

Año 2024 Numero 1 ISSN: 3008-976X

EL LADO B

DE LA
OPERATORIA
DENTAL

STAFF

DIRECTOR

Prof. Dr. Sergio D. Lazo

CO- DIRECTOR

Prof. Dr. Pablo F. Bianchi

EDITOR RESPONSABLE

Prof. Dr. Pablo F. Bianchi

JEFE DE REDACCIÓN

Od. Marcela Molina

CONSEJO DE REDACCIÓN

Od. La Gioiosa Matías

Od. Fiorino Mario

Od. Felipe Aguilera Toja

Od. Andrea Serqueira

ASISTENTE DE DIRECCIÓN

Od. Rubén Sarco

COLABORADORES

Od. Irma Barth

Od. Yanina Goyeneche

Od. María Florencia Di Pietro

Od. Verónica Cufre

Od. Nina Di Carlo

Od. Alejandro Goya

Od. Micaela Bianchi

Od. Hernán D'Ambrosio

DISEÑO ARTE Y DIAGRAMACIÓN

Camila L. Navas

CORRECCIÓN

Prof. Dr. Pablo Bianchi

Od. Marcela Molina

Od. Roxana Fernández

Od. Viviana Alfano

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

PUBLICACIÓN WEB DCV

Delfina D'alessandro

ISSN 3008-976X



Facultad de
ODONTOLOGÍA
Hospital Odontológico Universitario

EDITORIAL

Optimizando la Excelencia en Operatoria Dental: Innovación y Precisión en la Práctica Clínica

Queridos lectores: es un honor dar la bienvenida a todos ustedes a la primera edición de nuestra revista de difusión científica especializada en Operatoria Dental. En este viaje por el mundo de la odontología restaurativa, exploraremos las últimas tendencias, avances tecnológicos y descubrimientos que están impulsando la evolución de nuestra disciplina.

La Operatoria Dental es una rama crucial de la odontología que se centra en la preservación, restauración y mejora de la salud bucal. Nuestros conocimientos y técnicas han recorrido un largo camino, y es emocionante presenciar cómo la interacción entre la investigación científica y la práctica clínica sigue enriqueciendo nuestra profesión.

En esta edición, hemos reunido una selección de artículos que destacan la importancia de la innovación y la precisión en la Operatoria Dental. Desde la evolución de los materiales restauradores hasta las últimas técnicas en preparación dental mínimamente invasiva. Cada artículo proporciona una visión única sobre cómo la ciencia y la tecnología están transformando la atención odontológica.

La digitalización y la odontología basada en evidencia han revolucionado la Operatoria Dental. Con herramientas como la odontología digital, la radiografía tridimensional y la planificación asistida por computadora, los profesionales de la salud bucal pueden lograr una precisión y

predictibilidad sin precedentes en sus tratamientos. Además, la colaboración interdisciplinaria entre odontólogos, cirujanos orales, ortodoncistas y otros especialistas ha llevado a enfoques más integrales para el cuidado dental.

Nuestra revista se enorgullece de ser un espacio donde los investigadores, clínicos y educadores pueden compartir sus conocimientos y experiencias, promoviendo la comunicación y el aprendizaje continuo. A través de la difusión de investigaciones vanguardistas y prácticas clínicas ejemplares, aspiramos a elevar los estándares de la Operatoria Dental y en última instancia, mejorar la salud oral de nuestros pacientes.

Esperamos que disfruten de esta edición y que encuentren inspiración en las contribuciones de nuestros autores. La Operatoria Dental es un campo en constante evolución, y juntos, podemos seguir impulsando la excelencia en la práctica clínica.

Gracias por su apoyo a nuestra revista y por su dedicación a la mejora de la salud bucal. Esperamos que encuentren estos contenidos valiosos y útiles en su búsqueda de conocimiento y excelencia.

Con gratitud:

“Staff de El lado B de la Operatoria Dental”

5 de abril de 2024

INDICE

- 1** ARTICULO: *Acondicionamiento del canal radicular para la colocación de sistemas de pernos de fibras de vidrio.* (Pág. 4)
- 2** ARTICULO: *Visualización microscópica de las interfases producidas en el cementado de postes a base de fibra de vidrio.* (Pág. 10)
- 3** CASO CLINICO: *Blanqueamientos de alta complejidad con técnicas combinadas.* (Pág. 14)
- 4** ARTICULO: *Restauraciones Peligrosas.* (Pág. 18)
- 5** POR OTRAS RAMAS DE LA ODONTOLOGIA. (Pág. 21)
- 6** CASO CLINICO: *Quiste inflamatorio de los maxilares.*
Diagnóstico y Tratamiento. (Pág. 22)
- 7** ARTE EN ODONTOLOGIA. *Muestra fotográfica.* (Pág. 25)
- 8** CONOCIENDONOS: *Actividades de la Asignatura.*
- 9** Ateneo Para El Estudio De Operatoria Dental Y Estética Dental: “Profesor Doctor Pedro Rodolfo Salazar” (Pág. 32)
- 10** 1ras Jornadas de Operatoria Dental B. AFORA 2023. (Pág. 36)

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

Shinyle
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

ACONDICIONAMIENTO DEL CANAL RADICULAR PARA LA COLOCACION DE SISTEMAS DE PERNOS DE FIBRAS DE VIDRIO

ROOT CANAL CONDITIONING FOR THE PLACEMENT OF FIBERGLASS PIN SYSTEMSE

Prof. Dr. Bianchi, PF.

Pcia. Buenos Aires. Argentina

E mail: bianchipablof@gmail.com

Fuente de apoyo financiero: Recursos Propios

“Sin conflicto de Interés”.

Resumen: En forma clínica se observó la problemática que presentan los conductos desobturados para introducir cualquier tipo de perno, ya que la superficie del canal se encuentra totalmente cubierta de barro dentinario, gutapercha y cementos, cuya observación solo se puede realizar por intermedio de radiografías. En este estudio se observa microscópicamente como quedan dichas superficies sometidas a diferentes tratamientos.

Palabras clave: CONDUCTO RADICULAR-DESOBTURACION-LIMPIEZA DE CONDUCTOS-CEMENTADO DE PERNOS

Summary: Clinically, the problems presented by unclogged canals for introducing any type of post were observed, since the surface of the canal is completely covered with smear layer, gutta-percha and cements, the

observation of which can only be carried out through x-rays. In this study, we observe microscopically how these surfaces are subjected to different treatments.

Key words: ROOT CANAL-DESOBTURATION-CLEANING OF DUCTS-CEMENTING OF BOLT.

Introducción:

La utilización de sistemas de pernos para colocar en los canales radiculares de piezas tratadas endodónticamente están supeditados a varios factores que incluyen un correcto diagnóstico clínico, la perfecta aislación del campo operatorio y la utilización de la mejor técnica de fijación que aporte traba mecánica y adhesiva en la preparación de la raíz y a esto se le suma la habilidad del operador. Pero uno de los principales escollos que se le presenta al clínico, luego de realizar el diagnóstico, indicar la rehabilitación con cualquier tipo de perno y una vez realizada la desobturación con la remodelación del conducto es que, para evaluar la contaminación del lecho, sólo se puede valer de radiografías que muestran inconvenientes a nivel macroscópico (resto de cementos y gutapercha) y que para la limpieza microscópica debe confiar en la eficacia de sustancias irrigantes.

Objetivo:

Analizar y valorar microscópicamente cuales son las técnicas y sustancias que mejor cumplen la función de descontaminar la superficie dentinaria, para recibir un sistema cementante.

Materiales y Métodos:

En este estudio se utilizaron 21 piezas dentarias humanas: incisivos superiores, caninos superiores y premolares uniradiculares superiores, extraídos por enfermedad periodontal o por indicación ortodóntica.

Para la preparación quirúrgica de los conductos se utilizaron limas de endodoncia "K" del número 15 a la 40. Se realizó la irrigación entre pasaje de limas con hipoclorito sódico al 5%.

Terminada la instrumentación de los conductos se secaron con conos de papel. Acto seguido se procedió a la obturación utilizando la técnica de condensación lateral en frío, con conos de gutapercha y cemento Grossman, preparado según las normas indicadas por el fabricante.

Posteriormente, se tomaron radiografías para comprobar que el estado final de cada obturación sea el correcto.

Se procedió a la desobturación parcial de los conductos con fresa Gate Gliden N° 1 Y N° 2 a una profundidad de 9 mm dentro del conducto y luego se pasó a la fresa de largo n° 2. Se continuó pasando la fresa indicada por el fabricante para la colocación del perno de fibra de vidrio n°2 (Exacto, Ángels, Brasil). entre el paso de cada fresa se irrigó el lecho con clorhexidina al 2%.

Terminada la desobturación se tomaron nuevas radiografías y se verificó la correcta realización de los procedimientos de desobturación parcial. Cuando se observaron restos de materiales se limpiaron mecánicamente en esa zona en particular.

Acondicionamiento de la dentina en cada grupo:

- GRUPO A: Este grupo se tomó como control y no se realizó ningún tipo de acondicionamiento en la dentina.

- GRUPO B: Este grupo recibió un acondicionamiento de la dentina utilizando ácido etilendiaminotetraacético (EDTA) al 19% (File - Eze, Ultradent, USA) que se colocó en el interior del conducto, frotándolo contra sus paredes con puntas NaviTip (Ultradent) (figura N°1) durante 30 segundos. Luego fueron lavados con agua a presión por 10

segundos y se terminó secándolos con conos de papel.

- GRUPO C: Este grupo recibió un acondicionamiento de la dentina realizado con alcohol yodado al 2%, colocado en el conducto y frotándolo contra sus paredes con puntas NaviTip (Ultradent) durante 30 segundos. Luego fueron lavados con agua a presión y se terminó secándolos con conos de papel.



Figura N° 1

Para la observación de las muestras en el MEB fue necesario cortarlas seccionándolas en dos partes iguales.

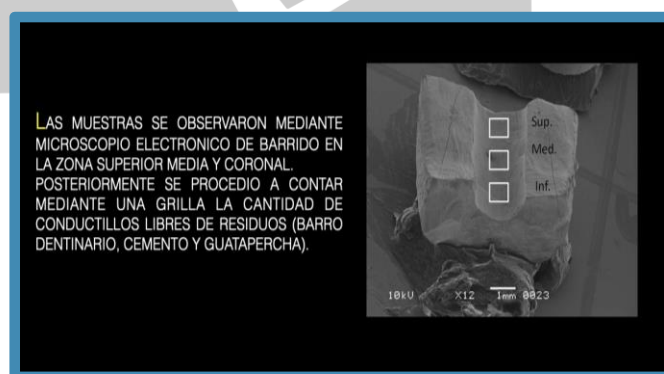


Figura N° 2

Como resultado quedaron 7 piezas de cada grupo divididas en mitades que se denominaron con la letra del grupo al que pertenecían, asignándoles un número a cada muestra.

Una mitad de cada una de estas muestras fue metalizada mediante el método de

sputtering, dejando una capa de 200Å. Posteriormente, se observaron en el MEB.

La figura N°2 muestra el conducto preparado para la colocación del perno en la zona coronal, media y apical. Después se procedió a contar con una grilla milimetrada la cantidad de conductos libres de residuos de cemento, gutapercha y barro dentinario.

A las otras 21 mitades restantes de las muestras se les realizó un grabado con ácido fosfórico al 37% (Ultra Etch Ultradent) durante 10 segundos colocándolo y friccionándolo con puntas NaviTip, luego se las lavó con agua y secó con torundas de papel absorbente.

Después de los tratamientos respectivos, las piezas fueron nombradas como:

- GRUPO D: Sin acondicionamiento de la dentina más 10 segundos de ácido fosfórico al 37% colocados con puntas NaviTip.
 - GRUPO E: Acondicionamiento de la dentina con EDTA más 10 segundos de ácido fosfórico al 37% colocados con puntas NaviTip.
 - GRUPO F: Acondicionamiento de la dentina con alcohol yodado más 10 segundos de ácido fosfórico al 37% colocados con puntas NaviTip.
- Estas muestras fueron preparadas y visualizadas con MEB.

Resultados:

Como se mencionó, se contabilizaron los conductos libres de barro dentinario, cemento y restos de gutapercha.

