations for posterior teeth: practical and clinical considerations. *Int J Periodontics Restorative Dent* 16:104-19, 1996.
22. Magne P, Belser U, Immediate dentin bonding. In: Magne and Belser. *Bonded Porcelain Restorations in the Anterior Dentition - A Biomimetic Approach*. Chicago: Quintessence Publishing Co., pages 270-73, 358-63, 2002.
23. Magne P, Immediate dentin sealing: a fundamental procedure for indirect bonded restoration. *J Esthet Restor Dent* 17:144-55, 2005.
24. Besek M, Mormann WH, et al, The curing of composites under Cerec inlays. *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 105:1123-8, 1995.
25. Dietschi D, Olsburgh S, et al, In vitro evaluation of marginal and internal adaptation after occlusal stressing of indirect class II composite restorations with different resinous bases. *Eur J Oral Sci* 111:73-80, 2003.

ivoclar

Acryl-Ar

Importador y Distribuidor Mayorista



Making People Smile



 acrylarsrl

 acrylar



www.acryl-ar.com

ARTÍCULO

LO ESENCIAL EN BLANQUEAMIENTO AMBULATORIO

THE ESSENTIALS OF AT-HOME TEETH WHITENING

Bianchi M; Bianchi P.

Pcia. Buenos Aires. Argentina.

[*micaela.bianchi@hotmail.com*](mailto:micaela.bianchi@hotmail.com)

Facultad de Odontología. UNLP

“Sin conflicto de interés”.

Resumen: *Todos sabemos la importancia que tiene la estética en la vida moderna. La sociedad valora cada vez más la posibilidad de poder sonreír con piezas dentales que muestren una integración de color, forma y armonía. El concepto de dientes sanos y blancos ha simbolizado signos de salud, limpieza y fortaleza, además de ser considerado un símbolo de belleza. Hace 4.000 años, los egipcios utilizaban polvo de huesos, el cual frotaban contra sus dientes con la ayuda de un trapo. Con la abrasión que generaban, lograban una sonrisa más brillante. Las civilizaciones prerromanas enjuagaban sus dientes con orina, debido a su componente de amoníaco, en búsqueda de estética, pero también como evidencia de linaje y posición económica. El descubrimiento del peróxido de hidrógeno en el siglo XIX marcó un avance crucial en el camino de la evolución del blanqueamiento, que hasta el día de hoy sigue desarrollándose. El presente artículo describe el blanqueamiento dental ambulatorio como una técnica de mínima intervención dentro de la odontología estética actual, la enumeración de los agentes blanqueadores y su mecanismo de acción, sus indicaciones y limitaciones, así como los protocolos clínicos, con el fin de lograr la armonía óptica de las piezas dentarias.*

Palabras Clave: *BLANQUEAMIENTO DENTAL AMBULATORIO, ESTÉTICA DENTAL, AGENTES BLANQUEADORES.*

AUTORES

Bianchi, M.

Bianchi, P.

***Summary:** We all know the importance of aesthetics in modern life. Society increasingly values the ability to smile with dental pieces that show an integration of color, shape, and harmony. The concept of healthy, white teeth has symbolized signs of health, cleanliness, and strength, in addition to being considered a symbol of beauty.*

4,000 years ago, the Egyptians used bone powder, which they rubbed against their teeth with the help of a cloth. With the abrasion they generated, they achieved a brighter smile. Pre-Roman civilizations rinsed their teeth with urine, due to its ammonia content, in search of aesthetics, but also as evidence of lineage and economic status.

The discovery of hydrogen peroxide in the 19th century marked a crucial advancement in the evolution of teeth whitening, which continues to develop to this day.

This article describes at-home teeth whitening as a minimally invasive technique within current aesthetic dentistry, outlining the whitening agents and their mechanisms of action, their indications and limitations, as well as clinical protocols, with the aim of achieving optical harmony of the dental pieces.

***Keywords:** AT-HOME TEETH WHITENING, DENTAL AESTHETICS, WHITENING AGENTS.*

Introducción:

El clareamiento o blanqueamiento dental se ha convertido, desde hace ya varios años, en una técnica farmacológica de amplia difusión dentro de la profesión odontológica, debido fundamentalmente a la gran demanda de los pacientes que desean mejorar su coloración dentaria.

Las alteraciones de la armonía óptica en la sonrisa pueden deberse a cambios en el color de las piezas dentarias, originados por causas intrínsecas o extrínsecas. Las causas intrínsecas pueden ser congénitas, como la dentinogénesis imperfecta o la amelogénesis imperfecta, o adquiridas, como las pigmentaciones por fluorosis o tetraciclinas. Las causas extrínsecas pueden estar relacionadas con la dieta, hábitos como fumar, enjuagues medicamentosos o la edad.

El análisis de la coloración es fundamental para determinar el tipo de agente blanqueador a utilizar, su concentración y el pronóstico del tratamiento. Las pigmentaciones recientes son más susceptibles al blanqueamiento, mientras que las permanentes tienen un pronóstico reservado.

Existen limitaciones clínicas para la técnica de blanqueamiento ambulatorio, como la presencia de manchas de tetraciclinas de grado 3 y 4, fluorosis intensas, hipersensibilidad, piezas dentarias con pulpa joven y cámara pulpar amplia, hipoplasias severas del esmalte, grietas y pigmentaciones por amalgama. También está contraindicado realizar blanqueamientos en pacientes embarazadas, ya que no existe respaldo científico que avale su seguridad en este contexto. A diferencia del blanqueamiento profesional o microabrasión, en este caso será siempre el paciente quien aplique el producto sobre la superficie de los dientes, después de haber sido informado e instruido adecuadamente por el profesional. El tratamiento de blanqueamiento dental ambulatorio está considerado como el más predecible y seguro, al utilizar peróxidos a baja concentración. Estos deben ser otorgados por el odontólogo, quien administrará su uso.

Materiales y métodos:

Los agentes blanqueadores utilizados en la actualidad son el peróxido de hidrógeno, el peróxido de carbamida y el perborato de sodio. Estos agentes actúan a través de un mecanismo de oxidación que degrada las moléculas orgánicas complejas responsables del color de las manchas dentales. El peróxido de hidrógeno es el agente activo que inicia este proceso, produciendo moléculas de menor peso molecular y complejidad, lo que resulta en la disminución o clareamiento de la tinción.



Es importante destacar que el peróxido de carbamida y el perborato de sodio se descomponen en peróxido de hidrógeno (agente activo responsable del blanqueamiento) y agua.

Es fundamental controlar el proceso de oxidación para evitar la descomposición excesiva de la matriz orgánica del esmalte, lo que podría provocar la pérdida de proteínas y, por ende, dañar la estructura dental. Por ello, es necesario controlar el tiempo de exposición del sustrato al producto.

El profesional actuante no podrá desconocer estos mecanismos de acción ni ignorar el origen del cambio de color para elegir la técnica más adecuada y lograr el éxito del tratamiento.

En el diagnóstico, se debe incluir el control de la placa bacteriana, la presencia de caries o lesiones periodontales, la textura de las superficies dentarias, las restauraciones preexistentes, la sensibilidad dentaria y el estado de la pulpa.

El blanqueamiento ambulatorio suele utilizarse más en casos donde la alteración del color es de leve a moderada. También es recomendable realizarlo como continuación del blanqueamiento profesional o la microabrasión, con el fin de mejorar los resultados y darles mayor estabilidad y duración (técnica de blanqueamiento combinada).

Antes de iniciar el tratamiento, se debe realizar una anamnesis completa que incluya los datos personales, el motivo de la consulta, los antecedentes (por ejemplo, ingesta de medicamentos durante el embarazo, ingesta de flúor, pacientes embarazadas, sensibilidad dental) y una evaluación de los hábitos (higiene oral, tabaquismo, bulimia). Además, deben considerarse los tratamientos odontológicos previos, como restauradores, endodónticos, tratamientos blanqueadores previos, etc.



La exploración oral general debe evaluar tanto la parte dental como los tejidos periodontales, así como la sensibilidad y vitalidad pulpar.

El siguiente paso es la obtención de registros, que incluye la toma de fotografías pre y post tratamiento, utilizando una escala de colores como guía de referencia (colocando borde a borde con los incisivos).



A continuación, se toman impresiones que servirán para la confección de cubetas o férulas individualizadas. La toma de impresión es un paso fundamental para la correcta confección de las férulas; no solo deben copiar fielmente la parte dental, sino también considerar la gingiva. Los modelos deben confeccionarse en yeso densita o piedra y deben tener forma de "U" o "herradura" para ajustarse adecuadamente al equipo termoformador.

Para las cubetas, se utilizan placas blandas de 0,6 a 0,8 mm de grosor, lo que proporcionará mayor comodidad al paciente y un ajuste superior.

Se utilizarán férulas de arcada completa para lograr una mayor retención en boca. Los márgenes pueden ser festoneados o rectos, pero siempre recortados 1 mm más allá del tercio cervical, adaptando bien las férulas a la encía (lo que minimiza la filtración de saliva).

Con los avances tecnológicos, ahora es posible confeccionar cubetas personalizadas utilizando impresoras 3D, lo que elimina la necesidad de tomar impresiones tradicionales. El proceso comienza con un escaneo intraoral, seguido de un diseño digital y la posterior impresión de la férula. Esto reduce el tiempo y mejora la precisión del ajuste.

El profesional debe comprobar el ajuste de las cubetas en boca, así como explicar al paciente detenidamente cómo procederá con el tratamiento en su domicilio. La aplicación del producto se realiza colocando cantidades muy pequeñas (a modo de gotas, tamaño aproximado a medio grano de arroz o 1/3 de la corona de gel) en el interior de la férula, en cada uno de los dientes que se deseen tratar. El gel

actúa por difusión, por lo tanto, no blanquea más el utilizar una mayor cantidad de producto; por el contrario, este se desperdiciará. Normalmente, se suele aplicar hasta los segundos premolares, tanto superiores como inferiores, o también se opta por blanquear hasta la línea de la sonrisa.





Una jeringa que contiene 1,2 ml de producto debe durar aproximadamente una semana de tratamiento.

Las concentraciones más utilizadas son las de peróxido de carbamida al 10%, 16% y 22%.

Las concentraciones menores requieren más tiempo para blanquear, logrando los mismos resultados, pero sin producir sensibilidad.

Colocadas las cubetas en boca y habiendo retirado los excesos, si es necesario, el paciente no podrá comer ni beber.

Tras el periodo de tiempo indicado por el profesional (entre 2 y 4 horas como máximo), el paciente se quitará las férulas y se cepillará los dientes como habitualmente lo hace. Luego, debe limpiar las cubetas siempre con agua tibia o fría, nunca con agua caliente, ya que podrían deformarse, perdiendo ajuste. La conservación ideal de las jeringas de peróxido es en la heladera, excepto la que se esté utilizando, evitando que les dé la luz directa del sol o las altas temperaturas.



El tratamiento de blanqueamiento ambulatorio se dará por concluido cuando se obtenga el color de los dientes de referencia y se logren valores iguales en dos revisiones

consecutivas, ya que, en ese momento, por mucho más blanqueamiento que se realice, ya no se logrará mejoría. A esto se le llama "punto de saturación".

La duración del tratamiento y el número de jeringas utilizadas variará dependiendo de la coloración inicial de los dientes del paciente, así como el producto utilizado, su concentración y la frecuencia con la que se aplique.

Las cubetas podrán ser utilizadas posteriormente para aplicar el gel a modo de mantenimiento y así evitar recidivas de color. Junto con una buena higiene diaria, esto puede ayudar a mantener los resultados obtenidos a largo plazo. Se estima

que la duración del blanqueamiento es de aproximadamente dos años, antes de que sea necesario realizar un mantenimiento.

