

Revista Andaluza de

Cirugía Bucal

Año 2023 / Nº 21

- REHABILITACIÓN IMPLANTOLÓGICA MEDIANTE CARGA INMEDIATA SOBRE CUATRO IMPLANTES. A PROPOSITO DE UN CASO
- TRATAMIENTO DEL LIQUEN PLANO ORAL. REVISIÓN BIBLIOGRFÍA
- REGENERACIÓN ÓSEA GUIADA Y COLOCACIÓN DE IMPLANTE INMEDIATO POSTEXTRACCIÓN EN FRENTE ANTERIOR: A PROPÓSITO DE UN CASO



Asociación
Andaluza
de Cirugía Bucal

Revista Andaluza de
Cirugía Bucal

DIRECTORES:

José Luis Gutiérrez Pérez
Daniel Torres Lagares

EDITORES:

Aida Gutiérrez Corrales
Ignacio Fernández Asián

COMITÉ EDITORIAL:

Rogelio Álvarez Marín
Iñigo Fernández - Figares Conde
M^ª Ángeles Serrera Figallo



biohorizons
camlog



Osteógenos

Ancladén



NORMON
DENTAL



KLOCKNER®



inibsa

Editada en Sevilla, por la Unidad de Docencia,
Investigación y Transferencia en Cirugía Bucal de Sevilla (UDIT-CBS).
Maquetación y diseño: Ru Márquez Comunicación
ISSN: 2530 - 4135

Sumario

• Editorial	4
• Rehabilitación Implantológica Mediante Carga Inmediata Sobre Cuatro Implantes. A Proposito De Un Caso.	6 - 9
• Tratamiento Del Liquen Plano Oral. Revisión Bibliografía.....	10 - 13
• Regeneración Ósea Guiada Y Colocación De Implante Inmediato Postextracción En Frente Anterior: A Propósito De Un Caso.....	14 - 19
• Noticias /CURSOS.....	21 - 25
• Normas de publicación	28 - 29
• Patrocinadores AACIB	30



Queridos compañeros y amigos:

Es para mi honor poder dirigirme a todos desde la revista de nuestra Asociación, que sigue creciendo de forma importante y consolidándose en la odontología andaluza. Lo hago, además, tras mi reciente toma de posesión como Presidente del Colegio Oficial de Dentistas de Sevilla.

Supone un orgullo dirigir la institución que vela y defiende en primera persona los intereses de la profesión y de los dentistas en la provincia de Sevilla. Soy consciente de la realidad de nuestra y de la complejidad de algunas de las propuestas que nos planteamos, como la regulación de la publicidad sanitaria, el control de la plétora profesional o la apuesta firme por la creación de las especialidades en Odontología, que si bien son asuntos que no dependen de los Colegios Profesionales sí que deben apoyarse desde todos los pilares que sustentan la Odontología.

Llevo ya algunos años participando en la vida colegial, donde he desarrollado las funciones de vocal de formación continuada y tesorero, lo cual me ha permitido ser conocedor de la importancia del Colegio en el día a día de los dentistas. Es sin duda el pilar fundamental sobre el que se construye la profesión. Queremos hacer del Colegio de Dentistas de Sevilla la casa de todos. Que nuestros colegiados sientan la institución como su mejor aliado, que está a su lado en el día a día y que se puedan apoyar en él ante la mínima necesidad. Queremos ser un Colegio abierto, que escucha, un Colegio práctico en el que nuestros colegiados participen, colaboren y resuelvan sus preocupaciones profesionales, situaciones que a veces nos complican nuestro quehacer diario.

Apostaremos por los nuevos canales digitales para aumentar la comunicación de los colegiados con el Colegio, la creación de un proyecto para tutelar a los recién graduados y ayudarles en su incorporación al mercado laboral, una apuesta decidida por la formación continuada de máxima calidad y la lucha por un ejercicio de la profesión en el que prime la calidad y la ética.

Quiero hacer extensivo a todos los colegiados andaluces el ofrecimiento de que el Colegio de Sevilla se convierta en la casa de todos y que podáis beneficiaros de cualquiera de sus actividades y acciones que se realicen en los próximos años.

Nos ilusiona el reto y vamos a trabajar incansablemente para conseguir los objetivos planteados.