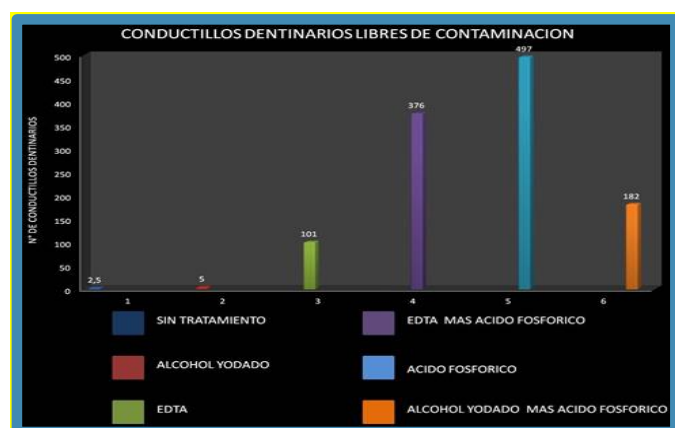


TABLA 1 RESULTADOS DEL ACONDICIONAMIENTO DENTINARIO.
Acondicionamiento Media (Número de conductillos abiertos)
Desviación Estándar Turne (comparación de medidas)

- A. Sin acondicionamiento de dentina 2.42
- C. Acondicionamiento con alcohol yodado 5 4
- B. Acondicionamiento con EDTA 101 13
- E. Acondicionamiento con EDTA más ácido fosfórico al 37% 376 86
- D. Acondicionamiento con ácido fosfórico al 37% 497 103
- F. Acondicionamiento de alcohol más ácido fosfórico al 37% 182 55
- P 0.001

Cuando se comparan los números de conductillos abiertos para los distintos acondicionamientos dentinarios, los mismos se pueden ordenar en forma creciente como: A = C MENOR QUE B MENOR QUE F. (Figuras N° 3, 4, 5, y 6).

La figura deja en evidencia que el acondicionamiento ácido fosfórico al 37% colocado y frotado en la superficie con puntas NaviTip durante 10 segundos deja la dentina en mejores condiciones para recibir un sistema de cementación.

Puede notarse en la microfotografía la gran cantidad de conductillos abiertos y una rugosidad superficial que favorecen la microrretención.

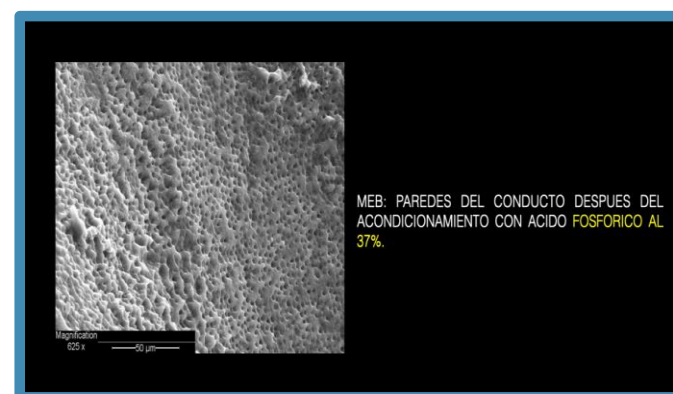


Figura N° 3

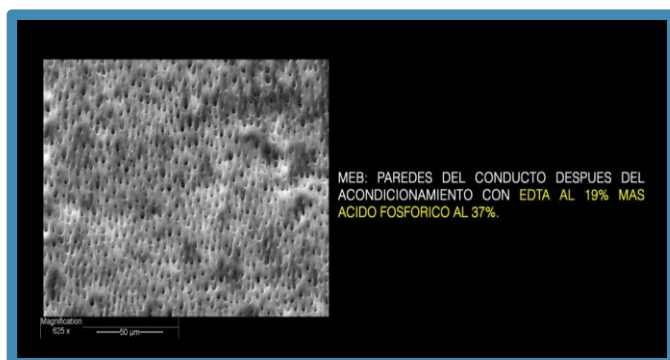


Figura N° 4

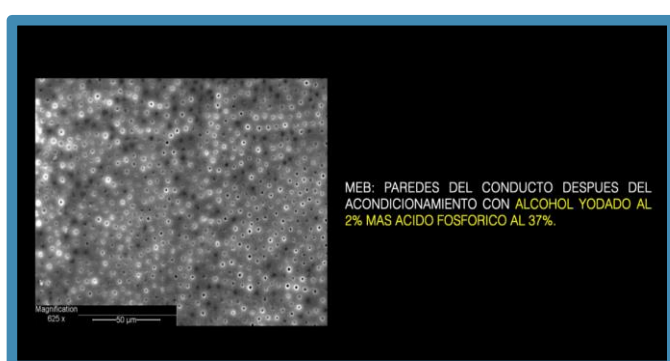


Figura N° 5



Figura N° 6

Discusión:

Terminada la desobstrucción parcial del conducto y el remodelado para recibir el perno, nos encontramos con una dentina altamente contaminada con materia orgánica, cemento sellador radicular y gutapercha.

Es sabido que los conductos de forma oval o irregulares son más problemáticos ya que la remodelación del conducto para los pernos es

circular y complica la eliminación total de residuos.

Además de la presencia física de los restos de materiales mencionados, se ha reportado que la acción de compuestos fenólicos actuaría en forma negativa sobre la acción del canal radicular.

Varios estudios señalan que este efecto es más evidente cuanto más viejo es el tratamiento. Sin embargo, otros autores sostienen que son irrelevantes con la adhesión, siempre que se limpie la superficie dentinaria. Se ha reportado que los fenoles pueden extenderse hasta 50 micrones dentro de los túbulos dentinarios por lo que, en la remodelación del conducto, se debe eliminar este espesor.

La mayoría de los investigadores concuerdan en que la limpieza del lecho es una de las principales claves para la adhesión de los medios cementantes y la resultante integración del tejido dentinario con los pernos. Van Merbdk y colaboradores recomiendan que, para mantener el ambiente libre de contaminación, se realice la irrigación con alcohol durante la preparación del lecho. También Tjan, demuestra que el alcohol puede contrarrestar el efecto de los fenoles de los selladores endodónticos.

En el presente trabajo, se evaluó el acondicionamiento de la dentina en el canal radicular remodelado para recibir un perno con diferentes sustancias y el empleo de puntas NaviTip que permiten la colocación de las sustancias en el fondo del conducto y limpiar en forma mecánica con sus cerdas cuando se las frota sobre la superficie dentinaria.

Se utilizó en primera instancia alcohol yodado al 2% por ser uno de los antisépticos de mayor uso, por su amplio espectro antibacteriano, por ser activo ante la materia orgánica. Se realizó una exposición por 30 segundos frotando con puntas NaviTip, como resultado del mismo se pudo observar

mediante MEB que fue posible eliminar los contaminantes macroscópicos, tales como cemento y gutapercha, sin embargo, el barro dentinario permaneció adherido a superficie dentinaria.

Se pudo constatar la liberación de parte de los conductillos dentinarios cuando se colocó seguido, alcohol yodado y ácido fosfórico al 37% durante 10 segundos con puntas NaviTip. Como efecto adverso de esta técnica se encontró que es difícil retirar la pigmentación color marrón que deja el alcohol yodado sobre la dentina y, por otra parte, se logró exponer los conductillos dentinarios solo cuando se combinó con el ácido fosfórico al 37% durante 10 segundos, aumentando los tiempos de trabajo.

Se han propuesto distintos métodos alternativos para la limpieza dentinaria. Gómez y Sina recomiendan limpiar con EDTA durante dos minutos y posteriormente lavar con hipoclorito de sodio al 2%. Berruti y colaboradores, en el libro de Scotti y Ferrari, proponen emplear EDTA al 10% combinado con hipoclorito de sodio al 5%. Otros autores demostraron que el EDTA al 17% combinado con hipoclorito es eficaz para limpiar conductos.

En el presente trabajo se decidió no utilizar hipoclorito de sodio en ninguna de las técnicas, ya que se considera que no tiene capacidad para remover el barro dentinario. Si bien combinado con otras sustancias lo hace, se ha reportado que genera destrucción de la dentina intertubular y una reducción en su micro dureza. Otro motivo por el que no se utilizó el hipoclorito de sodio en ninguna de las técnicas fue por su carácter oxidante, que puede alterar la polimerización de adhesivos y cementos resinosos y posteriormente reducir la adhesión final.

Cabe destacar que en los ensayos del presente trabajo donde se utilizó EDTA al 19% aplicado frotando con puntas NaviTip se consigue eliminar los residuos microscópicos de cemento y gutapercha, pero el número de túbulos dentinarios abiertos fue menor que

cuando se utilizó alcohol yodado y ácido fosfórico.

Esta metodología se vio superada cuando se siguió al tratamiento con EDTA con ácido fosfórico durante 10 segundos colocado y frotado con puntas NaviTip. Pero se incurrió también en mayores tiempos clínicos y costos. En la observación de las microfotografías se puede observar una degradación superficial de la dentina. Lostanau y colaboradores reportaron que obtuvieron resultados aceptables con EDTA al 17% para tratar la superficie dentinaria que recibiera sistemas adhesivos, pero los valores informados corresponden a estudios realizados en dientes bovinos, donde los conductillos dentinarios difieren en un mayor tamaño comparado con los humanos.

Nuestros trabajos realizados con ácidos fuertes como ácido fosfórico al 37% concuerdan con los obtenidos por Ferrari y Uribe Echavarria. Ellos observaron que dichos ácidos disuelven el barro dentinario y diversas sustancias contaminantes al tiempo que abren los túbulos dentinarios y exponen la trama colágena de la dentina intertubular, mejorando los resultados adhesivos, posibilitando a la formación de tags.

La diferencia que propone el presente trabajo es que dichos resultados se consiguieron con un tiempo de aplicación de ácido fosfórico al 37% menor a 10 segundos y aplicado con una punta NaviTip en forma activa frotando el ácido contra las paredes del conducto. Esto implica una importante ventaja intraoperatoria en tiempos clínicos, es decir, la utilización de esta técnica combinada química y mecánicamente nos lleva a una mayor cantidad de túbulos dentinarios abiertos en una menor cantidad de tiempo y pasos operatorios.

Conclusiones:

La técnica que mejor descontaminó la dentina del canal radicular, eliminando restos de cemento, gutapercha y barro dentinario y dejando libre el acceso de los conductivos dentinarios, fue el ácido fosfórico al 37% aplicado y frotado durante 10 segundos con las puntas NaviTip.

Cabe mencionar que la utilización de EDTA al 19% rindió buenos resultados cuando se combinó con el ácido fosfórico al 37%.

Bibliografía:

1. Andreasi Bassi M. La diffusione de lla luce attraverso i perni in fibra di quarzo epossido a doppia conicità. Atti Simposio Intern. Odontoiatria Adesiva e Ricostruttiva, 2001; 5: 21-26.
2. Arias C, Azzarri M, ET.AL. Análisis de las posibles interfases producidas en la fijación de postes de fibra de vidrio a la estructura dentaria. Rev. Soc. Odontol. La Plata, 2010; XXIII, (41): 28-35.
3. Arrais CA, Giannini M, et. al. Microtensile bond strength of dual-polymerizing cementing systems to dentin using different polymerizing modes. J Prosthet Dent, 1997; (2): 99-106.
4. Ateyah E, Elhejazi A. shear bond streng and microleakage of four tipos of dentin adhesive materials. J Contemp. Dent. Pract. 2004 Feb; 5 (1): 67-73.
5. Bagly M. Adhesion a dentina. Análisis de las interfases. Condiciones experimentales. J Clinical Odont. 1998; 3, (1):45.
6. Baraban B.: The restoration of endodontically treated teeth. An update. J Prosthet Dent. 1989; 61: 10-15.
7. Beacciani R. Labiomeccanica del dente trattato endodonticamente. Implicazioni cliniche. Dental Cadmos, 2002; 1: 15-35.
8. Bergman B, Lundquist P. Restaurative and endodontic results after treatment with cast post and cores. J Prosthet Dent 1989; 61: 10-15.
9. Bertoldi HA. Incrustaciones de resina compuesta. Consideraciones generales. Rev. Asoc. Odont. Arg. 2004; 92, (3): 253-264.
10. Bertoldi HA. Nuevos enfoques en la rehabilitación coronaria del diente endodónticamente tratado. Rev. Asoc. Odont. Arg. 2002; 90, (4): 266-275.
11. Bertoldi HA. Odontología Adhesiva y protesis. LA carta odontológica sociedad peruana de prótesis dental y maxilo facial; 2000; 5, (16): 19-25.
12. Birtcil R. A 30-month clinical evaluation of the influence of finishing and size of restoration on the marginal performance of fiver amalgam alloys. J Dent Res. 1981, 60, (12): 1949-56-
13. Boone K, Murchinson DF, et. al. Post restoration: the effect of sequence of post-space preparation, cementation time, and different sealers. J Endod. 2001; 27, (12): 768-771.
14. Buonocure MG. A simple method of increasing the adhesion of acrylic filling materials to enamel. J Dent. Res. 1955; 34: 849-853.
15. Calt S, Serper A. Time - dependent effects of EDTA on dentine structures. J Endod. 2002; 28: 17-19.
16. Casanellas Bassols JB, GIL Mur F. Aplicación de los plásticos reforzados con fibras para la aplicación de dientes endodonciados. Rev. Odont. Estomatol. Esp. 1995; 7: 37.