Al finalizar el blanqueamiento ambulatorio, se deben pulir los dientes sometidos al blanqueo con discos de medios a finos. Luego, se deben pasar gomas siliconadas y, por último, colocar flúor neutro en la cubeta del paciente. De esta manera, se realiza un correcto sellado de la superficie dentaria.

Las resinas pueden colocarse recién 15 días después de finalizado el blanqueo, para que el sustrato haya liberado todo el oxígeno residual.

Está comprobado que cuanto más tiempo permanece el producto en boca, mayor es la disminución de su efectividad, además de que se generan más radicales libres, lo que conlleva mayor sensibilidad.

A día de hoy, los mecanismos de la sensibilidad dental después del blanqueamiento externo aún no se han determinado completamente, pero se sabe que los mediadores inflamatorios desempeñan un papel importante. Los pacientes pueden experimentar sensibilidad con dolor espontáneo al frío e intermitente, que puede durar hasta un día después del tratamiento. El ibuprofeno es un AINE que inhibe la ciclooxigenasa (COX), impidiendo la síntesis de prostaglandinas. Este AINE es ampliamente utilizado como pre y postmedicación para el tratamiento de blanqueamiento.

Si la sensibilidad es de leve a moderada, se suspende el tratamiento durante 24 horas, luego se retoma y se controla. Si la sensibilidad es mayor, se debe suspender el tratamiento y, si es necesario, administrar ibuprofeno y pastas desensibilizantes. No se deben usar este tipo de pastas durante el blanqueamiento.



Para recuperar la estructura del esmalte, se recomienda el uso de remineralizantes. En los últimos años, los avances en estos productos han llevado a la creación de compuestos más efectivos en menor tiempo, que combinan ingredientes inorgánicos, biocerámicas y macrominerales.

Conclusiones:

En la actualidad, el tratamiento ambulatorio con cubetas individualizadas es la opción más elegida para realizar clareamientos dentales. En la mayoría de los pacientes, resulta ser muy cómodo, con resultados excelentes, seguros y estables a lo largo del tiempo.

Este tratamiento requiere la colaboración activa del paciente y un diagnóstico adecuado realizado por el profesional. La confección de unas buenas cubetas es fundamental para obtener los mejores resultados, siendo uno de los aspectos a los que se debe prestar mayor atención.

El número total de jeringas variará según cada paciente.

El blanqueamiento dental ambulatorio es una técnica efectiva y segura para mejorar la estética, siempre y cuando se realice bajo la supervisión profesional y se sigan las instrucciones adecuadas. Además, se puede indicar como continuación de un blanqueamiento profesional o microabrasión, para maximizar la eficacia y estabilidad de los resultados a largo plazo.

Bibliografía:

- Hirata, R., & Higashi, C. (2012). *Blanqueamiento dental: conceptos y sustancias blanqueadoras*. Editorial Médica Panamericana.
- Iturralde, J., Giraldez, I., Llambés, G., Amengual, J., Oteo, J., & Creagh, J. (2018). *Libro Blanco de Blanqueamiento Dental*. Editorial Aral. Impresión: GRÁFICAS SANTHER, S.L. ISBN: 978-84-09-07881-3. Depósito legal: M-42001-2018.
- Sundfeld, D., Pavani, C. C., Pavesi Pini, N. I., Machado, L. S., Schott, T. C., Bertoz, A. P. M., & Sundfeld, R. H. (2019). *Esthetic recovery of teeth presenting fluorotic enamel stains using enamel microabrasion and home-monitored dental bleaching*. *Journal of Conservative Dentistry*, 22(4), 401-405.
https://doi.org/10.4103/JCD.JCD_77_19. PMID: 31802828; PMCID: PMC6873608.
- *Protocolos de trabajo establecidos por la Asignatura Operatoria Dental B de la Facultad de Odontología. Universidad Nacional de La Plata (UNLP).*

ARTÍCULO

CLAREAMIENTO DENTAL Y SU RELACIÓN CON LA SENSIBILIDAD INTRAOPERATORIA

DENTAL CLEARING AND ITS RELATIONSHIP WITH INTRAOPERATIVE SENSITIVITY

Aberastain, L; Bianchi, P; Di Carlo, NB; La Gioiosa, M; Zornetta, M
dicarlonina@gmail.com

Facultad De Odontología. UNLP.

“Sin conflicto de interés”

Resumen: El objetivo de este trabajo es hacer una revisión de casos clínicos de clareamiento dental y su relación con la sensibilidad intraoperatoria. Este trabajo fue llevado a cabo en la Asignatura de Operatoria Dental B de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata. En todos los casos clínicos fue usado el agente blanqueador de marca “Opalescence” en las concentraciones del 10%, 15% y 20%. Se seleccionaron 49 pacientes, de estos 31 pacientes no presentaron sensibilidad intraoperatoria y 18 presentaron sensibilidad. La mayor prevalencia de sensibilidad fue sobre 8 pacientes que utilizaron el agente en la concentración al 20%, 7 presentaron sensibilidad en la concentración al 15% y 5 al 10%. El 37% de los pacientes atendidos presentó sensibilidad intraoperatoria.

Dentro de los pacientes que tuvieron sensibilidad, el 44% utilizaron el agente blanqueador en la concentración del 20%, el 39% utilizaron el agente blanqueador al 15% y el 17% utilizaron el agente blanqueador al 10%. El tiempo de tratamiento no es una diferencia significativa en relación a la sensibilidad dental. A mayores concentraciones del agente blanqueador disminuyen los tiempos de clareamiento intraoperatorios pero al mismo tiempo se eleva la sensibilidad dental.

Palabras Claves: BLANQUEAMIENTO DENTAL, SENSIBILIDAD, BLANQUEAMIENTO AMBULATORIO.

Abstract: The objective of this work is to review clinical cases of dental whitening and its relationship with intraoperative sensitivity. This work was carried out in the Subject of Dental Operation B of the Faculty of Dentistry of the National University of La Plata. In all clinical

AUTORES

Aberastain, L;
 Bianchi, P;
 Di Carlo, NB;
 La Gioiosa, M;
 Zornetta, M

cases, the brand whitening agent “Opalescence” was used in concentrations of 10%, 15% and 20%. 49 patients were selected, of these 31 patients did not present intraoperative sensitivity and 18 presented sensitivity. The highest prevalence of sensitivity was in 8 patients who used the agent at the 20% concentration, 7 presented sensitivity at the 15% concentration and 5 at 10%. 37% of the patients treated presented intraoperative sensitivity. Among the patients who had sensitivity, 44% used the bleaching agent at the concentration of 20%, 39% used the bleaching agent at 15%, and 17% used the bleaching agent at 10%. Treatment time is not a significant difference in relation to tooth sensitivity. At higher concentrations of the whitening agent, intraoperative whitening times decrease but at the same time dental sensitivity increases.

Keywords: *TEETH WHITENING, SENSITIVITY, OUTPATIENT WHITENING*

Introducción: *Al momento de abordar un aclaramiento dental es crucial saber las consecuencias que puede llegar a causar, entre ellas la sensibilidad dental, por lo que es crítico que el profesional y por lo tanto el paciente estén informados de los tiempos operatorios y la sensibilidad intraoperatoria que puede llegar a causar el tratamiento.*

El control de sensibilidad en el aclaramiento dental forma parte de una estrategia más amplia de la salud bucal preventiva.

Al usar agentes blanqueadores a menores concentraciones, no solo evitará la sensibilidad intraoperatoria, sino que también evitará daños en los tejidos dentarios, lo que contribuye a mantener la salud bucal de los pacientes a largo plazo.

El blanqueamiento dental es un procedimiento utilizado para devolver estética en casos clínicos donde las piezas dentarias se han oscurecido por la incorporación de pigmentos en la alimentación, el envejecimiento dentinario u otros factores.

El clareamiento ambulatorio sobre piezas dentarias naturales sanas es una práctica clínica frecuente, segura y eficaz. Esta práctica se realiza mediante la utilización periódica de dispositivos intraorales llamados cubetas que contienen un gel de peróxido de carbamida al 10%, 15% o 20% según la indicación del profesional y la marca comercial. La sensibilidad dental es referida por los pacientes como un malestar o dolor y continúa siendo uno de los efectos secundarios de éste tratamiento. En este trabajo se realizó sobre pacientes atendidos en la Asignatura de Operatoria Dental B de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata.

Metodología:

Se seleccionaron 49 pacientes para éste estudio clínico. Los criterios de inclusión fueron: edad mayor de 18 años, buena salud general, la totalidad de las piezas dentarias superiores e inferiores libres de caries y salud gingival. Color A3 o más oscuro. Fueron excluidos pacientes con sensibilidad, con restauraciones deficientes o con restauraciones en sector anterosuperior y anteroinferior; dientes con oscurecimiento severo (pacientes tratados con tetraciclinas, fluorosis o tratamientos endodónticos), o con otro tipo de patología bucal. El tratamiento se inició luego de la firma del consentimiento informado.

Se realizó la toma de color preoperatoria a todos los pacientes con la escala colorimétrica de Vita Master 3D. Se tomó impresión superior e inferior para la confección de cubetas con placas blandas de entre 0,6 a 0,8 mm de espesor (Fig. 1-2). Todos los pacientes colocaron el agente blanqueador en el centro de la cara vestibular de la cubeta y lo utilizaron de manera nocturna.



Fig. 1 y 2

Objetivos:

Comparar las diferentes concentraciones de gel de peróxido de carbamida y su asociación a la sensibilidad dental.

Resultados:

Los pacientes fueron evaluados semanalmente durante el tratamiento, en el que observamos que de los 49 pacientes evaluados, 31 pacientes no presentaron sensibilidad intraoperatoria (Fig. 3) ante el tratamiento y 18 presentaron sensibilidad. No existieron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres.

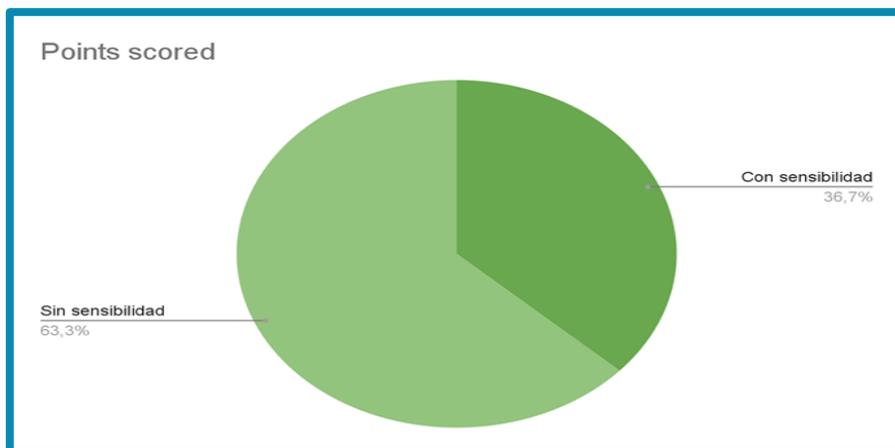


Fig. 3

La mayor prevalencia de sensibilidad fue sobre 8 pacientes que utilizaron el agente en la concentración al 20%, 7 presentaron sensibilidad en la concentración al 15% y 5 al 10% (Fig. 4).

Ante ningún caso de sensibilidad fue necesario la utilización de desensibilizantes o de la interrupción del tratamiento. El tiempo de tratamiento no resultó ser una diferencia significativa en relación a la sensibilidad dental utilizando el mismo porcentaje del agente.