Un cordial saludo,

Rafael Flores Ruiz

DESCUBRE EL BIOMATERIAL DEL FUTURO

Adherencia óptima: máxima estabilidad

Hueso cortical y esponjoso + Gel de colágeno tipo I y III y copolímero termogelificante

- *Adherencia óptima*
- *Máxima estabilidad del injerto*
- *Especialmente beneficioso en casos donde haya escaso soporte óseo alrededor del defecto*



OsteoBiol[®]
by Tecnos

Un nuevo nivel de excelencia en biomateriales



REHABILITACIÓN IMPLANTOLÓGICA MEDIANTE CARGA INMEDIATA SOBRE CUATRO IMPLANTES. A PROPOSITO DE UN CASO.

Sánchez Lima B¹, Fernández Asián I¹, Torres-Lagares D¹, Gutiérrez-Pérez JL².

¹Máster Cirugía Bucal Universidad de Sevilla

²UGC Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla.

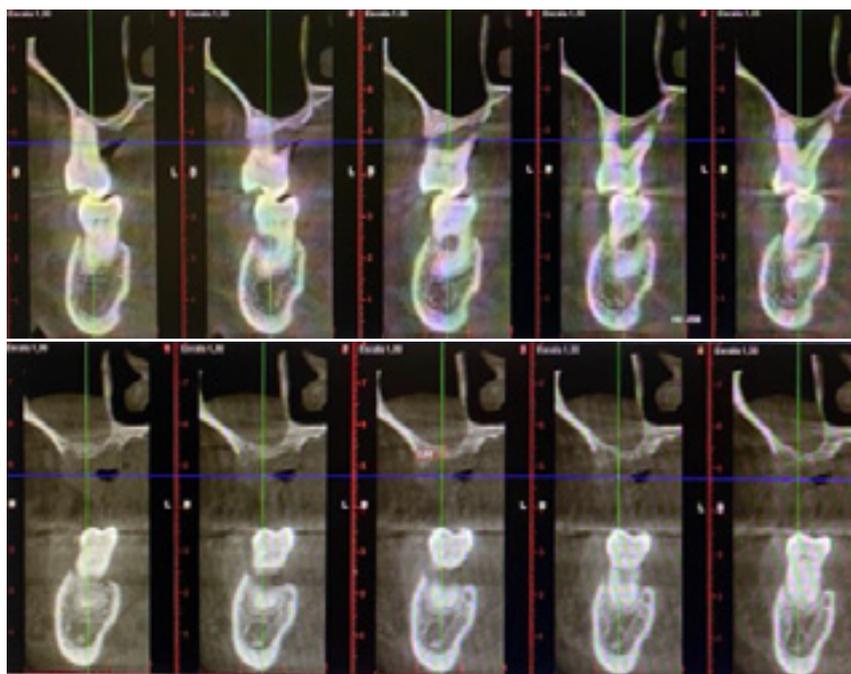


Figura 1: CBCT preoperatorio en el área de 16 y 26 respectivamente.

INTRODUCCIÓN

La rehabilitación de maxilares edéntulos supone un desafío para el odontólogo, debido a que en ocasiones, los pacientes suelen presentar una gran atrofia de los procesos alveolares. Es por ello que, esto limita las opciones de tratamiento de rehabilitación con implantes y fundamentalmente, en aquellas ocasiones en las que se busca conseguir una rehabilitación implantoprotésica fija.⁽¹⁾

El término de all-on-four es un tipo de procedimiento de rehabilitación mediante implantes que se aplica en maxilares con una acentuada reabsorción. Esta técnica consiste en la colocación de dos implantes rectos en el sector anterior y dos implantes posteriores con una inclinación variable hasta los 45 grados, los cuales soportan una prótesis fija de arcada completa.⁽²⁾ En determinadas ocasiones, asociado a esta técnica, se puede añadir la colocación de una restauración provisional, realizándose un procedimiento de esta forma de carga inmediata, para trascurrido el periodo de osteointegración oportuno, esta sea reemplazada por una prótesis definitiva.⁽¹⁻³⁾

En este tipo de técnica, la inclinación de los implantes posteriores facilita la colocación de implantes más largos, lo

que va a proporcionar una mayor estabilidad primaria debido a un índice mayor de contacto entre el hueso y el implante. Además, se puede evitar realizando esta angulación la invasión de estructuras anatómicas nobles, así como el uso de técnicas y procedimientos más complejos que podrían conducir a una morbilidad mayor, así como una posibilidad más elevada de índice de fracaso además de un mayor coste económico y tiempo de tratamiento.^(3,4)