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



VISUALIZACIÓN MICROSCÓPICA DE LAS INTERFASES PRODUCIDAS EN EL CEMENTADO DE POSTES A BASE DE FIBRA DE VIDRIO

MICROSCOPIC VISUALIZATION OF THE INTERFACES PRODUCED IN THE CEMENTING OF POLES BASED ON FIBERGLASS

Cortizo, MC; Azzarri, MJ; Jordan, S; Moure, MP;
Picotti, D.

Pcia. Buenos Aires. Argentina

E mail: ceciliacortizo@yahoo.com.ar

Fuente de apoyo financiero: Universidad
Nacional de La Plata

“Sin conflicto de Interés”.

Resumen:

Con este trabajo se busca visualizar microscópicamente las interfases producidas en el cementado de postes a base de fibra de vidrio utilizando cementos resinosos con y sin técnica adhesiva. Para dicho análisis, se propone realizar la visualización por microscopía electrónica de barrido de las mencionadas interfases. Se presenta en este trabajo los resultados de la conformación de 2 grupos de diez unidades experimentales cada uno. Se trabajó con los siguientes materiales: Grupo 1: Cemento a base de Resina - Adhesivo Dentinario y Activador. Grupo 2: Cemento resinoso Autoacondicionante. Con esta investigación se espera poder determinar cuál es el medio de fijación que posibilite la menor interfase entre la dentina intraradicular, medio de fijación y poste de fibra de vidrio y poder evitar fallas como microfiltración marginal, alargando la vida útil del material en la cavidad bucal. Los resultados mostraron que, a la magnificación utilizada, (400X), para las observaciones por microscopía

electrónica de barrido, hubo diferencias en cuanto a interfases entre los grupos 1 y 2. Concluimos, que podríamos recomendar, a la hora de cementar postes de fibra de vidrio, un material en base a resina con previa aplicación de un adhesivo dentinario.

Palabras clave: INTERFASES - CEMENTOS RESINOSOS - SISTEMA ADHESIVO - MICROSCOPIA ELECTRÓNICA DE BARRIDO AMBIENTAL (ESEM)

Summary:

This work seeks to microscopically visualize the interfaces produced in the cementing of fiberglass-based posts using resinous cements with and without adhesive technique. For this analysis, it is proposed to carry out visualization by scanning electron microscopy of the aforementioned interfaces. In this work, the results of the formation of 2 groups of ten experimental units each are presented. The materials with which we worked present some type of adhesion to the root tooth structure. Group 1: Resin-based Cement - Dentin Adhesive and Activator and Group 2: Self-conditioning resinous cement. With this research, it is expected to be able to determine which is the fixation medium that enables the smallest interface between the intraradicular dentin, fixation medium and fiberglass post and to be able to avoid failures such as marginal microleakage, extending the useful life of the material in the oral cavity. The results showed that at the magnification used, (400X), for the scanning electron microscopy observations, there were interfaces between groups 1 and 2. We concluded that we could recommend, when cementing fiberglass posts, a resin-based material with prior application of a dental adhesive.

Key words: INTERFACES - RESIN CEMENTS - ADHESIVE SYSTEM - ENVIRONMENTAL SCANNING ELECTRON MICROSCOPY (ESEM)

Introducción:

Desde el año 1728, la profesión ha probado diferentes alternativas para la rehabilitación estética y funcional de los dientes desvitalizados.

La Odontología restauradora moderna tiene una filosofía terapéutica que está inspirada en la mínima intervención y preservación de los tejidos naturales, los que también se aplican en la restauración de los dientes no vitales ¹.

El clínico que encara la rehabilitación de un diente despulpado, habitualmente se ve enfrentando un doble desafío: la fragilidad inherente a un diente que ha perdido sus aparatos nutricios e importantes estructuras ², y la necesidad de reproducir las características ópticas del diente intacto, como tono, matiz, translucidez y fluorescencia.

La aparición de alternativas a los pernos colados tradicionales, responde a varios factores. Uno de ellos ha sido la diferencia entre el módulo de elasticidad de los pernos radiculares metálicos y el de las estructuras dentinarias. Teniendo en cuenta que las fuerzas ejercidas sobre un sistema con componentes de diferente rigidez son transmitidas al elemento más débil, esto permite la generación de tensiones funcionales en las paredes radiculares ³, concentradas en determinadas zonas, lo que podría llevar a la fractura de la raíz.

El desarrollo logrado en las restauraciones libres de metal, ha llevado a la necesidad de obtener un pasaje limpio de luz que imite lo que sucede en la naturaleza. La apariencia de la dentición natural está determinada por los efectos de la luz incidente, y el color de los dientes depende de su capacidad de modificarla.

Diversas técnicas y sistemas de pernos (fig. 1 y 2) con sus correspondientes protocolos, han ido apareciendo por la inventiva, la habilidad de los profesionales, el apoyo de la industria odontológica y el aval de la investigación científica.

En diversos trabajos se determinó que las fallas que se presentan pueden ocurrir en la interfase del cemento con la dentina, o en la interfase del poste con el cemento, en los que se encontró que la falla más frecuente fue la adhesiva a dentina con un porcentaje de 90.9 % ³.

Entonces, seleccionar el cemento más adecuado, cobra vital importancia. En la actualidad los cementos de resina son considerados ideales en estas circunstancias al presentar mejores propiedades en relación con los cementos de ionómeros de vidrio por ejemplo ⁴. El análisis microscópico permite establecer una estrecha relación entre las posibles interfases producidas, la resistencia adhesiva y la filtración marginal.

La adhesión a la dentina radicular constituye uno de los principales desafíos en la odontología moderna. Se ha demostrado que en la dentina coronal se obtiene una eficaz adhesión, sin embargo, conforme se va profundizando en el canal radicular, ésta va disminuyendo. Estas dificultades encontradas se atribuyen a diversos factores como son el acceso operatorio, la limpieza del canal radicular, el control de humedad y a la fotopolimerización incompleta. También se ha sugerido que la diferencia en distribución y concentración de túbulos dentinarios en las diferentes zonas de la dentina radicular podría tener algún efecto en la resistencia de unión.

Mjör et al. ⁵ analizaron la cantidad, distribución y dirección de los túbulos dentinarios en los diferentes tercios radiculares de dientes humanos, por medio de microscopia electrónica de barrido (MEB) y de luz.

El propósito de este trabajo fue valorar y visualizar microscópicamente, cómo se comportan desde el punto de vista de su adhesión, adaptación y microfiltración, los pernos de fibra de vidrio y medios cementantes con la estructura dentaria; utilizando cementos resinosos con y sin técnica adhesiva.

Con esta investigación se espera poder determinar cuál es el medio de fijación que posibilite la menor interfase entre las unidades experimentales y poder evitar fallas como microfiltración marginal y desadaptación, alargando la vida útil del material en la cavidad bucal.

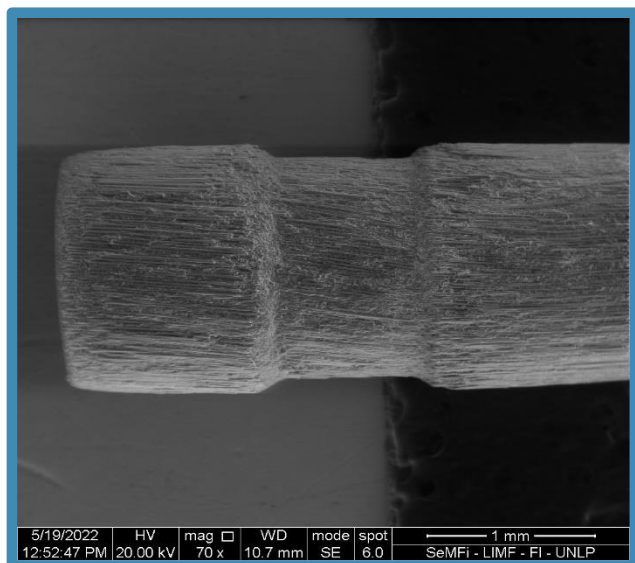


Figura 1: Perno de fibra translúcido. Superficie Externa

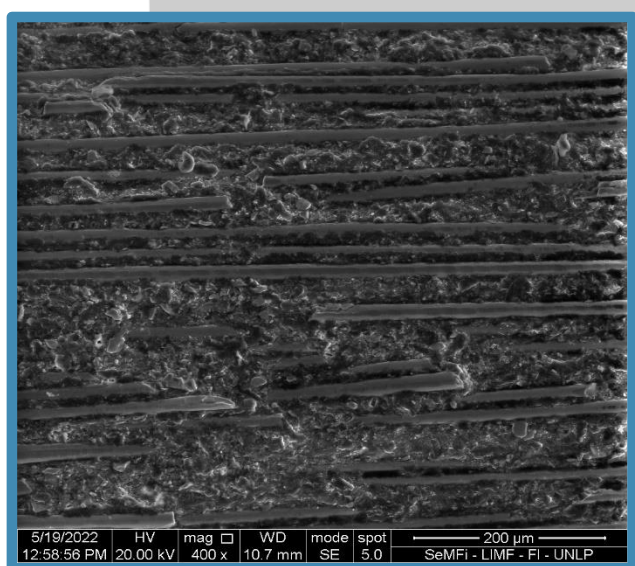


Figura 2: Perno de fibra translúcido. Microestructura.

Materiales y Métodos

La metodología utilizada para esta investigación se basó en la confección de probetas específicas para cada uno de los experimentos, siguiendo un diseño experimental verdadero transversal en la cual se estudiaron las diferentes variables y se las valoró en un

momento determinado a partir de la conformación de grupos al azar.

Para el desarrollo de esta investigación se emplearon los siguientes materiales y aparatología:

- Cemento a base de Resina. Marca comercial Enforce (Dentsply, Argentina)
- Adhesivo Dentinario y Activador. Marca comercial Primer and bond (Dentsply, Argentina)
- Cemento Autoacondicionante. Marca comercial Smart Cem 2 (Dentsply).
- Postes de fibra de vidrio. Marca comercial Exacto Angelus (Angelus, Brasil)
- Lámpara de Luz Halógena. Marca comercial Gnatus. Modelo Opti Light Plus (Gnatus, Brasil)

Los grupos de análisis fueron: Grupo 1: Postes de fibra de vidrio - Cemento a base de Resina con técnica adhesiva, Grupo 2: Postes de fibra de vidrio - Cemento Autoacondicionante.

En todos los grupos se utilizaron piezas dentarias uniradiculares, endodónticamente tratadas y desobturadas con fresas de Gates n° 1 dejando un sellado apical de 5 mm. Posteriormente, para ensanchar el conducto radicular se utilizaron fresas de largo y luego se empleó la fresa provista por el avío, cuyo tamaño coincide con el del poste de fibra de vidrio escogido para tal fin. A continuación, se cementaron los postes con el cemento que correspondiera a cada uno de los grupos.