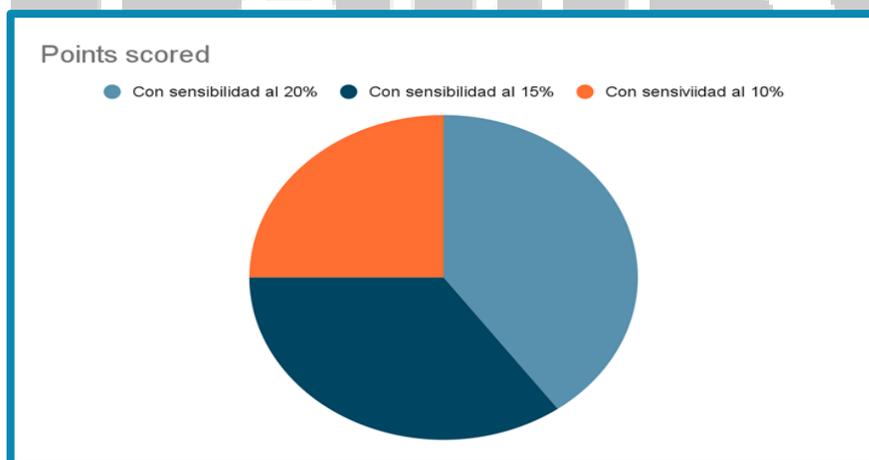


Fig. 4

Discusión:

A mayores concentraciones del agente blanqueador disminuyen los tiempos de clareamiento intraoperatorios pero al mismo tiempo se eleva la sensibilidad dental, por

lo que es decisión del paciente y del profesional establecer estos criterios y así planificar un tratamiento acorde a los requerimientos individuales (Fig. 5-6-7).



Fig. 5-6-7

Contribución del trabajo al sistema de salud:

El abordaje de esta experiencia fortaleció al Sistema de Salud brindado en la Facultad de Odontología perteneciente a la Universidad Nacional de La Plata, permitiéndonos obtener resultados sobre la asociación entre el blanqueamiento ambulatorio y la sensibilidad dental.

Conocer las probabilidades a manifestarse sensibilidad intraoperatoria en estos tratamientos, eleva los resultados de los mismos estableciendo pronósticos, y en consecuencia tratamiento de la sensibilidad en los casos que sean necesarios.

Bibliografía:

- Geissberg, Marc. (2012). *Odontología Estética en la Práctica Clínica*". Editorial Amolca.
- Kohen, S., Varas, A., & Jadad, E. (2024). *Estética y blanqueamiento dental en la era digital*.
- Barrancos, J. C. (2007). *Adhesión dental*. En J. C. Barrancos (Ed.), *Odontología restauradora: Fundamentos y técnicas* (pp. 235-260). Editorial Médica Panamericana.

Jota
+ SWISS MADE

Acryl-Ar
Importador y Distribuidor Mayorista



CASO CLÍNICO

RESTAURACIONES ESTÉTICAS EN EL SECTOR ANTERIOR: MATRIZ DE LLAVE DE SILICONA MODIFICADA.

THE CHALLENGE OF AESTHETIC RESTORATIONS IN THE ANTERIOR SECTOR: MODIFIED SILICONE KEY MATRIX

Autores: Di Pietro, M.F; Aguilera Toja F; Fernández R; Sarco, R.

dipietrom@fop.unlp.edu.ar

Facultad de Odontología. Unlp.

“Sin conflicto de intereses”

Resumen: Las lesiones de clase IV (Black) o 2.4 (Mount y Hume) se caracterizan por estar ubicadas en las caras proximales de incisivos y caninos, afectando sus ángulos. Su etiología más frecuente son los traumatismos, aunque pueden ser causadas por caries, obturaciones filtradas de caries proximales extendidas o defectos del esmalte y al considerarse complejas el uso de matrices para su restauración es indispensable. A veces el punto de contacto está tan afectado que la cuña no nos permite una correcta adaptación de la matriz, entonces la llave de silicona es de elección; e introduciendo la modificación por medio del recorte con bisturí del ángulo afectado, agilizamos la clínica en lesiones donde antes debíamos trabajar con 2 modelos y encerado progresivo.

Palabras claves: CLASE IV, MATRICES; LLAVE DE SILICONA; ESTETICA

Abstract: Class IV (Black) or 2.4 (Mount and Hume) lesions are characterized by being located on the proximal faces of incisors and canines, affecting their angles. Its most frequent etiology is trauma, although they can be caused by caries, filtered restorations of proximal caries extended or enamel defects and being considered complex the use of matrices for their resolution is indispensable. Sometimes the contact point is affected that is does not allow us a correct adaptation of the matrix, the silicone key is of choice and introducing the modification cutout of the affected angle with a scalpel, we speed up the clinic in lesions where before we had to work with 2 models and progressive waxing.

AUTORES

*Di Pietro M.F;
Aguilera Toja F;
Fernández R;
Sarco, R.*

KEYWORDS: CLASS IV, MATRICES; SILICONE KEY; AESTHETICS

Introducción: Las lesiones de clase IV (Black) o 2.4 (Mount y Hume) se caracterizan por:

- Estar ubicadas en las caras proximales de incisivos y caninos, afectando sus ángulos incisal.
- Su etiología más frecuente son los traumatismos, aunque pueden ser causadas por caries, obturaciones filtradas de lesiones proximales que se extienden hacia el ángulo o defectos del esmalte
- Se presentan con mayor frecuencia en los ángulos mesiales, ya que la relación de contacto se encuentra más próxima al borde incisal y al considerarse complejas, el uso de matrices para su restauración es indispensable.

Existen varios tipos de matrices: metálicas, ángulos preformados o individualizadas como las de llave de silicona.

En casos donde el punto de contacto está afectado de forma tal que la cuña no nos permite una correcta adaptación, estas últimas son las de elección e introduciendo la modificación por medio del recorte con bisturí del ángulo afectado, agilizamos la clínica en lesiones donde antes debíamos trabajar con 2 modelos y encerado progresivo

Se trata de buscar mejorar la estética de la forma más simple

Materiales y métodos: Caso clínico atendido por los alumnos de 4 año con supervisión de los docentes.

Paciente de 14 años, con una lesión en el incisivo lateral (1.2), en cara mesial, abarcando vestibular, palatino e incisal.

Al interrogatorio el padre relata que su hijo "tenía una caries, le hicieron un arreglo, pero se salió ". También nos cuenta que era víctima de bullying de parte de sus compañeros de escuela.

Se decide realizar una gingivoplastía para descubrir la lesión pudiendo así aislar y restaurar correctamente, ya que la caries se había extendido subgingivalmente. Para la correcta adaptación gingival se decide usar una matriz de llave de silicona modificada ya que consideramos que es la más indicada al existir un pequeño diastema.



Foto 1

Se decide realizar una gingivoplastia con bisturí eléctrico en la papila mesial del Incisivo lateral superior (1.2) ya que la lesión se ubica por debajo de la misma, dificultando la aislación y futura restauración.

Se limpia la cavidad con una fresa redonda a baja velocidad y se coloca ionómero vítreo de tipo II de restauración (Fuji II LC- GC). Se lo cita a la semana siguiente ya que al utilizar el electro-bisturí, continuaba habiendo hemorragia.



A la siguiente citación (transcurrida una semana) se toma la impresión con silicona masa y se recorta la matriz de la siguiente forma: por mesial se hace un corte derecho desde incisal a gingival para poder introducir una tira de acetato y en palato-mesial se redondea, eliminando el reborde producido por la lesión y nivelando la pared palatina

Foto 2

Se aísla de canino a canino. Se retira la restauración provisoria con fresa redonda y se realiza en decorticado y chamfer como terminación y se posiciona la matriz.



Foto 3

Luego de la técnica adhesiva se comienza a restaurar con la técnica incremental desde palatino. Una vez que la pared está terminada se completa hacia incisal y ya podemos retirar la llave de silicona, manteniendo la tira de acetato



Se coloca el corazón de dentina con un composite opaco, tratando de formar los lóbulos. Se completa con un composite micro híbrido la pared vestibular. (Adhesivo y Resina FGM-Group)

Foto 4

Se retira la aislación, se realiza el control de la oclusión, terminación con piedras de grano fino y pulido con discos softlex.



Foto 5

Conclusión: Para concluir, las lesiones de clase IV, caracterizadas por su ubicación en las caras proximales de incisivos y caninos y frecuentemente causadas por traumatismos, requieren un abordaje meticuloso debido a su complejidad. La elección de matrices adecuadas, como las de llave de silicón modificada, y la implementación de técnicas como la gingivoplastia y la restauración incremental, son esenciales para garantizar resultados estéticos y funcionales óptimos.

En el caso clínico presentado, el uso de técnicas adecuadas y la supervisión de los docentes permitieron restaurar la función y estética del incisivo lateral afectado en un paciente joven. El enfoque integral, que incluyó la adaptación de matrices y el manejo adecuado de tejidos, demostró ser efectivo para abordar lesiones complejas, mejorando así la calidad de vida del paciente.

Bibliografía:

- Gómez Melgarejo D, Calderón Silva H. *Gingivectomía con gingivoplastia en Incisivos superiores [Tesis]*. Perú: Universidad Peruana de los Andes; 2021.
- Lanata EJ. *Operatoria dental*. 2a ed. Buenos Aires: Alfaomega Grupo Editor Argentino; 2011.
- Barrancos Mooney PJ. *Operatoria Dental*. 5a ed. [Lugar de publicación no especificado]: [Editorial no especificada]; 2015.
- Nocchi Conceicao. *Odontología restauradora salud y estética*. 2a ed. Madrid: Editorial Panamericana; 2008.

CASO CLÍNICO

EFICACIA DEL DIGLUCONATO DE CLORHEXIDINA EN LA INHIBICIÓN DE MMPS

EFFICACY OF CHLORHEXIDINE DIGLUCONATE IN THE INHIBITION OF MMPS

Aberastain, L; Di Carlo, Nb; Zornetta, M.

dicarlonina@gmail.com

Facultad De Odontología. UNLP

“Sin Conflicto De Interés”

Resumen: La durabilidad de la unión de las resinas compuestas como material restaurador al tejido dentario es un importante requisito para considerar un éxito al tratamiento odontológico restaurador. Al realizar el acondicionamiento ácido total sobre la dentina, ésta sufre un proceso degradativo. El digluconato de clorhexidine es un fármaco antibacteriano de amplio espectro, el cual tiene la capacidad de inhibir la actividad proteolítica de las enzimas que pueden degradar el colágeno de la capa híbrida. A través del caso clínico desarrollado, secuenciamos el protocolo para la utilización de digluconato de clorhexidine.

Palabras claves: UNIÓN, DIGLUCONATO DE CLORHEXIDINE, ACTIVIDAD PROTEOLÍTICA, COLÁGENO.

Abstract: The durability of the bond of composite resins as restorative material to dental tissue is an important requirement to consider restorative dental treatment a success. When carrying out total acid conditioning on the dentin, it undergoes a degradation process. Chlorhexidine digluconate is a broad-spectrum antibacterial drug, which has the ability to inhibit the proteolytic activity of enzymes that can degrade the collagen of the hybrid layer. Through the clinical case developed, we sequence the protocol for the use of chlorhexidine digluconate.

Keywords: BINDING, CHLORHEXIDINE DIGLUCONATE, PROTEOLYTIC ACTIVITY, COLLAGEN.

AUTORES

Aberastain, L;

Di Carlo, Nb;

Zornetta, M.

Introducción:

Las generaciones de los adhesivos dentales se encuentran en constante evolución, logrando alcanzar altos valores de adhesión en esmalte y dentina, pero las técnicas de acondicionamiento ácido no son iguales para todas las generaciones. Por lo que se dividieron en técnica de grabado ácido selectivo o auto-acondicionante y técnica de grabado ácido total o convencional.