Al igual que tiene lugar en todos los procedimientos quirúrgicos, la técnica denominada "All-On-Four" y sobre todo cuando esta se asocia a un procedimiento de carga inmediata, no está exenta de complicaciones, y por tanto, es fundamental el estudio minucioso y selección del paciente, además de seguir un protocolo quirúrgico y prostodoncico riguroso.⁽⁵⁾

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 68 años que acude a la facultad de odontología de la Universidad de Sevilla. Su motivo de consulta es "quiero arreglarme la boca". No refiere antecedentes médicos personales ni familiares de interés, no presenta hábitos tóxicos y no toma ningún tipo de medicación.



Figura 2: Extracciones primer cuadrante.



Figura 4: Extracciones segundo cuadrante.

En la exploración clínica de la arcada superior se observa periodontitis crónica generalizada avanzada con recesión generalizada y profundidad de sondaje >4 mm. Presenta ausencias en 16 y 17, no tiene obturaciones ni caries activas. Presenta movilidad grado II en todos los dientes excepto en los molares, que presenta grado III. En la arcada inferior no se observan ausencias ni obturaciones. Presenta también periodontitis crónica generalizada con recesión generalizada, profundidad de sondaje >4 mm, movilidad grado II en sector anteroinferior y grado I en el resto de la arcada.

En la exploración clínica y radiográfica (CBCT) se observa un déficit de cresta alveolar en las posiciones de los 16 y 26, quedando una altura ósea residual de 2,8 mm y 2,6 mm respectivamente (Figura 1).

Se planificaron diferentes planes de tratamiento y finalmente se optó por una prótesis fija superior sobre cuatro implantes con carga inmediata (All-on-four). Para la realización del tratamiento tuvo lugar una primera visita de la paciente donde se le realizó un tratamiento periodontal básico. Una semana después se le citó para el tratamiento con implantes, que consistió en la exodoncia de los dientes remanentes asociada a la inserción de los implantes en un

mismo acto quirúrgico. Posteriormente se colocaría una prótesis fija provisional para, transcurrido el periodo de osteointegración colocar prótesis definitiva.

La secuencia de tratamiento fue la siguiente: en primer lugar se realizó técnicas de anestesia locoregional en la paciente, se comenzó con las extracciones del primer cuadrante (Figura 2), para continuar con la colocación de un implante angulado en la región premolar e implante postextracción en el 12 (Figura 3). Posteriormente, se realizó el mismo procedimiento en el segundo cuadrante, empezando por las extracciones (Figura 4) y colocación de un implante angulado en la región premolar e implante postextracción en el 22 (Figura 5).

Finalmente, tras realizar el procedimiento quirúrgico, el mismo día de la cirugía se colocaron los pilares transepteliales y se tomaron medidas para una prótesis provisional inmediata, la cual se colocó 24 horas después de la cirugía (Figuras 6). Una radiografía panorámica postoperatoria verificó una adecuada posición de los implantes además de un ajuste protésico óptimo (Figura 7).

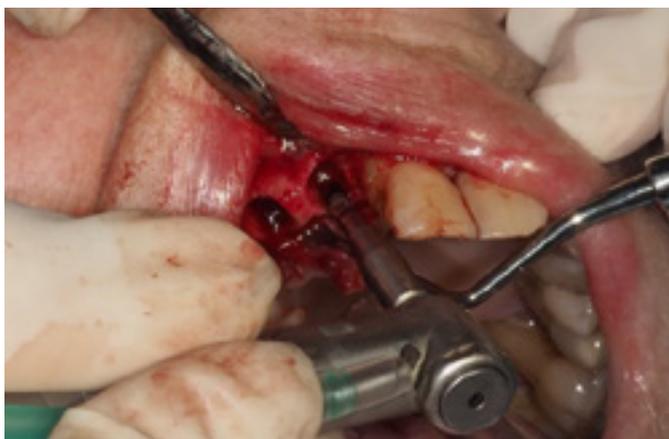


Figura 3: Implantes primer cuadrante.



Figura 5: Implantes segundo cuadrante.



Figura 6: Prótesis provisional de carga inmediata.