Observación por Microscopía Electrónica de Barrido Ambiental (ESEM):

Una vez conformadas las muestras de los 2 grupos experimentales, se observaron las posibles interfases al ESEM FEI QUANTA 200-EDS (SeMFI-LIMF-FI-UNLP), observando a una magnificación de 400X y utilizando como escala 300 micrones.

Los datos recogidos fueron procesados a través de análisis de varianza bifactorial (ANOVA) y el test de Tukey con sus correspondientes valores de p y diferencias de medias.

Resultados

Microscopía electrónica de barrido ambiental:

En los dos grupos se tomaron microscopías con una magnificación de 400X y se utilizó como escala 300 micrones, como hacen referencia las fotografías.

Los datos recogidos fueron procesados a través de análisis de varianza bifactorial (ANOVA) y el test de Tukey con sus correspondientes valores de p y diferencia de medias. Las diferencias fueron estadísticamente significativas ($p < 0,05$) entre los grupos 1 (fig. 3) y 2 (fig. 4).

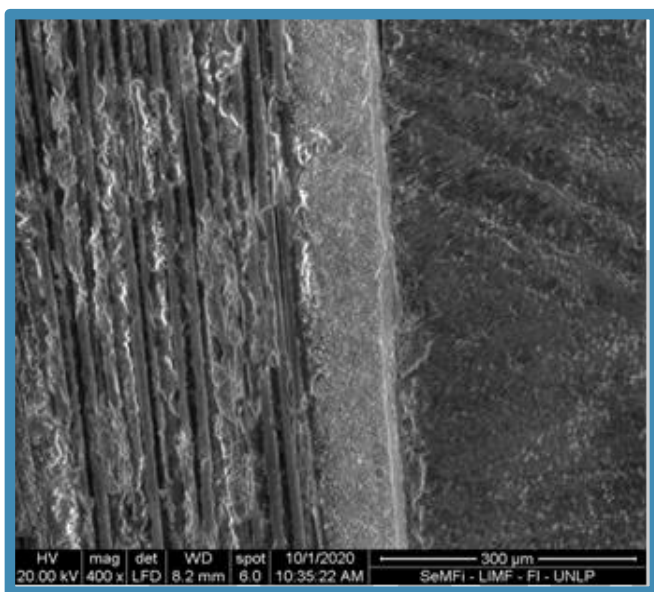


Figura 3: Grupo 1 - tercio medio

No se observaron interfases

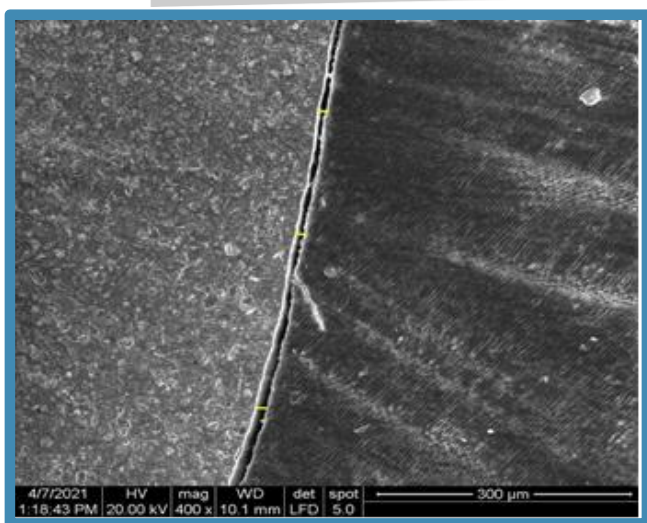


Figura 4: Grupo 2 - tercio medio

El tamaño de la interfase es de 9,66 µm

Conclusiones

En la odontología restauradora, la adhesión a sustratos dentarios y artificiales es una materia de importancia que el práctico general debería dominar. Por ello consideramos que es fundamental la actualización de los contenidos, técnicas, materiales y procedimientos para poder seleccionar correctamente el protocolo adhesivo más predecible. Por las observaciones realizadas y las pruebas estadísticas utilizadas, podríamos recomendar, a la hora de cementar postes de fibra de vidrio, la utilización de cementos resinosos con uso de técnica adhesiva.

Bibliografía

- 1) Corts JP. Restauración de dientes tratados endodónticamente. En Operatoria Dental Estética y Adhesión de Lanata EJ y Col. 2003. Capítulo 25, 273-90 Ed Grupo Guía, Buenos aires, Argentina.
- 2) Parodi G. Comportamiento de la dentina del diente despulpado. Factores biológicos y mecánicos. Odontología Uruguay 1995 (43): 14-20.
- 3) Ortega Moncanut D, Rivas Benoit CE, Vicuña Guevara DM, Garzón Rayo H. Estudio comparativo invitro de la resistencia adhesiva de postes de fibra de vidrio evaluada por medio de la prueba de push out en postes de fibra de vidrio cementados con tres cementos autoadhesivos. Revista Nac. Odontol. (2020); XX(X), 1-17. doi: <https://doi.org/10.16925/2357-4607.2020.01.06>
- 4) César Lamas Lara *et al.* Estado Actual de los Postes de fibra de vidrio. ODONTOLOGÍA SANMARQUINA ISSN: 1560-9111 Artículo de Revisión 2015. 18(2): 111-116.
- 5) Mjör, I., Smith, M., Ferrari, M. & Mannocci, F. The structure of dentine in the apical region of human teeth. International Endodontic Journal. 2001; 34: 346-353.

BLANQUEAMIENTOS DE ALTA COMPLEJIDAD CON TÉCNICAS COMBINADAS

WHITENING HIGH COMPLEXITY WITH COMBINED TECHNIQUES

Alfano, VA; Bianchi, PF; Fernández, RE; Molina, MI; Picone, G; Picotti, D; Zegaib, M.

Pcia. Buenos Aires. Argentina

E mail: vivianaandreaalfano@hotmail.com

Fuente de apoyo financiero: FOLP. UNLP

“Sin conflicto de Interés”.

Resumen:

Estamos viviendo en una era donde los valores estéticos ocupan, en la vida cotidiana, una gran importancia. Los pacientes se acercan a la consulta, no solo para resolver problemas particulares como las caries o enfermedad periodontal, sino que hoy también piden y exigen estándares de alta estética.

Las patologías que afectan el color de las piezas dentarias tienen un impacto significativo en la calidad de vida y bienestar social de los pacientes. La percepción de una sonrisa estéticamente atractiva es fundamental para la confianza interpersonal y la integración social.

Las distintas patologías que incluyen oscurecimiento, decoloración y manchas en los dientes pueden ser tratadas de diferentes maneras. Hoy sabemos que como odontólogos podemos combinar diferentes materiales y técnicas para mejorar y restablecer colores perdidos o modificados según la agresividad de la lesión. En éste artículo mostramos cómo patologías de alta complejidad pueden tratarse con la unión de técnicas profesionales combinadas.

Palabras clave: BLANQUEAMIENTO DENTAL, MICROABRASIÓN, TÉCNICAS COMBINADAS.

Summary:

We are living in an era where aesthetic values occupy great importance in everyday life. Patients come to the consultation not only to resolve particular problems such as cavities or periodontal disease, but today they also ask and demand high aesthetic standards. Pathologies that affect the color of teeth have a significant impact on the quality of life and social well-being of patients. The perception of an aesthetically attractive smile is essential for interpersonal trust and social integration. Different pathologies that include darkening, discoloration and stains on teeth can be treated in different ways. Today we know that as dentists we can combine different materials and techniques to improve and restore lost or modified colors depending on the aggressiveness of the lesion. In this article we show how highly complex pathologies can be treated with the union of combined professional techniques.

Key words: TEETH WHITENING, MICROABRASION, COMBINED TECHNIQUES.

Introducción:

Blanqueamiento es sinónimo de una técnica mínimamente invasiva para el tratamiento de alteraciones de color que afectan las piezas dentarias. Dentro de dichas patologías se encuentran aquellas ocasionadas por causas extrínsecas e intrínsecas, estas últimas las más complejas de tratar, por tal motivo es importante saber reconocerlas y diferenciarlas. La finalidad de estos tratamientos consiste en resolver pigmentaciones severas que afectan al paciente desde el punto de vista estético y psicológico con casi nulo desgaste de tejido dentario y una técnica mínimamente invasiva.

Una de las pigmentaciones más complejas de tratar es la fluorosis dental. Esta patología es causada por la presencia de una concentración del ion flúor superior a 1 parte por millón (1 ppm) en el agua de consumo, generando una toxicidad. Se trata de una alteración del color dentario bastante frecuente en Argentina, ya que son

varias las regiones del país donde se presenta esta situación, zonas en donde se considera la fluorosis como endémica.

La gravedad de la patología depende del período en el que se produce la ingesta. Se cree que la concentración de Ion Flúor altera la función metabólica de los ameloblastos durante el desarrollo de las piezas dentarias, desde el tercer mes de embarazo hasta el octavo año de vida, causando una formación defectuosa de la matriz y una calcificación inadecuada.

Fluorosis Leve o Moderada: se caracteriza por la presencia de manchas blancas opacas las más leves y manchas ocreas las moderadas.

La superficie del esmalte de los dientes se presenta defectuosa, además, el tinte pardo es con frecuencia una característica que la distingue. Estas lesiones son pares, simétricas y se localizan en el tercio medio e incisal.

Fluorosis Grave: Existen manchas blancas profundas, manchas ocreas y defectos estructurales que varían desde puntos hasta facetas en la estructura adamantina, que por lo general llegan al tejido dentinario. La superficie del esmalte está muy afectada y la hipoplasia es tan marcada que puede afectar la forma general del diente. Se presentan zonas excavadas o gastadas y los dientes a menudo presentan un aspecto corroído.

El objetivo de este artículo es mostrar en estos casos clínicos, alternativas de tratamientos combinados, poco invasivos y más efectivos para resolver pigmentaciones dentarias de alta complejidad.

Materiales y Métodos:

Se define como blanqueamiento de alta complejidad aquellos tratamientos que demandan el uso de técnicas combinadas como microabrasión dentaria, blanqueamiento dental profesional y blanqueamiento ambulatorio.

La microabrasión dentaria es un procedimiento simple, de desgaste mecánico y químico superficial del esmalte, fácil de realizar y que elimina cerca de 10 micrómetros del mismo por aplicación. Se realiza con productos ácidos y abrasivos sobre la superficie del esmalte, en estas oportunidades se utilizó ácido clorhídrico del 6% al 18%, asociado a partículas abrasivas de carburo

de silicio, pudiendo alcanzar manchas de 0,2 mm de profundidad dentro del esmalte. Es un tratamiento conservador que elimina las manchas en forma permanente.

La microabrasion está indicada principalmente para: fluorosis de grado leve o moderado, manchas blancas superficiales e hipoplasias también de tipo superficiales.

En las imágenes presentamos dos casos clínicos, en los cuales se realizó una combinación de la técnica de microabrasión con blanqueamiento dental ambulatorio.

Para este tratamiento se siguió el siguiente protocolo:

- Historia clínica detallada.
- Diagnóstico clínico de la mancha.
- Toma de color y fotografías.
- Plan de tratamiento.
- Explicación del procedimiento al paciente.
- Consentimiento informado.

Como en todos los casos, antes de realizar los tratamientos blanqueadores, controlamos que no existieran restauraciones defectuosas, caries o defectos estructurales en los cuales se encontrara expuesta la dentina.

El siguiente paso fue realizar la profilaxis dental con brochita y piedra pómez para eliminar la placa bacteriana y manchas superficiales. Después se procedió a la protección del tejido gingival colocando una barrera.



Caso Clínico N° 1

Continuamos con el aislamiento absoluto del campo operatorio y la protección ocular del paciente colocando gafas.

Aplicamos el material para microabrasión sobre la cara vestibular de las piezas dentarias a tratar con gomas siliconadas a baja velocidad, respetando la anatomía.

Se frotó el producto con firmeza realizando movimientos circulares de 5 a 10 segundos, tras cumplir el tiempo estipulado de trabajo, se eliminaron los restos de material, aspirando primero y luego lavando con abundante agua. Se observó el grado de eliminación de las manchas y continuamos tratando solo las persistentes.

Esta técnica se puede repetir hasta doce veces, dependiendo de la mancha y grado de sensibilidad del paciente.