La diferencia entre estas técnicas radica en el acondicionamiento de la dentina mediante la aplicación de un ácido débil cuando se realiza la técnica de grabado ácido selectivo y la aplicación de ácido fosfórico (H_3PO_4) en concentraciones entre el 32 y 37% cuando se realiza la técnica de grabado ácido total.

Esta diferencia tiene asociadas condiciones clínicas posoperatorias muy diferentes. Por lo que una correcta ejecución del procedimiento clínico es absolutamente relevante.

El acondicionamiento ácido del esmalte dental para lograr altos valores de adhesión es único y se encuentra aprobado clínica y científicamente, por lo que resulta de un procedimiento consolidado. Al realizar el acondicionamiento dentinario debemos optar por emplear la técnica de grabado selectivo mediante la aplicación del primer, siendo el tratamiento ácido de la dentina auto-limitante, es decir que el operador no deberá realizar ningún procedimiento adicional para detener el acondicionamiento; o por la técnica de grabado ácido total aplicando ácido fosfórico sobre la dentina, cronometrando el tiempo de aplicación establecido y removiéndolo con un chorro de agua y aire a presión.



Fig. 1

Luego del acondicionamiento en la técnica de grabado ácido total, era frecuente realizar la aplicación del adhesivo dental seleccionado (4ta, 5ta, 7ma o universal) pero actualmente debe agregarse un procedimiento intermedio, la aplicación de digluconato

de clorhexidine en concentraciones que varían entre 0,2 al 2% (Fig. 1). Este procedimiento será crucial para lograr adhesión a largo plazo, ya que inhibe la degradación enzimática por parte de las metaloproteinasas sobre las fibras colágenas.

Descripción del caso:

Paciente femenina, de 19 años de edad presenta lesión cariosa Clase I en pieza dentaria 46 y 47. Se realizó la remoción de la lesión dejando la cavidad limpia en dentina. El protocolo para el acondicionamiento de grabado acido total y la adhesión se realizó de la siguiente manera:

1. Acondicionamiento con ácido fosfórico del esmalte durante 15 segundos y de la dentina durante 5 segundos (Fig. 2).



Fig.2

2. Lavado con chorro de agua y aire a presión durante 40 segundos.

3. Colocar papel tissue sobre la dentina para evitar su resecamiento.

4. Secado con aire a presión a 20 cm de distancia.

5. Remover el papel tissue.

6. Aplicación del digluconato de clorhexidine con micropincel sobre la dentina (Fig. 3-4)



Fig.3

7. Aplicar el adhesivo dental sobre esmalte y dentina con micropincel frotando con ahínco durante 20 segundos.

8. Esperar 1 minuto a la imprimación del adhesivo.

9. Evaporar el solvente mediante la aplicación de aire a presión a 15 cm de distancia.

10. Aplicar una segunda capa del adhesivo dental sobre esmalte y dentina con micropincel frotando con ahínco durante 20 segundos.



Fig.4

11. Evaporar el solvente mediante la aplicación de aire a presión a 15 cm de distancia.

12. Fotopolimerizar el adhesivo según indicaciones del fabricante.

Luego de realizar la técnica de acondicionamiento ácido total y la adhesión a los sustratos dentales se realizó la restauración con resina compuesta, fotocurado de la capa inhibida con glicerina en gel, pulido y control de la oclusión.

Conclusiones:

El uso de digluconato de clorhexidina como parte del protocolo de acondicionamiento ácido total en odontología resulta crucial para la adhesión a largo plazo. La aplicación de éste antiséptico, tras el acondicionamiento con ácido fosfórico, inhibe la degradación enzimática de las fibras colágenas, por parte de las metaloproteinasas, manteniendo estable la unión química mejorando así la durabilidad de la interfaz adhesiva. Con la aplicación de éste fármaco, la adhesión se mantiene inalterable en el tiempo.

Bibliografía:

- Brackett WW, et al. Effects of chlorhexidine on the preservation of hybrid layer integrity in vivo. Rev OACTIVA UC. 2006;5(3):69-75.
- Barrancos JC. Adhesión dental. En: Barrancos JC, editor. Odontología restauradora: Fundamentos y técnicas. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2007. p. 235-60.
- Hebling J, et al. Incorporation of chlorhexidine in the dental adhesive protocol to reduce hybrid layer degradation. J Adhes Dent. 2006;8(2):83-88.
- Perdigão J. Adhesión dental: Principios y aplicaciones clínicas. Sao Paulo: Artes Médicas; 2016.

POR OTRAS RAMAS DE LA ODONTOLOGIA

La operatoria dental, en constante evolución, se nutre de los avances en otras áreas de la odontología.

La incorporación de materiales biocompatibles y estéticos, impulsada por la odontología restauradora, ha revolucionado las técnicas de restauración.

La digitalización, presente en la ortodoncia y la implantología, ha llegado a la operatoria dental, permitiendo diagnósticos más precisos y tratamientos más personalizados.

La biomimetización, inspirada en la naturaleza, busca restaurar los dientes de manera más biológica, en sintonía con los principios de la periodoncia.

La operatoria dental es un campo dinámico que se enriquece con los aportes de otras especialidades, ofreciendo un abanico de posibilidades para el cuidado integral de la salud oral.

Staff del Lado B

**CASO
CLÍNICO**

**TRATAMIENTO INTEGRAL EN AGENESIA DE
INCISIVOS LATERALES Y TRAUMATISMO EN
CENTRALES**

**COMPREHENSIVE TREATMENT OF LATERAL INCISOR AGENESIS
AND TRAUMA IN CENTRAL TEETH**

Granella, A.

*Ortodontista, Rehabilitador, DSD instructor y KOL
Departamento de Cirugía oral e implantología. Universidad Ciencia de la
Salud, Universidad Católica San Antonio de Murcia, Murcia España.*

Resumen: *en casos complejos en donde debemos trabajar en el sector anterior igualando formas y colores dentarios. Existen muchas alternativas de tratamiento para solucionar estos casos, en donde DSD (digital Smile Design) es la herramienta más potente de diagnóstico planificación y motivación para nosotros como odontólogos para el laboratorio y nuestros pacientes. A través de la filosofía DSD mejora y optimiza la comunicación con el laboratorio y nos genera una visualización global del tratamiento y de sus distintas soluciones. Basando en el diagnóstico y planificación en el análisis facial de manera dinámica.*

Palabras Claves: *DSD (DIGITAL SMILE DESIGN), IMPLANTE, PILARES DE ZIRCONIA PERSONALIZADOS, PRÓTESIS SOBRE IMPLANTES, CARILLAS DE ZIRCONIA.*

Abstract: *In complex cases requiring anterior aesthetic rehabilitation, where matching tooth shape and color is crucial, multiple treatment options exist. DSD (Digital Smile Design) stands out as the most powerful tool for dentists, laboratories, and patients in diagnosis, planning, and motivation. DSD enhances communication with the laboratory and provides a comprehensive visualization of treatment and its various solutions, based on dynamic facial analysis and diagnosis.*

Keywords: *DSD (DIGITAL SMILE DESIGN), IMPLANT, CUSTOMIZED ZIRCONIA ABUTMENTS, IMPLANTS-RELATED PROSTHESIS, ZIRCONIA VENEERS.*

AUTOR

Granella, A.

Introducción: la evolución del mundo de la odontología va acompañando las necesidades que hoy tienen nuestros pacientes, los cuales hoy no solo buscan una respuesta a su padecer tanto de su problema dentario sino también de lo que esto impacta en su vida, los medios de comunicación hacen que ellos tengan una presión social que se traslada a nuestra consulta.

A través de DSD se evalúa al partir del rostro, el cual guía el tratamiento, obtenido así resultados con una funcionalidad excelente y una estética muy superior.

Información de los pacientes según filosofía DSD, nos da la posibilidad que a través de imágenes 2D podamos tener un pensamiento 3D, para ello necesitamos tomar fotografías y videos.

Fotos: frontal en sonrisa y con retractor, fotos 12 hs intraorales oclusal, perfil facial en sonrisa y reposo.

Video: es la parte fundamental para el diagnóstico y planificación ya que de esta manera podemos observar la dinámica labial, en reposo y sonriendo, podemos grabar los movimientos mandibulares del paciente etc.

Escaneo de los maxilares, de la oclusión y hoy en día del rostro del paciente.

Luego podemos trabajar sobre estas fotografías y trazar líneas de referencias que orientan el análisis y diseño de las estructuras intraorales guiadas por el rostro.

Los elementos principales son: línea media dentaria vs facial, plano oclusal, curva de la sonrisa, proporción dentaria, curva gingival, altura de la papila.

Con una regla digital calibrada sobre las medidas reales del paciente serán transferidas a las fotos y a las imágenes de los scanners, de esta manera trabajamos conjuntamente con el laboratorio con medidas reales.

De esta manera podemos llegar a un diseño sólido y realista que a través del mock up podemos transferir al paciente.

Presentación del Caso:

Paciente femenino de 20 años de edad que concurre a la consulta con discomfort de su estética dental, y la no resolución de su tratamiento previo. La paciente relata que no le gustaba el espacio entre los centrales, que a causa de la agenesia de sus incisivos laterales le colocaron un implante en elemento 12, luego de eso se le oscureció el elemento 11.

Luego de el examen clínico se solicitaron exámenes complementarios, Rx. panorámica, Tele Rx. perfil y sus trazados cefalométricos. En esta primera etapa la paciente por pudor no permitía que se le realizaran fotos, por este motivo no podemos mostrar el estado inicial. Como primera opción se colocó ortodoncia convencional para distribuir los espacios. Inmediatamente al retiro de la aparatología se coloca resina por distal de los incisivos centrales para cerrar los espacios generados por la ortodoncia. En este estadio la paciente accede a sacarse fotos para el diseño del tratamiento.

Como segunda medida se realizó la remoción de la corona del implante en elemento 12 colocación de implante en elemento 22 con carga inmediata. Luego de la espera del periodo de óseo-integración, se realiza el proyecto final basado en DSD.



Se decide en conjunto con el Laboratorio realizar 4 coronas en el sector anterior, pilares de zirconio personalizados atornillados, pigmentados. Las pruebas de los mismos y de las futuras coronas se hicieron en base al fresado de las mismas en material plástico, luego de los ajustes los mismos se escanean nuevamente y se obtiene las restauraciones finales con el ajuste perfecto de la estética y función.



El proyecto es probado en su totalidad en boca, con los pilares de Zirconia, y las coronas se fresan primero en una resina (plástico) para comprobar el ajuste intraoral de las mismas.

Al ser un material plástico permite hacer retoques, en cuanto a la macro y micro estética. luego se retiran y se escanean, obteniendo así las coronas con un 100 % de confiabilidad y 100% digital el trabajo. Nótese la translucidez del material de comprobación.





Conclusiones:

- *La filosofía DSD (digital Smile Design) asociada a la evolución de la tecnología, sistemas adhesivos, proporciona una mayor predictibilidad en el tratamiento, permitiendo de*

esta manera que el paciente sienta confianza desde el primer momento al igual que el profesional.



- *La ejecución del trabajo acompañada de la comunicación visual con el laboratorio se torna mucho más sencilla y precisa, disminuyendo pruebas, tiempo de sillón.*
- *DSD facilita la comunicación fluida con el laboratorio e interdisciplinario de manera eficaz y sencilla.*
- *Permite la visualización 3D del tratamiento a partir de un proyecto en 2D*
- *Hoy en día cuenta con miles de formas dentarias escaneadas, de esta manera trabajamos con formas*

dentarias anatómicamente naturales, esto da como consiguiente la adaptación automática al rostro.