En la segunda sesión, evaluamos si era necesario proseguir con el tratamiento de microabrasión o si simplemente se complementa con la técnica ambulatoria.

Para lograr un mejor resultado se continuó con el tratamiento ambulatorio. Para este tratamiento se utilizan cubetas termoformadas, lo que llevó a realizar impresiones con alginato y confeccionar las mismas. Para ello se usaron placas de 0,6 mm de espesor, las que fueron recortadas 1 mm por encima del margen gingival. Estas cubetas se entregaron a los pacientes junto con una jeringa de peróxido de carbamida al 15%. Se le dieron las indicaciones por escrito en cuanto a la dosificación del material y tiempo de uso. En estos casos se utilizaron durante las horas de sueño.

Se citaron a los pacientes cada siete días para controlar el aclaramiento y la sensibilidad durante 2 semanas.

Se concluyeron los casos puliendo con pastas diamantadas, discos de grado fino y fieltros para sellar los prismas del esmalte dejando una superficie lisa y brillante.

A continuación, se tópicaron las piezas dentarias con flúor neutro al 4% durante un minuto.

Recordemos que debemos tener en cuenta siempre en los tratamientos blanqueadores que, cuanto más joven es el paciente, mayor es la posibilidad que manifieste sensibilidad y quizás requiera de un número menor de sesiones que un

paciente de mayor edad para lograr los mismos resultados.



Caso Clínico N° 2

Conclusiones

En la Asignatura de Operatoria Dental B Facultad de Odontología de la UNLP se llevan a cabo aproximadamente 180 blanqueamientos de alta complejidad por ciclo lectivo desde el año 2002. Con estos procedimientos se benefician personas de ambos sexos, en un rango de edad que oscila entre 18 y 65 años.

La experiencia adquirida durante los años de estos procedimientos indica que esta técnica mínimamente invasiva, en contraste con carillas o coronas, representa una opción adecuada como primera elección, evidenciada en los resultados alcanzados en los pacientes que se han beneficiado tanto estética como psicosocialmente.

Referencias:

- Protocolos de trabajo establecidos por la Asignatura Operatoria Dental B de la Facultad de Odontología. UNLP.
- Hirata R, Higashi C, Blanqueamiento dental: conceptos y sustancias blanqueadoras. Tips ©2012. Editorial Médica Panamericana
- Trávez-Pacheco S, Parise-Vasco J, Silva-Silva J. Técnica combinada de microabrasión y blanqueamiento dental para tratamiento de pigmentaciones asociadas a fluorosis. Reporte de un caso. Científica Dental. 2021; 18; 1; 51-56

- Wang Q, Meng Q, Meng J. Minimally invasive esthetic management of dental fluorosis: a case report. *J Int Med Res.* 2020 Oct;48(10):300060520967538. doi: 10.1177/0300060520967538. PMID: 33121307; PMCID: PMC7607159.

- Sundfeld D, Pavani CC, Pavesi Pini NI, Machado LS, Schott TC, Bertoz APM, Sundfeld, R.H. Esthetic recovery of teeth presenting fluorotic enamel stains using enamel microabrasion and home-monitored dental bleaching. *J Conserv Dent.* 2019 Jul-Aug; 22(4):401-405. doi: 10.4103/JCD.JCD_77_19. PMID: 31802828; PMCID: PMC6873608.

- Moradas Estrada, M. ¿Qué material y técnica seleccionamos a la hora de realizar un blanqueamiento dental y por qué?: protocolo para evitar hipersensibilidad dental posterior. *Av Odontoestomatol* [online]. 2017, vol.33, n.3 [citado 2024-03-16], pp.103-112.

PROXIMO ATENEO: 26 DE ABRIL DEL 2024

LOS ESPERAMOS

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
A través del link:
<https://docs.google.com/forms/d/1Kuy1t0dNjIFDoM1ZUGd73tg9hZC03JC72-LCxYBvIA>

NO ARANCELADO
Se entrega certificado de asistencia

#ATENEOOPEB



Acryl-Ar

Importador y Distribuidor Mayorista



acrylarsrl

acrylar



www.acryl-ar.com

¿RESTAURACIONES PELIGROSAS?

¿DANGEROUS RESTORATIONS?

Molina, MI; Arcuri, A; Levalle, MJ; Mayocchi, KA;
Sirimarco, K.

Comité Regional de Investigación Tumoral y
Oncología Odontológica (CRITOO)

comite.tumoral.folp@gmail.com

Facultad de Odontología - UNLP (Calle 50 e/ 1 y
115) La Plata (1900)

Fuente de apoyo financiero: Folp

“Sin conflicto de Interés”.

Resumen: En este artículo, la gran protagonista es la mucosa bucal. En sus letras el Comité Regional de Investigación Tumoral y Oncología Odontológica (CRITOO) invita al odontólogo de hoy a llevar su mirada hacia la mucosa bucal, tomando conciencia de la importancia de la prevención del Cáncer Oral en sus estadios iniciales.

Palabras clave: OPERATORIA DENTAL, LESIONES PRECANCEROSAS, CÁNCER BUCAL.

Summary: In this article, the main focus is on oral mucosa. In its words, the Regional Committee for Tumoral Research and Odontological Oncology (CRITOO) invites today's dentist to direct their attention towards oral mucosa, raising awareness about the importance of early-stage Oral Cancer prevention.

Key words: DENTAL OPERATION, PRECANCEROUS LESIONS, ORAL CANCER.

Introducción

No cabe ninguna duda que los odontólogos somos artistas. Somos capaces de moldear, esculpir, imitar y mimetizar nuestras restauraciones. Utilizamos resinas y cerámicas para recrear la belleza perdida de las piezas dentarias de nuestros pacientes. Fresas, piedras, espátulas, pinceles y discos nos ayudan a generar estética y brillos. Vivimos en la era de lo bello y estético. La demanda de belleza de toda índole ha inundado la sociedad en casi cualquier ámbito, desde la salud a lo poco saludable; posiblemente influida por las imágenes tan vividas desde las numerosas redes sociales, llenas de abusos de muchos filtros “poco saludables”. Los que se muestran tienen radiantes y blancas sonrisas, como si fuera un pecado tener un color compatible con la realidad que vivimos.

Y ahí vamos los dentistas un poco aturdidos, tratando de surfear en las aguas tormentosas que se generan entre la demanda estética de la población y la definición de salud que nos enseña la OMS, buscando el bienestar biopsicosocial de nuestros pacientes.

Dientes blancos y bellos, encías rosadas y saludables, alientos agradables son el objetivo de nuestra práctica diaria. Hoy la gran olvidada es la mucosa bucal, el foco de estudio del estomatólogo, el área de competencia de los odontólogos que va perdiendo terreno a medida que avanza la estética y la blancura. Esa mucosa que vemos cuando hay algo que nos llama mucho la atención, y quizás ya sea tarde.

Desarrollo:

Si tomamos la definición de la OMS, diremos que el cáncer es un término genérico para un grupo de más de 100 enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo, sinónimo de neoplasias y tumores malignos. El cáncer que inicia y termina en la cavidad oral se denominará cáncer oral y puede dividirse en tres grandes grupos: carcinomas propios de la cavidad oral, carcinomas de labio-bermellón y carcinomas de la orofaringe.¹

Una lesión de cáncer ya establecida no es difícil de diagnosticar; dolor, sangrado, ulceración, una masa, otalgia y/o disfagia dirigirán al profesional a una lesión primaria; con posibilidades de que ya

se tenga alguna linfadenopatía cervical asociada.² Un diagnóstico temprano es compatible con una mayor tasa de supervivencia y menores disfunciones post tratamiento.

Para hacer un diagnóstico temprano el odontólogo deberá ser cuidadoso a la hora de inspeccionar la mucosa y semi-mucosa de los pacientes sin esperar que aparezcan síntomas. La ADA (Asociación Dental Americana) aconseja el control anual a pacientes de más de 40 años, junto a la educación en factores de riesgo, buscando disminuir la morbi-mortalidad.

El cáncer oral puede afectar a cualquier parte de la cavidad oral pero su localización más frecuente suele ser en el borde lateral de la lengua y suelo de boca, aunque también puede afectar a otras estructuras como orofaringe, paladar blando, mucosa yugal o labio inferior.³

El diagnóstico temprano depende de la astucia clínica del profesional o incluso del propio paciente cuando es capaz de identificar una lesión sospechosa mientras ésta se encuentra en un estadio temprano.

La inspección de la cavidad bucal debe empezar con el examen de los labios, en la superficie externa se evaluará color, integridad de la semimucosa, borde libre y comisuras, y en la interna frenillos, nódulos a la palpación, integridad de la mucosa y cambios de color. Luego se evalúa de manera global la cavidad bucal, atendiendo especialmente al tejido gingival y fondo de surco, se observa y se palpa la mucosa yugal, el suelo de boca y la lengua tanto en su cara ventral, dorsal y bordes laterales para lo cual se la debe tomar con una gasa. Una vez realizada esta observación, se realiza la del paladar tanto duro como la zona del velo y sus pilares. En todas estas áreas debemos estar atentos a la presencia de lesiones elementales.⁴

El diagnóstico clínico debe realizarse ante la presencia de aquellas lesiones que la Organización Mundial de la Salud, revisión del año 2022 considera como Desórdenes Potencialmente Malignos, “las manchas blancas, como pueden ser leucoplasias (Figuras 1 y 2), manchas rojas o eritroplásicas y manchas blancas y rojas (leucoplasias moteadas y eritroleucoplasia) y displasia moderada a severa o carcinoma in situ “. La úlcera traumática en esta clasificación toma un destacado rol.



Figura N° 1



Figura N° 2

Es importante tener presentes los factores predisponentes del cáncer oral a saber: el tabaquismo y el consumo de alcohol y la sinergia entre ellos.²⁻⁶ El consumo de nuez de betel o de areca, o hábitos tales como mascar tabaco y fumar invertido, son también factores muy importantes en la etiología del cáncer oral en países asiáticos o Sudamérica. Algunos virus, como virus de ADN (hepatitis B y C), Epstein-Barr o VPH (genotipos 16 y 18), se engloban también dentro de la etiología. El aumento de edad, químicos en dieta, prótesis mal ajustadas, mala higiene oral, fármacos como el dietilestilbestrol o exposiciones a energías que producen daño directo a los genes como los rayos X, son también factores a tener en cuenta.³

En la literatura aparece evidencia sobre la existencia de otros riesgos emergentes, entre

ellos la irritación mecánica crónica provocada por los elementos dentarios dispuestos en ambas arcadas, sobre los bordes laterales de la lengua.⁶ Ingassia y Rivarola (2022) también nos llaman la atención sobre el Trauma Crónico de la Mucosa Oral (TCMO), su acción mecánica y repetitiva como agresor, que puede ocasionar irritación mecánica y lesionar o intensificar lesiones ya existentes de patologías bucales previas, que figuran en la literatura como asociadas a carcinogénesis. (Figura N°3) Piezas dentarias rotas, ásperas, restauraciones desbordantes, pulidas deficientemente parecen entrar en juego cuando hablamos de TCMO.



Figura N° 3

Algunos autores mencionan al trauma como consecuencia del aumento de tamaño por causa del mismo tumor, lo que genera controversia. Aquí es donde entra en juego nuestro rol de profesionales de salud, ya sea si lo causa o si lo empeora, nuestra tarea será disminuir cualquier elemento que ocasione trauma crónico en la mucosa oral.



Figura N° 4

Conclusiones

La Operatoria Dental fue siempre considerada un arte, hoy desde el Comité Regional de Investigación Tumoral y Oncología Odontológica (CRITOO) los invitamos a extender esa mirada y destacar la belleza de una mucosa sana, y seguir mirando siempre las posibles transformaciones de su aspecto, en cuanto a color, textura, continuidad para lograr un perfecto cuadro ensamblando una bella sonrisa y la armonía de las formas dentales sobre la mucosa bucal.

Bibliografía

1. Rocha Buelvas A. Cáncer oral: el papel del odontólogo en la detección temprana y control. *Rev Fac Odontol Univ Antioq* 2009; 21(1): 112-121.
2. Mashberg, A. and Samit, A. (1995), Early diagnosis of asymptomatic oral and oropharyngeal squamouscancers. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 45: 328-351. <https://doi.org/10.3322/canjclin.45.6.328>
3. Mateo-Sidrón Antón MC, Somacarrera Pérez ML Cáncer oral: Genética, prevención, diagnóstico y tratamiento. *Revisión de la literatura. Av. Odontoestomatol* 2015; 31 (4): 247-259.
4. García-García, V., & Bascones Martínez, A. (2009). Cáncer oral: Puesta al día. *Avances en Odontoestomatología*, 25(5), 239-248.
5. Casariego, Z. J. (2009). La participación del odontólogo en el control del cáncer oral: Manejo en la prevención, tratamiento y rehabilitación. *Revisión. Avances en odontoestomatología*, 25(5), 265-285.
6. Ingrassia Tonelli, M.E.; Rivarola, E. *Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Cuyo*. 2022. Volumen 16. N° 1

POR OTRAS RAMAS DE LA ODONTOLOGIA



Introducción: Explorando las Intersecciones de la Operatoria Dental con Otras Ramas de la Odontología

La operatoria dental, como disciplina central en la práctica odontológica, no solo se limita al tratamiento de las caries y restauraciones dentales, sino que también se encuentra intrínsecamente conectada con diversas ramas de la odontología.

En este capítulo de la revista, exploraremos las múltiples intersecciones entre la operatoria dental y otras áreas especializadas, destacando la importancia de un enfoque interdisciplinario para ofrecer una atención integral y de calidad a nuestros pacientes.

Desde la ortodoncia hasta la endodoncia, pasando por la periodoncia y la implantología, cada una de estas ramas complementa y enriquece la práctica de la operatoria dental, contribuyendo así a la salud bucodental global de nuestros pacientes.

A través de esta exploración, esperamos brindar una visión amplia y enriquecedora que inspire a los profesionales de la odontología a colaborar de manera interdisciplinaria para ofrecer soluciones óptimas y personalizadas a las necesidades de cada individuo.

**¡Bienvenidos a este viaje de descubrimiento y aprendizaje
en las intersecciones de la operatoria dental
con otras ramas de la odontología!**

QUISTE INFLAMATORIO DE LOS MAXILARES. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

INFLAMMATORY CYST OF THE MAXILLAE. DIAGNOSIS AND TREATMENT.

D' Ambrosio, H.

Mail: dambrosiohernan@gmail.com

Facultad de Odontología - UNLP (Calle 50 e/ 1 y
115) La Plata (1900)

Fuente de apoyo financiero: Autogestión

“Sin conflicto de Interés”.

Resumen:

Dentro de la patología de los maxilares, resulta de interés por su frecuencia, la de origen odontogénico en relación a los remanentes epiteliales de la formación dental y de fisiopatología inflamatoria ligada a la necrosis del complejo dentino-pulpar.

Estas entidades generalmente asintomáticas son hallazgos casuales del estudio por imágenes, cuando el motivo de la consulta no representa la patología en cuestión.

Por ello es de vital importancia establecer el diagnóstico correcto para efectuar el tratamiento adecuado.

Palabras Clave: QUISTE RESIDUAL, RESTOS EPITELIALES DE MALASSEZ, PROTAGLANDINAS.

Summary:

Within maxillary pathology, the odontogenic origin is of interest due to its frequency, related to epithelial remnants from dental formation and to the inflammatory physiopathology linked to the necrosis of the dentin-pulp complex. These entities, generally asymptomatic, are incidental findings in imaging studies when the reason for

consultation does not represent the pathology in question. Therefore, it is vital to establish the correct diagnosis to proceed with appropriate treatment.

Key Words: RESIDUAL CYST, MALASSEZ EPITHELIAL REMNANTS, PROTAGLANDINS.

Introducción:

Representan la mayoría de todos los quistes buco-máxilo-faciales, entre el 57 y el 87 %. Se denominan quistes paradentales, periodontales, apicales o radiculares.

Etiología: el epitelio procede de los restos epiteliales de Malassez originados en los vestigios de la vaina de Hertwig. La transformación de estas células epiteliales en quistes puede ocurrir por caries con consiguiente necrosis pulpar, se forma un granuloma como reacción defensiva hiperplásica frente a un estímulo inflamatorio persistente y no intenso. La proliferación de las células epiteliales se hace de modo irregular, las células situadas en el interior sufren una degeneración hidrópica y se necrosan, formando una cavidad llena de líquido.

Por otro lado, las células plasmáticas de la vecindad son asiento de la degeneración grasa y se incorporan al contenido líquido. Una vez formado el quiste, crece progresivamente por aumento pasivo y no por proliferación del epitelio.

Para explicar el crecimiento del quiste existen diversas teorías: reabsorción ósea por la presión quística, producción de colagenasas, presencia de prostaglandinas sintetizadas, poder fibrinolítico de la pared, etc. Estos quistes radiculares crecen lentamente, y llegan a adquirir grandes dimensiones con expansión de las corticales externas.

En principio, el quiste es asintomático, solo se aprecia por procedimientos radiográficos. El diagnóstico diferencial entre quiste y granuloma es difícil, aunque el factor tamaño no es decisivo para establecer este diagnóstico; se acepta que a partir de 2 cm (evolución de 10 años), la lesión se considera quística y capaz de dar sintomatología.

Dependiendo de su localización, se distinguen distintas formas topográficas, la mayor frecuencia es en el maxilar, en la región anterior; en este caso, la evolución se produce hacia el

vestíbulo, fosa nasal, región palatina, senos maxilares y más raramente, la tuberosidad.

En la mandíbula la evolución es hacia vestibular, a lo largo del cuerpo de la mandíbula, llegando a veces a rama ascendente.

El quiste puede infestarse secundariamente y se manifiesta como una celulitis aguda, puede además fistulizar y supurar a regiones vecinas (boca y piel), también puede provocar parestesias, desviación de los dientes vecinos y hasta provocar fracturas mandibulares.

El diagnóstico se establece por los signos radiológicos y por la clínica que revelan solo estados avanzados de estos.

Características radiográficas: se observa ensanchamiento del espacio periodontal, una zona radiolúcida redondeada u oval con línea ósea de condensación periquística.

Descripción del Caso

1º Cita Odontológica:

Paciente de sexo masculino de 58 años de edad concurre a la consulta odontológica para realizarse sus prótesis nuevas, al examen clínico que observa que en el maxilar superior presenta una prótesis completa sobre dos raíces sin tratamiento endodóntico de las piezas dentarias 13 y 23, mientras que en el maxilar inferior se observa periodontitis severa en las piezas dentarias 32-31-41-42 y 43. A la palpación de la zona izquierda del cuerpo mandibular se detecta una elevación anormal abultada y de forma redondeada.

Enfermedades preexistentes: Diabetes Mellitus Tipo II

Medicación: Metformina 1g (Comprimidos)

Motivo de la Consulta: Cambio de Prótesis
Diagnóstico Clínico: Periodontitis Severa

2º Cita Odontológica:

Se descubre a través de los estudios por imágenes una gran zona radiolúcida de forma redondeada, de 2 cm de diámetro aproximadamente en el cuerpo mandibular del lado izquierdo en zona de piezas dentarias 3.4 - 3.5 ausentes.



Figura N° 1

Diagnóstico presuntivo: Quiste residual.

Medicación Preoperatoria para cirugía quística:

- **Antibiótico:** Amoxicilina 875 mg + Acido Clavulánico 125 mg (Comprimidos). Se indicó la toma de 2 comprimidos una hora antes de la intervención quirúrgica.

- **Analgésico:** Ibuprofeno 600 mg (Comprimidos)

Se indicó la toma de 1 comprimido una hora antes de la intervención quirúrgica.

3º Cita Odontológica:

Cirugía de Tejidos Blandos Endobucal - Pasos Clínicos:

- Antisepsia del campo operatorio
- Técnica Anestésica: Troncular - Infiltrativa - Interpapilar
- Tipo de Anestesia: Clorhidrato de Carticaína 4% + Adrenalina 1.100.000
- Tipo de Incisión: Supracrestal - Crevicular y Vertical.
- Eliminación del quiste residual propiamente dicho y colocación de relleno óseo con membrana de colágeno.

Tipo de Relleno Óseo: Hueso Heterólogo Osteodens 2g
Tipo de Membrana: Kytimom membrana de colágeno.

Sutura: Nylon Monofilamento 5/0 Cantidad de Puntos de Sutura: 8 puntos

Medicación Post-Operatoria:

- **Antibiótico:** Amoxicilina 875 mg + Acido Clavulánico 125 mg (Comprimidos) Se indicó la toma de 1 comprimidos cada 12 horas durante 10 días.

- Analgésico: Ibuprofeno 600 mg (Comprimidos). Se indicó la toma de 1 comprimido cada 8 horas solamente si tiene dolor.
- Antiséptico Bucal: Digluconato de Clorhexidina 0,12 %. Se indicaron buches 3 veces por día durante 15 días.



Figura N° 2



Figura N° 3

El material obtenido fue acondicionado y remitido para su estudio histopatológico al laboratorio de anatomía patológica de la Asignatura Patología y Clínica Estomatológica de la FOLP.

4º Cita Odontológica: Control post-cirugía - Se solicita nueva Rx. Panorámica



Figura N° 4

Diagnostico de Certeza: Quiste Residual (Protocolo nº xxx/15)

Conclusiones:

- Todos los quistes tienen un origen y un comportamiento clínico distinto.
- Su crecimiento es siempre lento y expansivo, son generalmente asintomáticos y descubiertos en exámenes radiológicos de rutinas.
- Pueden por su expansión provocar fracturas óseas.
- Son recidivantes.
- Los quistes maxilares más frecuentes son los quistes epiteliales odontógenos (con más de 90 %) y de ellos, los radicales y los dentígeros son los de mayor incidencia.

Referencias:

- Masson SA. Manual de odontología. 3 reimp. Barcelona; 2002. Pp. 161-330.
- Santana G. Atlas de patología del complejo bucal. Ed. Científico-Técnica. La Habana; 1985. Pp. 19-237.
- Shafer W. Tratado de patología bucal. 4 ed. Cap.4. México D.F.: Nueva Editorial interamericana; 2000. Pp.262.
- Carranza FA. Periodontología clínica de Glickman. La Habana: Ed. Pueblo y Educación, 1983. Pp. 125- 269.

ivoclar

Acryl-Ar

Importador y Distribuidor Mayorista



Making People Smile



ARTE EN ODONTOLOGIA

Bienvenidos a la Sección donde la ciencia se encuentra con el arte

En el mundo de la odontología, la operatoria dental representa una fusión única entre la ciencia y el arte. En esta sección de nuestra revista, exploraremos cómo la práctica de la odontología no solo busca restaurar la salud bucal, sino también crear obras maestras estéticas que transforman sonrisas y cambian vidas.

La Importancia del Arte en la Odontología:

La estética dental no solo se trata de crear sonrisas hermosas, sino también de comprender y aplicar los principios del arte y el diseño. Desde la selección de materiales hasta la manipulación de la forma y el color, cada detalle es cuidadosamente considerado para lograr resultados que no solo sean funcionales, sino también visualmente impactantes.

La Fotografía como Herramienta Clave:

La fotografía desempeña un papel fundamental en la operatoria dental moderna.

No solo documenta el proceso clínico, sino que también sirve como una herramienta invaluable para el análisis y la planificación estética.

Explorando la Creatividad:

La operatoria dental no solo se trata de seguir protocolos clínicos; es un campo que permite a los profesionales expresar su creatividad y habilidad artística.

Únete a Nosotros en este Viaje:

Ya sea que seas un profesional de la odontología, un estudiante apasionado o simplemente alguien interesado en la intersección entre la ciencia y el arte, te invitamos a explorar esta sección con nosotros.

Descubre cómo la operatoria dental no solo restaura sonrisas, sino que también despierta la creatividad y el sentido estético en la búsqueda de la excelencia clínica.