- *Toma como punto de partida el análisis del rostro, a partir del cual se toman las decisiones de tratamiento, estética dentaria.*
- *El trabajo con un laboratorio preparado en esta filosofía es vital. •*



Acryl-Ar

Importador y Distribuidor Mayorista

LAS MEJORES MARCAS EN UN SOLO LUGAR



ivoclar

angelus

vhf
CREATING PERFECTION

Carestream
DENTAL

WOODPECKER

jota
SWISS MADE

FKG
swiss endo

Deltajet
Agujas/Endodoncia

Bausch
Made in Germany

FGM
DENTAL GROUP

DMG
DENTAL MILESTONES GUARANTEED

SCHEU
Dental Technology

phrozen

Dedeco

BMS
DENTAL

Shinye
Orthodontics Solutions

Silent Air

SHOFU
Japan

ATEC
Pure Medical Air

FANTA
DENTAL MATERIALS

Aidite

RHJC
MICRO MOTOR HANDPIECE

Full Ceram

makertechLabs
—prizma—

SciCan

acrylarsrl

acrylar

www.acryl-ar.com

LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO TEMPRANO EN LESIONES NEOPLÁSICAS DE LA CAVIDAD ORAL

THE IMPORTANCE OF EARLY DIAGNOSIS IN NEOPLASTIC LESIONS OF THE ORAL CAVITY

*Autores: Molina, MI; Arcuri, A; Arcuri, M; Ferro, M; Levalle, MJ;
Mayocchi, KA; Serafino, B.*

CRIT (Comité Regional de Investigación Tumoral)

comité.tumoral.folp@gmail.com

Facultad de Odontología. UNLP

“Sin Conflicto De Interés”

Resumen: *El cáncer oral representa una importante carga de enfermedad a nivel mundial, especialmente en países en desarrollo. A pesar de los avances en el tratamiento, la detección temprana sigue siendo clave para mejorar el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes. Se realizó una revisión exhaustiva de la literatura científica sobre el cáncer oral. Se analizaron los principales factores de riesgo, las características clínicas y las opciones de diagnóstico. Resultados: El consumo de tabaco y alcohol, la infección por VPH y el trauma crónico de la mucosa oral se identificaron como los principales factores de riesgo. El diagnóstico precoz se asocia con mejores tasas de supervivencia y tratamientos menos invasivos. La detección temprana se ve obstaculizada por factores como la ausencia de síntomas en etapas iniciales y a la falta de acceso a servicios de salud. Discusión: El odontólogo juega un papel fundamental en la detección temprana mediante la realización de exámenes bucales rutinarios. La educación del paciente y la implementación de nuevas herramientas diagnósticas pueden mejorar la detección precoz. Los exámenes bucales regulares y la autoexploración oral por parte de los pacientes se reconocen como*

ARTÍCULO

AUTORES

Molina, MI;

Arcuri, A;

Arcuri, M;

Ferro, M;

Levalle, MJ;

Mayocchi, KA;

Serafino, B;

excelentes medidas preventivas. Conclusión: El cáncer oral es una enfermedad prevenible y tratable si se detecta a tiempo. La colaboración entre profesionales de la salud, la implementación de programas de prevención y la educación de la población son fundamentales para reducir la morbilidad y mortalidad asociadas a esta enfermedad.

Palabras clave: CÁNCER ORAL, FACTORES DE RIESGO, DIAGNÓSTICO TEMPRANO.

Abstract: *Oral cancer represents a significant global health burden, particularly in developing countries. Despite advancements in treatment, early detection remains crucial for improving patient prognosis and quality of life. This review comprehensively examined the scientific literature on oral cancer, analyzing key risk factors, clinical characteristics, and diagnostic options. Results: Tobacco and alcohol consumption, HPV infection, and chronic mucosal trauma were identified as primary risk factors. Early diagnosis is associated with higher survival rates and less invasive treatments. Barriers to early detection include the absence of symptoms in early stages and limited access to healthcare. Discussion: Dentists play a pivotal role in early detection through routine oral examinations. Patient education and the implementation of novel diagnostic tools can enhance early detection. Regular oral examinations and self-oral examinations by patients are recognized as effective preventive measures. Conclusion: Oral cancer is a preventable and treatable disease when detected early. Collaboration among healthcare professionals, the implementation of prevention programs, and public education are essential to reduce the morbidity and mortality associated with this disease.*

Keys Words: ORAL CANCER, RISK FACTORS, EARLY DIAGNOSIS.

Introducción: *según la OMS (2015) las enfermedades no transmisibles (ENT) son hoy responsables de la mayoría de las muertes en el mundo y se espera que el cáncer se ubique como la principal causa de muerte, presentándose como el obstáculo más importante que impide el aumento de la expectativa de vida. Relevamientos recientes muestran que, el cáncer, es la primera o segunda causa principal de muerte antes de los 70 años, en 91 de 172 países relevados; ocupando el tercer o cuarto lugar en otros 22 países.¹*

El cáncer oral puede definirse como aquella neoplasia maligna desarrollada a partir de la mucosa bucal, comprendiendo las siguientes áreas: labios y comisura labial, mejillas, piso de boca y lengua móvil, paladar duro e istmo de las fauces. A nivel mundial la tasa de incidencia estandarizada por edad (ASIR) aumentó ligeramente entre 1990 y 2019, disminuyendo en los hombres y aumentando en las mujeres. El ASIR más alto se

observó en el sur de Asia, asociado posiblemente a los factores predisponentes. Con respecto a los grupos etarios, los mayores casos se dan en hombres y mujeres en los grupos de 60 a 64 años y de 65 a 69 años respectivamente, observando un aumento de la tasa en pacientes menores de 45 años.²

Las neoplasias orales representan un desafío significativo para la salud pública siendo una de las principales causas de morbi-mortalidad a nivel mundial. El carcinoma oral de células escamosas constituye más del 90% de los cánceres orales y su diagnóstico precoz es un factor determinante para mejorar el pronóstico del paciente.³ En 2018, la estimación mundial fue de 177.384 muertes y 354.864 nuevos casos de lesiones cancerosas en los labios y la cavidad bucal.¹¹ La detección temprana de estas lesiones no solo incrementa la tasa de supervivencia sino que también reduce la necesidad de tratamientos invasivos, mejorando la calidad de vida post tratamiento.

El hallazgo clínico más frecuente a nivel oral es el de una úlcera indurada con bordes evertidos y en ocasiones dolorosa, que generalmente se acompaña de adenopatías cervicales. En estadios más avanzados el carcinoma epidermoide puede presentarse bajo 3 formas clínicas³:

- *Morfología endofítica* : conformando una úlcera irregular con bordes evertidos y fondo sucio.
- *Morfología exofítica*: de crecimiento tumoral vegetante irregular e indurado a la palpación.
- *Tipo mixto*: formado por asociación de las dos formas anteriores.

Epidemiología y factores de riesgo: el cáncer oral según los datos de la OMS tiene una alta prevalencia en países en vías de desarrollo, con un impacto notable en Asia meridional. Factores de riesgo bien establecidos como son el consumo de tabaco y alcohol, el hábito de mascar nuez de areca, la infección por el virus del papiloma humano (HPV) y la exposición agentes carcinogénicos como la radiación ultravioleta en caso de cánceres labiales, están asociados con la aparición de neoplasias orales. El tabaco y el alcohol actúan de manera sinérgica aumentando exponencialmente el riesgo.

Se ha establecido el papel causal del virus del papiloma humano (VPH), principalmente de tipo 16, sobre todo en los cánceres que aparecen en la base de la lengua y las amígdalas. La tasa de positividad del VPH entre las neoplasias de la cavidad oral es de aproximadamente el 11 %.⁹ Llama la atención el aumento del porcentaje de cánceres de



cabeza y cuello diagnosticados VPH positivo; que aumentaron por ejemplo, en Estados Unidos, del 16,3% en la década del 80 a más del 72,7% en la década del 2000.⁶

No podemos dejar de mencionar al Trauma Crónico de la Mucosa Oral (TCMO) como un factor de riesgo que comienza a aparecer en la literatura. La irritación mecánica crónica provocada por los elementos dentarios dispuestos en ambas

arcadas, sobre los bordes laterales de la lengua, piezas dentarias rotas, ásperas, restauraciones desbordantes, pulidas deficientemente parecen entrar en juego cuando hablamos de TCMO.⁷ Se suma a estos factores predisponentes la mala higiene bucal, la infección bacteriana es una de las principales causas de inflamación crónica, que facilita el aumento de la proliferación celular, la mutagénesis, la mutación de oncogenes y la angiogénesis. Alteraciones en el microbioma oral provoca una inflamación que impulsa al CCE.⁴

*Resultado de revisiones sistematicas Indican que la infección por *O. gingivalis* y/o *F. nucleatum* desencadena la producción de citocinas inflamatorias y factores de crecimiento en las células de la pulpa dental o las células periodontales, lo que afecta la supervivencia, proliferación, invasión y diferenciación de las células del CCE. Parece ser que estas bacterias y las citocinas que inducen, detienen la diferenciación y estimulan la proliferación e invasión de las células madre que pueblan la pulpa dental o el periodonto.^{5,6} Por otro lado, *Cándida albicans* se asocia estrechamente con lesiones orales potencialmente malignas y malignas por diversas vías, sin embargo aún falta evidencia, el tema aun requiere mucha investigación, particularmente investigación clínica.¹⁰*

La prevención primaria, centrada en la reducción de estos factores es crucial pero, cuando el cáncer ha comenzado, el diagnóstico precoz sigue siendo la clave. Es necesario implementar intervenciones contra los factores de riesgo, concientizar a los individuos a desarrollar buenos hábitos de vida y mejorar las estrategias de prevención.

Ventajas del diagnóstico precoz:

1. *Reducción de costos sanitarios: detectar y tratar neoplasias en sus primeras fases es considerablemente menos costoso que abordar casos avanzados. En las cirugías menores, el menor uso de terapias sumantes y la hospitalización más corta supone una reducción significativa en los costos de tratamiento.*
2. *Mejor pronóstico y supervivencia: la tasa de supervivencia para las neoplasias orales varían drásticamente dependiendo del estadio en el que se diagnostiquen. Cuando el cáncer oral se detecta en su fases iniciales (estadios I y II) la tasa de supervivencia a 5 años supera el 80%; sin embargo en etapas avanzadas (estadios III y IV) esta cifra disminuye considerablemente llegando a algunos casos al menos del 30%.*
3. *Tratamientos menos invasivos: el diagnóstico temprano permite la intervención quirúrgica conservadora, minimizando la necesidad de tratamientos agresivos como son la radioterapia o quimioterapia. En fases avanzadas, el tratamiento puede requerir resecciones extensas que podrían afectar funciones vitales como son la deglución, el habla y la estética facial, impactando negativamente en la calidad de vida del paciente.*

Retos en el diagnóstico temprano: a pesar de las claras ventajas del diagnóstico precoz su implementación efectiva se ve obstaculizada por diversos factores:

1. *Asintomático: en etapas iniciales, muchas neoplasias orales son indoloras y asintomáticas en las primeras fases, lo que hace que los pacientes no busquen atención médica hasta que la lesión ha progresado.*
2. *Falta de reconocimiento clínico: la identificación de lesiones potencialmente malignas como leucoplasias o eritroplasias puede ser dificultosa para profesionales no especializados; esto resalta la necesidad de una mayor formación de odontólogos y médicos generales quienes suelen ser los primeros en evaluar a los pacientes.*
3. *Acceso limitado a la atención médica: en muchas regiones del mundo el acceso a servicios de salud dental y médica está limitado por factores socioeconómicos lo que retrasa la detección y tratamiento.*

Con el propósito de la detección temprana la Sociedad Americana de Cáncer e incluso la Asociación Dental Americana —ADA— sugieren que un examen de cáncer oral es recomendado de ser efectuado por lo menos cada tres años en pacientes entre 20 y 39 años y anualmente en individuos mayores de 40 años, dado que es un cáncer potencialmente prevenible.⁸ Desde el Comité Regional de Investigación Tumoral (CRIT) perteneciente a la Facultad de Odontología de La Plata, adherimos y propiciamos la

idea de que, el control anual de todos los pacientes sin importar su edad, se hace necesario para diagnosticar la enfermedad en estadios tempranos.