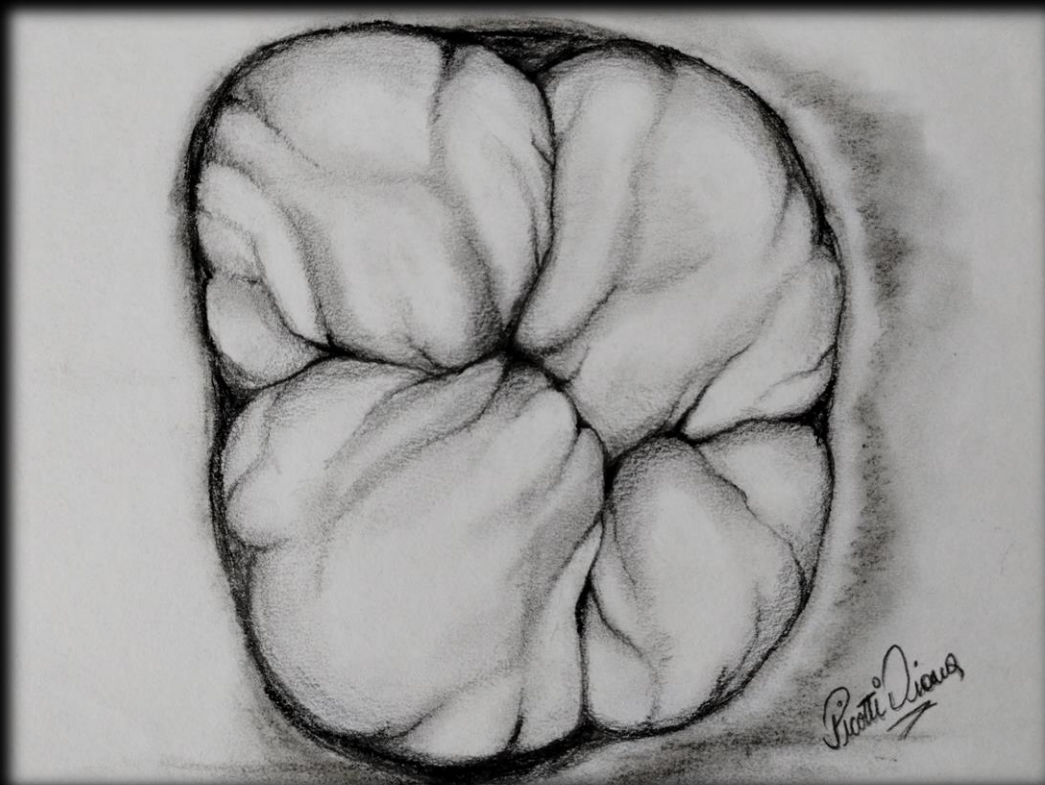


Fotografía Od. Mauro Zegaib

¡Bienvenidos a un mundo donde la ciencia se encuentra con el arte, y donde cada sonrisa es una obra maestra en sí misma!

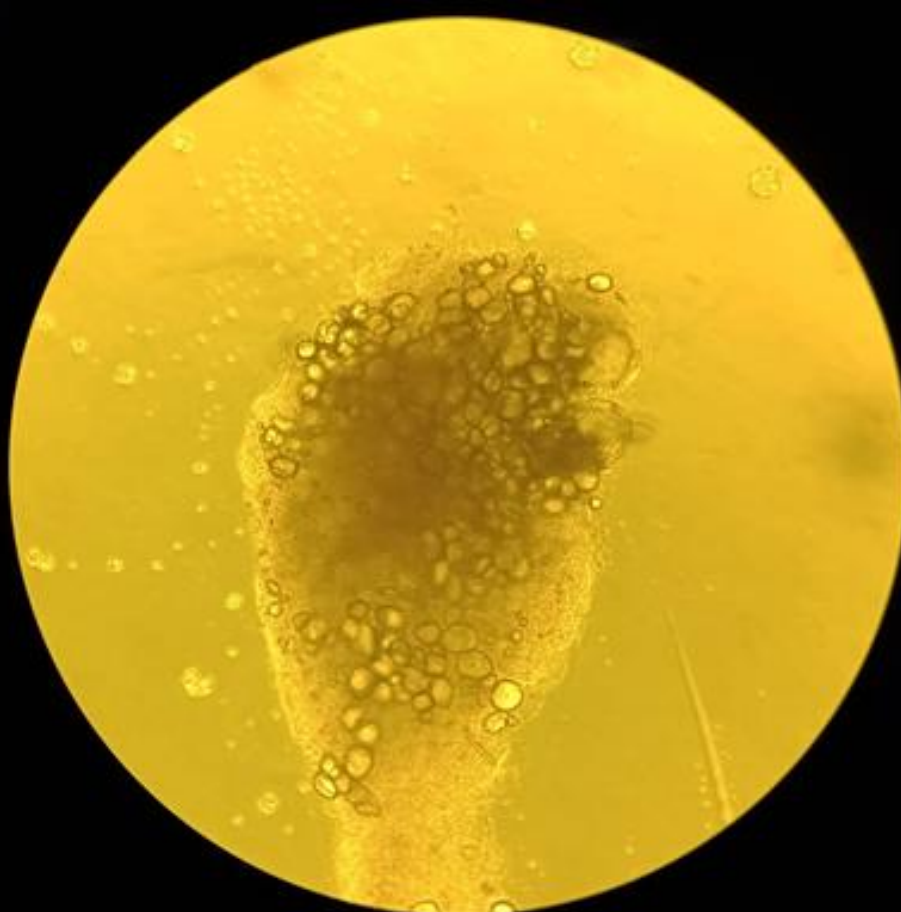
DIBUJO

Diana Picotti



“Hot Legs”
FOTOGRAFIA
Mauro Zegaib





“Burbujitas”

FOTOGRAFIA

Cultivo de explanto tumoral

Comité Regional de Investigación
Tumoral y Oncología
Odontológica (CRITOO)

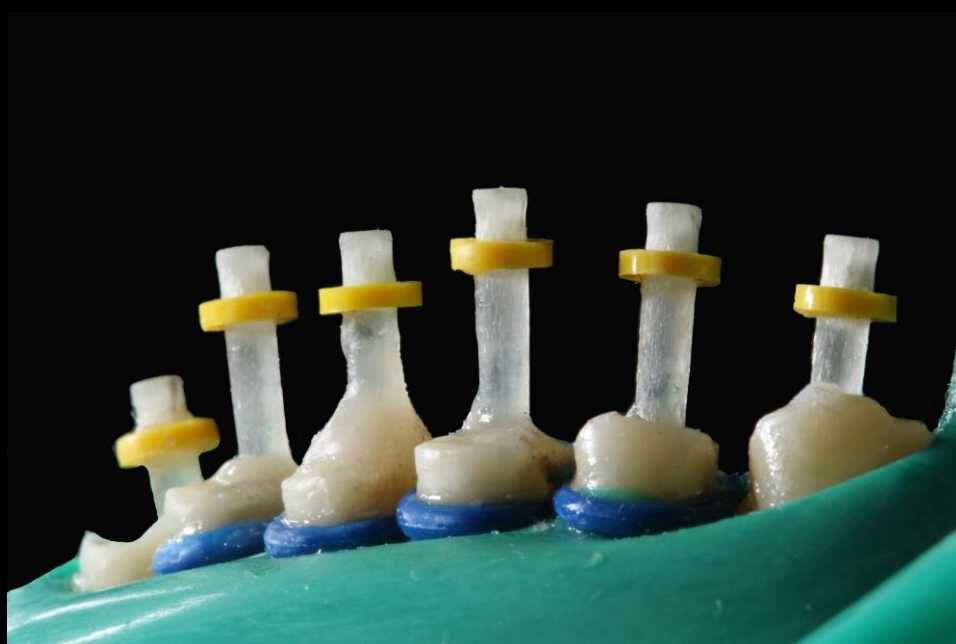


“Butterfly”
FOTOGRAFIA
Mauro Zegaib



DIBUJO

Diana Picotti



“Angelados”

FOTOGRAFIA

Mauro Zegaib

CONOCIENDONOS

ATENEO PARA EL ESTUDIO DE OPERATORIA DENTAL Y ESTÉTICA DENTAL: “PROFESOR DOCTOR PEDRO RODOLFO SALAZAR”

En el año 2019, la Asignatura Operatoria Dental B decide la creación de un Ateneo. El motor que nos movilizaba en ese momento era el de, por medio de la organización de cursos, jornadas, congresos, mesas redondas y publicaciones de carácter científico-humanístico, social y cultural; intentar llevar a los profesionales y estudiantes de nuestra querida profesión odontológica, todos los conocimientos que tuviéramos para compartir. Y así fue como empezamos:

ATENEO: ACTA DE FUNDACION

“En la ciudad de La Plata a los treinta días, del mes de agosto del año 2019 por resolución n° 1119 correspondiente al expediente n° 25001152/19. El honorable consejo directivo de la facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata, resuelve crear el Ateneo para el estudio de Operatoria y Estética Dental: “PROFESOR DOCTOR PEDRO RODOLFO SALAZAR” perteneciente a la asignatura Operatoria Dental B” de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata.”

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

FOTOGRAFIA APLICADA A LA ODONTOLOGIA

El día 28 de abril se realizó el 1° curso del ciclo 2023, dictado por el Odontólogo, Mauro Zegaib: “FOTOGRAFÍA APLICADA A LA ODONTOLOGÍA”. En dicho curso se mostraron los beneficios de la obtención de imágenes fotográficas en odontología y su importancia como documento legal, el valor que genera como soporte de información clínica, para realizar evaluaciones estéticas incluidos color, forma y proporción, controles intra y post operatorios, comunicación con el paciente y con el laboratorio. También la importancia que tiene en la realización de evaluaciones a distancia. Se incluyó en el desarrollo del tema la realización de

una demostración práctica de cada toma fotográfica para registrar todo lo necesario para cada una de las ramas de la odontología.

Dentro de los contenidos del curso, también estuvieron incluidos aquellos que se refieren a la fotografía realizada por cámaras de celulares, presentando sus pros y contras, las mininas características que deben de poseer dichos dispositivos para poder ser utilizados y así optimizar su uso.



INICIANDONOS EN LA ODONTOLOGIA DIGITAL

El día 16 de junio se realizó el 2° curso del ciclo 2023 del Ateneo Operatoria Dental B, dictado por el Odontólogo, Ezequiel Chávez: “INICIANDONOS EN LA ODONTOLOGIA DIGITAL”.

En el curso el dictante expuso todo el crecimiento, desarrollo y evolución transformadora de la odontología digital, compartiendo su experiencia, con sus aciertos y errores, que lo llevaron a los conocimientos que hoy puede compartir.

Temas tratados: utilización de scanner para obtener registros en las distintas ramas de la

odontología, utilización de programas para realizar encerados virtuales y guías quirúrgicas como así también sobre la confección de las mismas.

Por último, se mostraron diferentes casos clínicos.



UTILIZACION DE PERNOS DE FIBRAS EN PIEZAS TRATADAS ENDODONTICAMENTE

El día 7 de Julio se realizó el 3º curso del ciclo 2023 del Ateneo Operatoria Dental B, dictado por el Prof. Dr. Pablo Bianchi: "UTILIZACION DE PERNOS DE FIBRAS EN PIEZAS TRATADAS ENDODONTICAMENTE".

La temática del curso nos llevó a recorrer los principios de los procesos fisiológicos que sufre una pieza dentaria al llegar a recibir un tratamiento endodóntico y la dificultad para su rehabilitación.

Se mostraron la evolución de los pernos de fibras, sus indicaciones, sus contraindicaciones y las distintas técnicas para su utilización, como así también la técnica para la elaboración de la anatomización de los pernos; perno madre más accesorios y los diferentes sistemas que se encuentran hoy en el mercado.

También se hizo referencia a la evolución de los diferentes sistemas de cementos adhesivos con que cuenta hoy el odontólogo y la manipulación correcta de cada uno de estos.



ODONTOLOGIA DIGITAL

El día 4 de agosto se realizó el 4º curso del ciclo 2023 del Ateneo Operatoria Dental B, dictado por Odontólogo Arthur Mansini (Brasil): "ODONTOLOGIA DIGITAL". En él se hizo referencia a la evolución y desarrollo del escáner para la toma de impresiones digitales. Diserto sobre la utilidad y versatilidad de los mismos para diferentes registros en referencia a la necesidad de incorporar esta nueva tecnología a la consulta diaria para simplificarla.

EL curso finalizó con una demostración y un pequeño workshop en el que participaron muy entusiasmados los asistentes.

RESTAURACIONES INDIRECTAS DEL SECTOR POSTERIOR

El día 18 de agosto se realizó el 5º curso del ciclo 2023 del Ateneo Operatoria Dental B, dictado por el Prof. Dr. Pablo Bianchi: "RESTAURACIONES INDIRECTAS DEL SECTOR POSTERIOR". En el mismo se llevó a cabo un recorrido breve por la historia de las incrustaciones de resina, desde su nacimiento hasta cómo fue su evolución a lo largo del tiempo.

El disertante nos compartió su protocolo de trabajo desarrollado en sus 30 años de experiencia. Hizo referencia a la definición de técnicas de tallado con instrumentos rotatorios de precisión; a las diferentes técnicas para

registrar dichos tallados y como confeccionar modelos de trabajo tanto de yeso como de siliconas. Vimos los instrumentos utilizados para esculpir las resinas, para la confección anatómo-funcional de las incrustaciones y la secuencia de cementado utilizada en la Asignatura de Operatoria Dental B, como así también el seguimiento y mantenimiento de las mismas a lo largo del tiempo.

REHABILITACION ORAL Y REGENERACION OSEA LASER ASISTIDA EN EL CONTEXTO OCLUSAL Y PERIODONTAL

El día 23 de septiembre se realizó el 6° curso del ciclo 2023 del Ateneo Operatoria Dental B, dictado por el Odontólogo Fernando Madikian: “REHABILITACION ORAL Y REGENERACION OSEA LASER ASISTIDA EN EL CONTEXTO OCLUSAL Y PERIODONTAL”

La primera parte de la disertación estuvo abocada a mostrar un nuevo enfoque de como ver y evaluar la oclusión. El dictante compartió con el auditorio las bases de los conocimientos que modifican y modernizan los conceptos que se tienen y que fueron enseñados y aprendidos en nuestra formación académica, dando debate y confrontando pensamientos que enriquecen a nuestra ciencia.

En la segunda parte del curso, nuestro invitado desarrollo la temática del uso del láser como un procedimiento revolucionario en la odontología moderna. Se pudieron observar numerosos casos clínicos que describieron en forma clara y concisa los resultados obtenidos con dichos tratamientos y los beneficios que proporcionan a los pacientes.

ATENEO OPERATORIA DENTAL B
"Prof. Dr. Pedro Salazar"
"REHABILITACION ORAL Y REGENERACION OSEA LASER ASISTIDA EN EL CONTEXTO OCLUSAL Y PERIODONTAL"

DISERTANTE
 Dr. Madikian Fernando

FECHA
 Viernes 15 de septiembre 2023

HORARIO
 19:30 hs

LUGAR
 Auditorio Mercedes Medina

INSCRIPCIONES
 Enviar mail a opb.folp.unlp@gmail.com
 (detallar nombre, apellido, matricula/legajo)

NO ARANCELADO
 Se entrega certificado de asistencia

#ATENEOPEB

LA NUEVA HORA DE LA ODONTOLOGIA ADHESIVA BIOMIMETICA

El día 20 de octubre se realizó el 7° curso del ciclo 2023 del Ateneo Operatoria Dental B, dictado por el Odontólogo Sebastián Jordán: “LA NUEVA HORA DE LA ODONTOLOGIA ADHESIVA BIOMIMETICA”.

El curso se desarrolló en una primera etapa mostrando los conocimientos actuales básicos para obtener una aceptable adhesión al esmalte y a la dentina, para proseguir con una detallada información de los avances de los sistemas adhesivos actuales. Vimos, en forma detallada y ejemplificada con numerosos casos clínicos y presentaciones animadas en 3D, diferentes técnicas adhesivas, que logran como resultado la odontología biomimética buscada en la actualidad.

El Dr. Jordán aclaro muchas dudas planteadas sobre la adhesión en odontología y presentó hacia donde se encamina la adhesión en un futuro mediato.

ATENEO OPERATORIA DENTAL B
"Prof. Dr. Pedro Salazar"
"LA NUEVA ERA DE LA ODONTOLOGIA ADHESIVA BIOMIMETICA"

DISERTANTE
 Dr. Jordan Sebastian

FECHA
 Viernes 20 de octubre 2023

HORARIO
 19:30 hs

LUGAR
 Auditorio Mercedes Medina

INSCRIPCIONES
 Enviar mail a opb.folp.unlp@gmail.com
 (detallar nombre, apellido, matricula/legajo)

NO ARANCELADO
 Se entrega certificado de asistencia

#ATENEOPEB

BIOMIMESIS Y BIOMIMETICA EN NUESTRA PRACTICA DIARIA

El día 17 de noviembre se realizó el 8° curso del ciclo 2023 del Ateneo Operatoria Dental B, dictado por el Odontólogo Esteban Peral:

“BIOMIMESIS Y BIOMIMETICA EN NUESTRA PRACTICA DIARIA” El Dr. Esteban Peral se refirió durante su conferencia a la biomimesis y biomimetica de los materiales aplicados en la actualidad, para la realización de una odontología estética moderna en el día a día del consultorio. Hizo referencia a cómo, la industria de los materiales dentales entiende una necesidad no solo de compatibilidad biológica sino también de un comportamiento similar a la hora de que estos ejerzan su función.

Presento nuevas resinas que pronto se incorporaran al mercado, estas contienen minerales en su composición a través de los cuales mejoraran la estabilidad de las restauraciones en el tiempo.

Para terminar, con numerosos casos clínicos, dio muestra de la utilización en implantología de pilares proteicos fabricados con PEEK material muy compatible con la biología en su formulación y su compatibilidad con los tejidos y la obtención de buenos resultados a medio y largo plazo.

LOS INVITAMOS A LOS ATENEOS 2024

VIERNES 26 DE ABRIL

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
A través del link:
<https://docs.google.com/forms/d/1Kuy110dNjFDmM1ZUGd73qg9ZCO3JC12-LCvYBvIA>

NO ARANCELADO
Se entrega certificado de asistencia

#ATENEOPEB

VIERNES 27 DE MAYO

ATENEO OPERATORIA DENTAL B

"Prof Dr. Pedro Salazar"

“RESOLUCIONES CLINICAS CON RESINAS COMPUESTAS CON ENFOQUE BIOMIMETICO”



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/1Kuy110dNjFDmM1ZUGd73qg9ZCO3JC12-LCvYBvIA>

NO ARANCELADO
Se entrega certificado de asistencia

#ATENEOPEB

ATENEO OPERATORIA DENTAL B

"Prof Dr. Pedro Salazar"

“BIOMIMESIS Y BIOMIMÉTICA EN NUESTRA PRÁCTICA CLÍNICA”



DISERTANTE
Dr. Peral Esteban Gabriel

FECHA
Viernes 17 de noviembre 2023



HORARIO
19:30 hs

LUGAR
Auditorio Mercedes Medina



INSCRIPCIONES
Enviar mail a opb.folp.unlp@gmail.com
(detallar nombre, apellido, matricula/legajo)

NO ARANCELADO
Se entrega certificado de asistencia

#ATENEOPEB

44





La Asociación de Facultades de Odontología de la Argentina, impulsa la colaboración entre las carreras de grado que otorgan el título de odontólogo. Esta asociación fomenta el intercambio de experiencias relacionadas con la investigación, la prestación de servicios asistenciales y las actividades de extensión universitaria.

En este contexto, se presentó un evento anual ya realizado en diversas Universidades Nacionales, con el objetivo de actualizar conocimientos en odontología, adaptándolos a la realidad nacional y regional.

La iniciativa busca incentivar el estudio de las problemáticas de salud bucal de la población para colaborar con las autoridades públicas en la implementación de acciones concretas para su resolución.

La jornada académica, se llevó a cabo el 27 y 28 de octubre en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata.

El viernes 27, se inició con la exposición de posters y temas libres, seguido de reuniones con autoridades, almuerzo, más exposiciones y un acto inaugural, culminando con una fiesta de bienvenida.



El sábado 28 continuó con almuerzo, actividades recreativas y una fiesta de despedida.

En cuanto a la presentación de trabajos, se aceptaron contribuciones tanto en formato de tema libre como de posters.



1º JORNADAS DE OPERATORIA DENTAL B

Dentro de este evento, el día 27 de octubre se llevaron a cabo las 1ras Jornadas de la Asignatura Operatoria Dental B.

JORNADAS OPERATORIA DENTAL B

AULA 10

9:30 hs. APERTURA DE LA JORNADA

9:45 hs. OPERATORIA DENTAL B COMPARTE SUS 27 AÑOS DE EXPERIENCIA EN BLANQUEAMIENTO DENTAL (Prof. Dr. Bianchi Pablo)

10:30 hs. TE DE TRABAJO
"NUESTRA PROPUESTA PEDAGÓGICA Y LOS DESAFÍOS DE ENSEÑAR ESTÉTICA" (Od. Barth Irma - Maio Andrea - Di Pietro Florencia - Molina Marcela - Fernandez Roxana - Zorretta Micaela - Tonelli Georgina - Quispe Soledad)

11:30 hs. ABORDAJE DE LAS LESIONES DEL TERCIO CERVICAL: UN DESAFÍO DE LA AISLACIÓN ABSOLUTA (Od. Dimarco Camila - Dolmo Moreira Bertha)

12:15 hs. UNA NUEVA MIRADA A LOS TIEMPOS OPERATORIOS (Od. Serqueira Andrea)

13:00 hs. IMPORTANCIA DE LA AISLACIÓN ABSOLUTA EN OPERATORIA DENTAL (Od. Tonelli Georgina - Goyeneche Yanina)

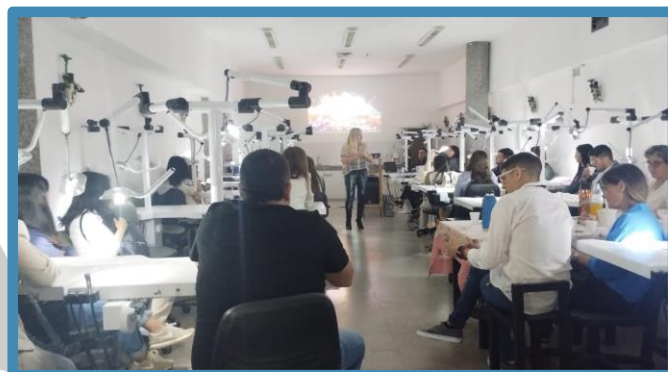
13:45 hs. TIPS EN INCRUSTACIONES DE RESINAS (Prof. Od. La Gioiosa Matias)

#AFORA2023

CÁTEDRA DE OPERATORIA DENTAL B

Facultad de ODONTOLOGÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA



En el desarrollo de la Jornada, los docentes de la Asignatura realizaron una serie de conferencias, donde se hizo hincapié en cómo se enseña y se desarrolla la formación en Operatoria Dental del futuro egresado, durante su paso por tercero, cuarto y quinto año de la carrera.

Se generaron diálogos abiertos con todos los participantes de las Jornadas: alumnos tanto de la Folp como de otras Universidades Nacionales e Internacionales, que resultaron ser muy enriquecedores. En ellos se compartieron las diferentes formas en que se realiza el proceso de enseñanza/aprendizaje de los contenidos de operatoria dental y estética.

¡Y así llegamos al final de otro fascinante viaje a través del mundo de la Operatoria Dental en nuestra revista "Lado B"! Esperamos que hayan disfrutado de cada artículo, cada consejo y cada reflexión tanto como nosotros disfrutamos compartiéndolos con ustedes.

Desde la redacción, queremos agradecerles por su continuo apoyo y por ser parte activa de esta comunidad dedicada al cuidado bucal y la excelencia en la práctica odontológica. Sin ustedes, nuestra revista no sería posible.

No olviden que sus comentarios, sugerencias y contribuciones son siempre bienvenidos. Estamos ansiosos por seguir creciendo juntos y explorando nuevos horizontes en el próximo número de "Lado B".

Hasta entonces, ¡manténganse inspirados, motivados y sonrientes! Nos vemos en la próxima edición.

¡Cuiden las sonrisas y hasta pronto!

El equipo de "Lado B"