Herramientas para la detección precoz: *los avances en tecnología diagnóstica han permitido el desarrollo de nuevas herramientas para facilitar la detección temprana de neoplasias orales; entre las más destacadas se incluyen:*

- *Luz autofluorescente: esta técnica permite identificar áreas sospechosas de la mucosa oral que podrían no ser visibles bajo la iluminación convencional. El tejido afectado por cáncer o displasia presenta una alteración en la autofluorescencia facilitando su localización.*
- *Biopsias guiadas por imágenes: las tecnologías de imagen como la tomografía por coherencia óptica, ayudan a obtener imágenes detalladas de las capas de la mucosa permitiendo una detección más precisa de áreas displásicas o cancerosas .*
- *Marcadores moleculares: la identificación de biomarcadores específicos en la saliva o el tejido pueden ofrecer un diagnóstico precoz no invasivo y mejorar la precisión diagnóstica implementando el examen clínico convencional.*

El papel del odontólogo en la detección temprana: *el odontólogo juega un rol crucial en la detección precoz de neoplasias orales. Durante los exámenes de rutina la inspección sistemática de la cavidad oral debe incluir la evaluación de cualquier anomalía en la mucosa como ulceraciones, cambio en la coloración o engrosamiento inusuales. Las áreas sospechosas deben ser evaluadas más exhaustivamente y si es necesario derivadas a un especialista para biopsia y diagnóstico histopatológico.*



La educación y participación del paciente también es fundamental. Informar a los pacientes sobre los signos de alerta del cáncer oral como úlceras que no sanan, sangrado anormal o dolor persistente, puede facilitar la consulta médica oportuna y mejorar los resultados clínicos.

*Para ello podemos hacer conocer a nuestros pacientes el método de **autoexploración o autoexamen para el cáncer bucal**. Este debe ser sencillo y práctico para que pueda llevarlo a cabo cualquier persona. Quizás el paciente deba ser guiado la primera vez que realice su propia exploración bucal, en una visita al consultorio, frente a un espejo grande. Deberíamos empezar por contarles cuáles son las estructuras normales y fisiológicas, enseñarles texturas al tacto y palpación para luego sugerirle que, si algo de esto varía, deberá concurrir a un consultorio para ser examinado.*

Para el auto examen el paciente deberá sistematizar su método tal como lo hacemos nosotros:

- *Cara y cuello a boca cerrada.*
- *Examen a boca abierta de labios, mejillas, paladar, encía, lengua y piso de boca.*

Confeccionar un folleto explicativo con imágenes que permitan un mejor entendimiento por parte del paciente podría ser una práctica muy recomendada.

Discusión: *El odontólogo juega un papel fundamental en la detección temprana mediante la realización de exámenes bucales rutinarios. La educación del paciente y la implementación de nuevas herramientas diagnósticas pueden mejorar la detección precoz. Los exámenes bucales regulares y la autoexploración oral por parte de los pacientes se reconocen como excelentes medidas preventivas.*

Conclusión: *el diagnóstico precoz de las neoplasias orales es esencial para mejorar la tasa de supervivencia, reducir la morbilidad y optimizar los resultados estéticos y funcionales de los tratamientos. La colaboración entre odontólogos, médicos y especialistas, junto con el uso de herramientas diagnósticas avanzadas es fundamental para garantizar que los pacientes reciban la atención oportuna y adecuada en este contexto. La educación continua y la concientización son los pilares para combatir de manera efectiva esta enfermedad devastadora.*

Referencias:

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. *Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries*. *CA A Cancer J Clinicians*. noviembre de 2018;68(6):394–424.
2. Sun R, Dou W, Liu W, Li J, Han X, Li S, et al. *Global, regional, and national burden of oral cancer and its attributable risk factors from 1990 to 2019*. *Cancer Medicine*. junio de 2023;12(12):13811–20.
3. García-García V, Bascones Martínez A. *Cáncer oral: Puesta al día*. *Av. Odontoestomatol* 2009; 25 (5): 239–248.
4. Chattopadhyay I, Verma M, Panda M. *Role of Oral Microbiome Signatures in Diagnosis and Prognosis of Oral Cancer*. *Technol Cancer Res Treat*. 1 de enero de 2019;18:1533033819867354.
5. Ciani L, Libonati A, Dri M, Pomella S, Campanella V, Barillari G. *About a Possible Impact of Endodontic Infections by Fusobacterium nucleatum or Porphyromonas gingivalis on Oral Carcinogenesis: A Literature Overview*. *IJMS*. 7 de mayo de 2024;25(10):5083.
6. McIlvanna E, Linden GJ, Craig SG, Lundy FT, James JA. *Fusobacterium nucleatum and oral cancer: a critical review*. *BMC Cancer*. diciembre de 2021;21(1):1212.
7. Ingrassia Tonelli, M.E.; Rivarola, E. *Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Cuyo*. 2022. Volumen 16. N° 1.
8. Rocha Buevas A. *Cáncer oral: el papel del odontólogo en la detección temprana y control*. *Rev Fac Odontol Univ Antioq* 2009; 21(1): 112–121.
9. *OPMDCare. Trastornos orales potencialmente malignos: formación de profesionales sanitarios (1.ª edición)*. Santiago de Compostela, España: OPMDCare; 2022. 978-84-09-46104-2.
10. Ayuningtyas, N.F.; Mahdani, F.Y.; Pasaribu, T.A.S.; Chalim, M.; Ayna, V.K.P.; Santosh, A.B.R.; Santacroce, L.; Surboyo, M.D.C. *Role of Candida albicans in Oral Carcinogenesis*. *Pathophysiology* 2022, 29, 650–662. <https://doi.org/10.3390/pathophysiology29040051>.
11. Herrera Serna BY, Betancourt JAO, Soto OPL, et al. *Tendencia de la incidencia, mortalidad y años de vida ajustados por discapacidad del cáncer oral en América Latina*. *Rev Bras Epidemiol*. 2022; 25:e220034. <https://doi.org/10.1590/1980-549720220034.2>

CONOCIÉNDONOS

ATENEO "PROF. DR PEDRO SALAZAR"

En esta sección les contaremos las actividades que realizó el Ateneo este año.
¡Esperamos lo disfruten!

"BLANQUEAMIENTO DENTAL, 25 AÑOS DE EXPERIENCIA"

En el marco del Ateneo de Operatoria Dental B "Prof. Dr. Pedro Salazar" el disertante y titular de la asignatura Dr. Prof. Bianchi Pablo inició el ciclo de Ateneos 2024 con el tema: "Blanqueamiento Dental, 25 años de experiencia" el día 26 de abril del corriente año. Realizó una exposición minuciosa desde el diagnóstico al tratamiento de casos clínicos que requieren blanqueamiento dental de baja, mediana y alta complejidad. El ponente detalló cada uno de los materiales utilizados, las manifestaciones clínicas que requieren indicación de tratamiento y las posibilidades en las que se encuentra contraindicado, así como también la correcta combinación de técnicas y el seguimiento de los casos a lo largo del tiempo.

Relató a través de su experiencia los errores y aciertos en los procesos de su formación en las técnicas ejecutadas, la importancia ética y profesional en los cuidados preventivos que se deben tomar tanto para el paciente como para el operador al realizar estos procedimientos, en conjunto con los aprendizajes adquiridos. Motivó activamente a los asistentes a la formación continua para acompañar la evolución de las técnicas con criterio y sentido común; y se los invitó a participar en los futuros Ateneos programados.

ATENEO OPERATORIA DENTAL B
"Prof. Dr. Pedro Salazar"

"BLANQUEAMIENTO DENTAL, 25 AÑOS DE EXPERIENCIA"

DISERTANTE
Dr. Profesor Bianchi Pablo

FECHA
Viernes 26 de Abril 2024

HORARIO
19:30 hs

LUGAR
Auditorio Mercedes Medina
Facultad de Odontología - UNLP

INSCRIPCIONES
[Clickea e inscribite!](#)

NO ARANCELADO
Se entrega certificado de asistencia

#ATENEOPEB

CÁTEDRA DE OPERATORIA DENTAL B | Facultad de ODONTOLOGÍA | UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

“RESOLUCIONES CLINICAS CON RESINAS COMPUESTAS CON ENFOQUE BIOMIMETICO”

El día 17 de mayo se realizó el 2° curso del ciclo 2024 del Ateneo Operatoria Dental B, dictado por el Dr. Andrés Román. Las resinas compuestas biomiméticas son altamente estéticas y biocompatibles con una resistencia similar a la dentina natural, imitan la estructura y propiedades del esmalte dental ofreciendo mayor resistencia y adhesión está destinada a personas que quieren preservar la mayor cantidad de tejido dental sano, evitando procedimientos invasivos alargando la vida del diente tratado.

Indicación: pacientes con dientes con caries, fracturas o desgastes, pacientes que buscan restauraciones estéticas y duraderas, pacientes que buscan prevenir futuros problemas dentales.

La odontología biomimética es una alternativa innovadora y sostenible para cuidar la salud bucal, trata de remover el mínimo tejido necesario para eliminar la caries sin afectar a la pulpa, protegiéndola y aumentando la resistencia y durabilidad del diente.

ATENEOPERATORIA DENTAL B
"Prof. Dr. Pedro Salazar"

“RESOLUCIONES CLINICAS CON RESINAS COMPUESTAS CON ENFOQUE BIOMIMETICO”

#ATENEOPER

DISERTANTE
Od. Roman Andres

FECHA
Viernes 17 de Mayo 2024

HORARIO
19:30 hs

LUGAR
Auditorio Mercedes Medina
Facultad de Odontología - UNLP

INSCRIPCIONES
A través del link:
<https://docs.google.com/forms/d/1M2q-vsM9WzvR03zdM3d2w4GCL5KoQDk2hgQBwM7eA>

NO ARANCELADO
Se entrega certificado de asistencia

▶

CATEDRA DE OPERATORIA DENTAL B

Facultad de ODONTOLOGÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

“COMO ATRAVIESA HOY LA ARMONIZACIÓN OROFACIAL A LA ODONTOLOGÍA”



DISERTANTE
Od. Roman Guillermo

FECHA
Viernes 28 de junio 2024

HORARIO
19:30 hs

LUGAR
Auditorio Mercedes Medina
Facultad de Odontología - UNLP



INSCRIPCIONES
A través del link:
<https://docs.google.com/forms/d/1M2q-vsM9WzvR03zdM3d2w4GCL5KoQDk2hgQBwM7eA>

NO ARANCELADO
Se entrega certificado de asistencia

“COMO ATRAVIESA HOY LA ARMONIZACIÓN OROFACIAL EN ODONTOLOGÍA”

El día viernes 28 de junio se realizó el 3er curso del ciclo 2024 del ateneo Operatoria dental B, dictado por el Dr. Román Guillermo: “COMO ATRAVIESA HOY LA ARMONIZACIÓN OROFACIAL EN LA ODONTOLOGÍA” En el ateneo el dictante nos compartió las últimas tecnologías de armonización orofacial ha transformado la odontología moderna, utilizando procedimientos no invasivos en la práctica diaria de su consultorio con el uso del ácido hialurónico y toxina botulínica.

Uno de los puntos más destacados de la charla fue la presentación de casos clínicos,

que ilustraron los beneficios de una intervención adecuada en pacientes que buscan

rejuvenecer su rostro o corregir disfunciones oclusales. La importancia de un enfoque integral, sobre estas nuevas innovaciones donde la estética y la funcionalidad se complementan y permiten tratamientos más efectivos y personalizados para lograr óptimos resultados demostrando como una mejora en la apariencia puede influir positivamente en la autoestima de los pacientes.

Asimismo, el Dr. Román enfatizó la relevancia de la formación continua y la actualización de los profesionales odontológicos en estas áreas, dada la creciente demanda de estos procedimientos y su impacto positivo en la calidad de vida de los pacientes.

“OCLUSION, REHABILITACION ORAL, PERIODONCIA Y LASER, INTEGRADOS PARA UN MISMO OBJETIVO”

El viernes 30 de agosto se realizó el 4to curso del ciclo 2024 del ateneo Operatoria dental B, dictado por el Dr. Fernando Madikian. Una conferencia con un temario muy interesante que incluyo desde Registros Oclusales Fisiológicos y Dinámicos en la dimensión vertical constructiva, tanto digitales como analógicos, diagnóstico y tratamiento de desplazamientos discales con reducción utilizando Laser y placas oclusales, y culminamos con 1 hora de Periodoncia Laser asistida, y Regeneración Ósea con rehabilitación protética.

El Dr. Fernando Madikian, egresado de la FOLP, con formación en Rehabilitación Oral y un post-grado de la AOA, se mantiene en proceso de actualización a través de capacitaciones realizadas tanto en el país y como en el exterior.

ATENEU OPERATORIA DENTAL B
“Prof. Dr. Pedro Salazar”

“OCLUSIÓN, REHABILITACIÓN ORAL PERIODONCIA Y LASER, INTEGRADOS PARA UN MISMO OBJETIVO”



DISERTANTE
Dr. Madikian Fernando

FECHA
Viernes 30 de agosto 2024

HORARIO
19:30 hs

LUGAR
Auditorio Mercedes Medina
Facultad de Odontología - UNLP

INSCRIPCIONES

[Hace click e inscribite](#)

NO ARANCELADO
Se entrega certificado de asistencia

CÁTEDRA DE OPERATORIA DENTAL B



Facultad de ODONTOLÓGIA



UNIV NACI DE L

ATENEOPERATORIA DENTAL B
"Prof. Dr. Pedro Salazar"

"ENDODONCIA CONSERVADORA Y LOS DESAFÍOS PARA EL CLÍNICO GENERAL"



DISERTANTE
Dra. Santangelo Georgina

FECHA
Viernes 25 de octubre 2024

HORARIO
19:30 hs

LUGAR
Auditorio Mercedes Medina

INSCRIPCIONES
Hace click e inscribite

NO ARANCELADO
Se entrega certificado de asistencia

CÁTEDRA DE OPERATORIA DENTAL B | Facultad de ODONTOLOGÍA | UNIV. NACIONAL DE LA PLATA

"ENDODONCIA CONSERVADORA Y LOS DESAFÍOS PARA EL CLÍNICO EN GENERAL"

El día 25 de octubre se realizó el 6° curso del ciclo 2024 del Ateneo Operatoria Dental B, dictado por la Dra. Santángelo Georgina: "ENDODONCIA CONSERVADORA Y LOS DESAFÍOS PARA EL CLÍNICO GENERAL".

La temática abordada permitió realizar un recorrido exhaustivo sobre las distintas aplicaciones de los biocerámicos en la odontología contemporánea, destacando su relevancia y versatilidad en los tratamientos odontológicos actuales, especialmente en endodoncia y rehabilitación dental. La disertante expuso acerca de la importancia de los materiales por sus propiedades bioactivas, su biocompatibilidad y su capacidad para optimizar los resultados clínicos.

Asimismo, explico que los biocerámicos han demostrado su eficacia en la reparación de

perforaciones radiculares y en los procedimientos de vitalización pulpar, lo que refuerza su aplicabilidad en situaciones clínicas complejas.

ATENEOPERATORIA DENTAL B
"Prof. Dr. Pedro Salazar"

"ODONTOLOGÍA TÓXICA"



DISERTANTE
Od. Garcia Adrian

FECHA
Viernes 27 de Septiembre 2024

HORARIO
19:30 hs

LUGAR
Auditorio Mercedes Medina
Facultad de Odontología - UNLP

INSCRIPCIONES
A través del link:
<https://docs.google.com/forms/d/1Kuy210eNjFDuM1ZV6d73gR2C03K12LX47Bv4>

NO ARANCELADO
Se entrega certificado de asistencia

#ATNEOPEEB

CÁTEDRA DE OPERATORIA DENTAL B | Facultad de ODONTOLOGÍA | UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

"ODONTOLOGIA TOXICA"

El día 27 de septiembre de año 2024 se realizó el 4to curso del ciclo lectivo del ateneo de operatoria dental B dictado por el Dr. Adrián García el tema a desarrollar fue ODONTOLOGIA TOXICA. La temática del curso nos llevó a ver y/o reconocer la situación de su condición toxica para el organismo de algunos elementos de uso diario en la práctica odontológica como el Flúor. Mercurio. y el bisfenol (BISGMA).

Se vieron diferentes estudios comparativos de la acción de los mismos sobre los diferentes tejidos y órganos y la acción deletérea que producían. tanto a nivel local como general en la salud del paciente. Toda esta información estudiada x diferentes

universidades del mundo y argentina. Lo cual genera el origen de un nuevo termino, el de bio-odontología u odontología biológica y no solo teniendo en cuenta las piezas dentarias, sino el organismo en general y teniendo en cuenta los tejidos que afecta y los más sensibles son s.n.c y sistema hormonal.se bebe de utilizar los materiales más biocompatibles En relación a la pieza dentaria tanto como para los diferentes sistemas de organismo.

Otra situación a enfrentar es el reemplazo de algunos y la eliminación de otros por nuevas prácticas, por ejemplo, reemplazar por correctas técnicas el cepillado; la eliminación de las amalgamas por resinas compuestas adecuadas. en relación a la eliminación de las amalgamas por su toxicidad proveniente del mercurio, la correspondiente protección del operador y pacientes con el equipamiento adecuado y del medio ambiente con filtros de aire y partículas. UNA NUEVA ODONTOLOGIA

ATENEOPERATORIA DENTAL B
"Prof. Dr. Pedro Salazar"

**"Blanqueamiento, resinas y adhesivos:
de la ciencia a la práctica"**

DISERTANTE 🇸🇷
Prof. Dr. Alessandro D. Loguercio
Especialista y Máster en Odontología Restauradora
Doctor en Materiales Dentales
Profesor Asociado en Odontología Restauradora y
Materiales Dentales en la UEPG, Ponta Grossa, PR.

FECHA
Martes 12 de noviembre 2024

HORARIO
9 a 13 hs.

LUGAR
Auditorio Mercedes Medina
Facultad de Odontología - UNLP

Auspician las empresas:
FGM AcryLar

NO ARANCELADO
Se entrega certificado de asistencia

CÁTEDRA DE OPERATORIA DENTAL B Facultad de ODONTOLOGÍA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

"BLANQUEAMIENTOS, RESINAS Y ADHESIVOS DE LA CIENCIA A LA PRACTICA"

El día 12 de noviembre se llevó a cabo la conferencia del Dr. Loguercio, especialista y máster en Odontología Restauradora, Dr. en Materiales Dentales, Prof. Asociado en Odontología Restauradora y Materiales Dentales de la UEPG, Ponta Grossa, PR. La primera parte de la disertación estuvo abocada a demostrar cómo la investigación y su aplicación clínica son necesarias, haciendo hincapié en la importancia de la odontología basada en evidencia. Autor de numerosas investigaciones y papers, compartió la importancia de los protocolos adhesivos en la

durabilidad de las restauraciones, recorriendo las bases teóricas y clínicas de las distintas generaciones de adhesivos dentales y brindándonos detalles muy importantes a la hora de elegir el adhesivo ideal para nuestra práctica en el consultorio.

En la segunda parte del curso, nuestro invitado desarrolló la temática del uso de diferentes agentes blanqueadores tanto ambulatorios como profesionales. Aquí también basó su conferencia en evidencia científica e investigación. Vimos casos

clínicos que describieron en forma clara y concisa los resultados obtenidos con dichos tratamientos y los beneficios que proporcionan a los pacientes.

ATENEOPERATORIA DENTAL B
"Prof. Dr. Pedro Salazar"

"Resinas: odontología para **TODOS** los Odontólogos y para **TODOS** los días"

DISERTANTE
Od. Santoro Pablo

FECHA
Viernes 22 de noviembre 2024

HORARIO
19:30 hs

LUGAR
Auditorio Mercedes Medina
Facultad de Odontología - UNLP

INSCRIPCIONES
A través del link:

NO ARANCELADO
Se entrega certificado de asistencia

#ATENEOPERATORIA DENTAL B

CÁTEDRA DE OPERATORIA DENTAL B | Facultad de ODONTOLÓGIA | UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

"RESINAS: ODONTOLOGÍA PARA TODOS LOS ODONTÓLOGOS Y PARA TODOS LOS DÍAS."

El día 22 de noviembre se realizó el 7° curso del ciclo 2024 del ateneo Operatoria Dental B, dictado por el Dr. Pablo Santoro: "Resinas: Odontología para **TODOS** los odontólogos y para **TODOS** los días."

El dictante nos proporcionó un relato detallado de las diversas experiencias que vivió durante su proceso de formación odontológica.

A lo largo de su discurso, expuso los retos y aprendizajes adquiridos en las distintas etapas de su carrera, desde sus primeros acercamientos a la disciplina hasta la consolidación de sus

conocimientos y habilidades clínicas. Asimismo, destacó la importancia de la práctica profesional, los valores éticos en la odontología y la evolución de las técnicas y tecnologías aplicadas en su campo.

Hizo hincapié en la importancia de la odontología preventiva, su rol fundamental en la promoción de la salud bucal y la prevención de enfermedades dentales. A lo largo de su exposición, enfatizó las ventajas de adoptar prácticas preventivas desde una edad temprana, así como el impacto positivo que estas tienen en la calidad de vida de los pacientes a largo plazo.

**SE VIENEN LOS ATENEOS 2025.
¡NO TE LOS PODÉS PERDER!**

ENTREVISTANDO A NUESTROS INVITADOS

En el **Lado B** nos gusta conocer un poco más a los dictantes invitados al Ateneo, así es que decidimos entrevistarlos. En esta, la primera de esta etapa, recibimos a Andrés Román. Egresado de nuestra querida facultad, hoy un profesional reconocido a nivel nacional e internacional. ¡Esperamos que disfruten leyéndola como nosotros lo hicimos al entrevistarlo!



Muchas gracias Andrés por estar con nosotros. Nos gustaría saber un poco más sobre vos ¿Qué te llevó a estudiar odontología?

– En realidad no fue mi primera decisión, comencé estudiando medicina como mi hermano mayor, en mi casa se mamó toda la parte de la medicina, rodeado de huesos, cráneos, ese tipo de juguetes. Venía de un secundario básico y al enfrentar las exigencias de la Universidad, dije esto no es para mí. Mi otro hermano estudiaba odontología y dentro de las carreras biológicas decidí intentarlo y ya llevo 23 años de profesión.

¿Cuándo se despierta la vocación por la docencia?

– Mirá, yo nunca me olvido una vez que tuve que preparar una charla en el primario de los cinco sentidos, mi hermano el que estudiaba medicina me explicó en diez minutos, di la charla y quedaron todos fascinados. Creo que esa fue la primera inyección de docencia, me di cuenta que me podía desenvolver y explicar un tema delante de la gente. Después en la universidad creo que en Operatoria Dental vi en mis profesores la vocación docente, el primero fue Alejandro Cabezas, es la persona que se destacó en mi carrera inicialmente. Después cuando entré a las clínicas, el doctor Alejandro Urquet vio mi primera restauración de amalgama, (yo todo nervioso) y me dijo, el año que viene te quiero como ayudante.

Así fue, hacíamos operatoria dental, siempre fue un reto para mí, es un arte, siempre busqué hacer una buena morfología, intenté entrenar en eso, hacer cosas mejores y muchas veces me encontré con impedimentos del país, la imposibilidad de conseguir algunos materiales y demás.

Cuando entro a las redes sociales, estalla, se hacen más globales, un día posteo una imagen y un docente de Colombia me dice, “yo quiero que vengas a Colombia a enseñarnos eso”, en realidad yo no tenía nada armado entonces a partir de ahí

me creo la necesidad de generar un proyecto de curso. Ahí armo el Arte del Composite, en sector posterior todo lo que es morfología y anterior lo que es estratificación. Como que ahí empecé a escalar a otra velocidad.

¿Te dedicas solamente a lo que es resinas o también hay otra rama de la odontología que te interese?

–Mi vida actual me impide hacer otras cosas. Me formé por ejemplo en ortodoncia, implantología, hacía de todo en el consultorio hasta que empecé a viajar y mi vida cambió, es inviable dedicarme a otra cosa.

¿Cómo está compuesta tu familia?

–Hoy en día estoy con Santiago que es el mayor que tiene 21 años y con Bauti que tiene 15 vivimos juntos los tres. Siempre digo que tengo la responsabilidad como padre, siento la obligación de acompañarlos, al menor hasta que comience la Universidad, es una obligación moral. Estoy 15 días en Argentina viviendo con ellos y el resto en Colombia porque mi mujer es colombiana, o viajando dictando cursos por Latinoamérica.

¿La odontología te deja hacer algún deporte?

–Buena pregunta porque recién creo me estoy organizando. La actividad física siempre era cortada, empezaba y tenía que dejar. Lo difícil es que mi mujer es colombiana y hay una diferencia horaria de dos horas, por lo tanto, el momento de hablar es en la noche y yo termino acostándome tarde entonces madrugar para hacer una actividad física es complicado. Ahora ya está pactado me levanto a las 5:30 voy al gimnasio a las seis 6:30 y tengo ese espacio que antes lo usaba para dormir ahora entonces aprovecho para hacer una actividad.

¿Te permite la odontología tener un hobby?

–Si me preguntas un hobby no tengo, no tengo tiempo. Por lo tanto, creo que el hobby es exactamente, generar contenido, más ahora que hay mucha información, es hacer docencia.

Esto de dar cursos te ha llevado a varios lugares. ¿Has conocido muchos países?

–Sí gracias a eso empecé a conocer los aviones, imagínate que yo hasta mis 39 años nunca había subido a un avión y después de los 39 no bajé más. Me permitió conocer todo Latinoamérica.

El tema de los cursos, ¿te llevan mucho tiempo, es mucha más el tiempo que le dedicas a lo que es el curso comparado con la profesión en el sillón del consultorio?

-Te diría que 50- 50, sinceramente disfruto mucho del consultorio, me puedo quedar sin comer, me puedo quedar un sábado, no tengo drama, lo disfruto mucho.

¿Alguna anécdota que quieras contarnos, graciosa relacionada con el consultorio?

-Se me vine a la cabeza un día, yo trabajo con Fabio Riveros que es un amigo, llega una paciente que tenía todas restauraciones en sector anterior, mesial, distal, incisal, era una restauración general. Recién empezábamos en el consultorio, voy a revisar a la paciente y en un momento cuando agarro el foco el Plástico que lo cubre se le cae a la paciente en la cara y le pega en un diente de los restaurados y le quedó al ras, entonces le hago un provisorio de un Canino y le dije, bueno ya adelantamos trabajo así que tranquila porque todo esto lo tenía que sacar.

¡Muy bueno!!!! Ahora vamos a implementar una sección que se llama las rapiditas, yo te voy a dar dos opciones, es sencillo, y tenés que elegir solo una.

¿Cerámicas o resinas?

-Resinas.

¿Quinta generación o universales?

-Universales.

¿Resina directa o indirecta?

-Directa, ¡Hoy!

¿Cursos teóricos o Workshops?

- Workshops.

¿Comidas argentinas o colombianas?

-argentinas.

¿Asado o vacío?

-Vacío.

¿Traje o sport?

-Sport.

¿Tu lugar en el mundo?

-La ciudad de La Plata!!!! Amo la ciudad de La Plata.

Andrés Muchas Gracias por todo.

Acryl-Ar

Importador y Distribuidor Mayorista

 WOODPECKER

iLed II

Lámpara de fotocurado de
a Lámpara de luz focalizada de
amplio espectro y alta
intensidad amplio espectro

Salida de luz
enfocada mejorada

3 modos para
la opción

Lente de curado
de punto magnético



 acrylarsrl

 acrylar



www.acryl-ar.com

CURSO SUPERIOR DE OPERATORIA Y ESTÉTICA

– **Objetivo General:** Este curso busca formar profesionales capaces de integrar conocimientos teóricos y prácticos de diversas áreas de la odontología para ofrecer tratamientos estéticos integrales y personalizados a sus pacientes.

Objetivos Específicos:

- **Diagnóstico:** Dominar las herramientas y técnicas para un diagnóstico preciso de los problemas estéticos bucales, considerando tanto los tejidos duros como blandos.
- **Habilidades Clínicas:** Desarrollar las destrezas manuales necesarias para realizar tratamientos estéticos de alta calidad, desde blanqueamientos hasta rehabilitaciones complejas con cerámicas.
- **Materiales y Técnicas:** Adquirir conocimientos profundos sobre los materiales dentales utilizados en estética, así como las técnicas más actuales para su manipulación y aplicación.
- **Planificación de Tratamientos:** Elaborar planes de tratamiento individualizados y personalizados, considerando las necesidades y expectativas de cada paciente.
- **Comunicación con el Paciente:** Desarrollar habilidades comunicativas para establecer una relación de confianza con el paciente y explicarle de manera clara y concisa el tratamiento a realizar.

Contenidos Destacados:

- **Estética Oral y Facial:** Análisis de los parámetros estéticos, tanto a nivel dental como facial, para lograr resultados armónicos y naturales.
- **Diagnóstico:** Historia clínica, examen clínico, radiográfico y modelos de estudio para una evaluación completa del caso.

**Curso superior de
OPERATORIA Y ESTÉTICA.**

INICIO	FIN
ABRIL	JUNIO
MODALIDAD TEÓRICO PRÁCTICO con práctica sobre pacientes. Con EVALUACIÓN FINAL.	DÍA y HORARIO VIERNES 16 a 19 hs
	CARGA HORARIA 50 horas

DICTANTES
 Dr. Bianchi Pablo - Od. Lagioiosa Matías - Od. Sarco Ruben
 Od. Serqueira Andrea - Od. Cufre Veronica - Od. Fiorino Mario
 Od. Aguilera Felipe - Od. Bianchi Micaela






- *Blanqueamiento Dental: Diferentes técnicas de blanqueamiento (ambulatorio, profesional, interno), indicaciones, contraindicaciones y protocolos de tratamiento.*
- *Restauraciones Directas: Resinas compuestas en sector anterior y posterior, adhesión, sistemas de matrices, técnicas de colocación y estratificación.*
- *Restauraciones Indirectas: Incrustaciones de resina y cerámica, indicaciones, tallado, toma de impresiones y cementado.*
- *Rehabilitación Endodóntica: Tratamiento de dientes endodonciados, postes, cementos y muñones.*
- *Cerámicas Libres de Metal: Clasificación, indicaciones, contraindicaciones, técnicas de tallado, toma de color y cementado.*

En resumen, si estás buscando una formación integral en rehabilitación estética, para ofrecer tratamientos de alta calidad y satisfacer las demandas estéticas de tus pacientes ... ¡este es tu curso!



- **LLEVANDO LA ODONTOLOGIA A LA COMUNIDAD:
“RECREANDO HÁBITOS SALUDABLES”**

En el transcurso del ciclo lectivo 2024, desde la Asignatura Operatoria Dental B se llevó a cabo el proyecto de extensión universitaria denominado “RECREANDO HÁBITOS SALUDABLES”.

Para llevar la iniciativa adelante tomamos contacto en primera medida con las autoridades de la escuela primaria Euforion ubicada en calle 62 N° 68 de la ciudad de la plata.

En dicha entrevista compartimos con la Sra. Directora del establecimiento: Marta Isabel Pellegrinetti, las bases en las que estaba fundamentado el proyecto y tras la entrevista, se realizaron las acciones necesarias para llevarlo a cabo.

En esta primera etapa, utilizando medios audiovisuales y recursos didácticos, generamos el contacto con niños de primero a sexto grado.





Con base teórica científica y adecuada a las edades, les brindamos información y generamos inquietudes sobre la salud bucal, sobre alimentos saludables y los cuidados necesarios para mantener una boca sana.



El proyecto tiene programada una segunda etapa, donde realizaremos acciones preventivas como, Por ejemplo, la enseñanza de una técnica de cepillado correcta según la edad.



CONTINUARA...

ACTIVIDADES DE LA ASIGNATURA

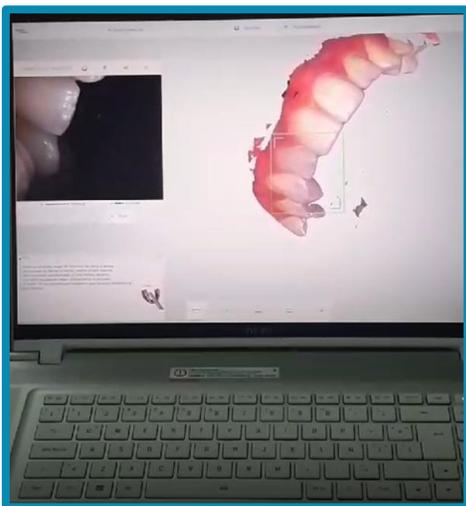
En el mes de octubre del año 2024, con la colaboración del sector de Odontología digital de la facultad, se comienza un programa de capacitación para el personal docente, en el uso del Scanner Digital.



Docentes de la Asignatura divididos en grupos, realizaron escaneos de la cavidad oral a aquellos alumnos que brindaron su consentimiento para dicho fin.



Se utilizó el Scanner Panda D2 Plus, en modalidad portátil, ya que los escaneos se realizaron en la clínica de la asignatura, permitiendo a los estudiantes presenciar dicho proceso.



Estos registros fueron fotografiados y documentados para ser utilizados en distintas actividades a desarrollar en la Asignatura en un futuro.

ASIGNATURA OPERATORIA DENTAL B

Prof. Titular: *Dr. Pablo Bianchi.*

Prof. Adjuntos: *Od. La Gioiosa Matías.
Od. Sarco Rubén.*

Jefe de TP: *Od. Aguilera Toja Felipe.
Od. Fiorino Mario.
Od. Serqueira Andrea.*

Ayudantes: *Od. Aberastain Andrea.
Od. Alfano Viviana.
Od. Bianchi Micaela.
Od. Cufre Verónica.
Od. Di Carlo Nina.
Od. Dolmo Moreira B.
Od. Garcia Zomosa M.
Od. Goyeneche Yanina
Od. Molina Marcela.
Od. Reino M. Celeste.
Od. Tonelli Georgina.*

*Od. Aberastain Laura.
Od. Barth Irma.
Od. Cabezas Miriam.
Od. D´Ambrosio Hernán
Od. Di Pietro Florencia.
Od. Fernández Roxana.
Od. Goya Alejandro.
Od. Maio Andrea.
Od. Quispe M. Soledad.
Od. Suarez Candela.
Od. Zornetta Micaela.*



Comunicate con nosotros:

Instagram: @operatoria.b

elladobdelaoperatoriadental@gmail.com

LADO B