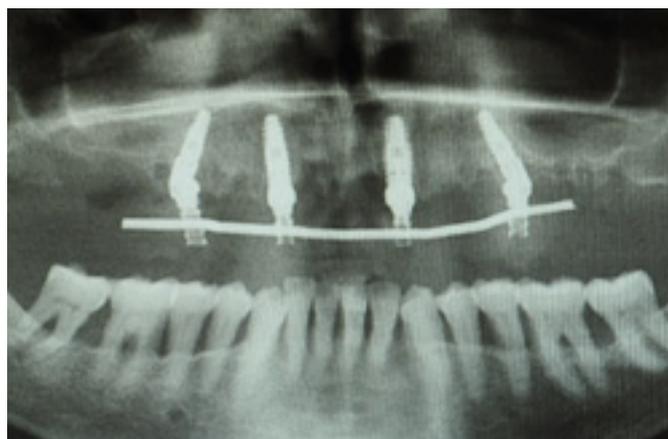


Figura 7: Radiografía panorámica postoperatoria.

DISCUSIÓN

En primer lugar, resaltar que el motivo por el que se optó por este plan de tratamiento fue porque cumplía tanto los requisitos e indicaciones para poder realizar este tipo de técnicas ("All-On-Four"). Entre estas indicaciones se encuentran que la paciente presentaba una adecuada higiene oral, presentaba hueso residual menor de 5 mm en zonas posteriores, una adecuada cantidad de tejido óseo en zona anterior que permitiese una estabilidad primaria adecuada, etc...

Por otro lado, numerosos estudios hacen referencia al buen impacto que proporciona el tratamiento de la periodontitis crónica generalizada previo a la cirugía de implantes, favoreciendo el mantenimiento de la salud periodontal y reduciendo el nivel de inflamación, así como una tasa de éxito elevada en la supervivencia de los implantes para las restauraciones fijas (89-100% después de 5 años), sin diferencias significativas entre los implantes rectos y angulados.^(4,6,7)

Es importante resaltar, que la prótesis provisional de carga inmediata debe de tener un diseño específico, no debiendo existir contactos prematuros, por lo que se debe obtener una oclusión equilibrada además de en la medida de lo posible, evitar las extensiones en voladizo en la zona molar, es por eso por lo que en el presente caso se optó por una prótesis de arcada corta, ya que en caso de existir una mayor superficie en voladizo, habría aumentado significativamente la posibilidad de complicaciones en el tratamiento de rehabilitación de la paciente.⁽⁸⁻¹⁰⁾

La opción de tratamiento mediante la técnica "All-On-Four" asociada a procedimientos de carga inmediata ha ido ganando popularidad para la rehabilitación de maxilares edéntulos, ya que el paciente obtiene la ventaja de la provisión de una prótesis fija pocas horas después de la realización de la cirugía, un menor tiempo de tratamiento, ya que se eliminan otros procedimientos más complejos como técnicas de elevación del seno maxilar o procedimientos de regeneración ósea guiada, y además un

menor costo del tratamiento comparación con otras técnicas.^(1,2)

Es por todo esto, por lo que se puede decir, que la realización de una técnica de colocación de 4 implantes que reúnan unas determinadas características (angulación, estabilidad primaria, distribución en la arcada,...) pueden servir como alternativa terapéutica para la rehabilitación de determinados pacientes en la que la alternativa sería la realización de procedimientos más complejos, con un mayor coste económico y presentando una mayor morbilidad además de una demora en el tiempo de tratamiento.

CONCLUSIÓN

El tratamiento con implantes mediante la técnica "All-On-Four" asociado a carga inmediata puede ser un tratamiento de elección en determinados pacientes con periodontitis crónica generalizada avanzada, en los que no se dispone de una altura crestal suficiente. Reduciéndose de esta manera, el tiempo de tratamiento y obteniéndose resultados estéticos exitosos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Durkan R, Oyar P, Desde G. Maxillary and mandibular all-on-four implant designs: A review. *Niger J Clin Pract* 2019;22:1033-1340.
2. Gaonkar SH, Aras MA, Chitre V, Mascarenhas K, Amin B, Rajagopal P. Survival rates of axial and tilted implants in the rehabilitation of edentulous jaws using the All-on-four concept: A systematic review. *J Indian Prosthodont Soc* 2021;21:3-10.
3. Ahmadi A, Dorsam I, Stark H, Hersey S, Bourauel C, Keilig L. The all-on-4 concept in the maxilla: A biomechanical analysis involving high performance polymers. *J Biomed Mater Res*. 2021;109:1698-1705.
4. Cucchi A, Vignudelli E, Franco S, Ghensi P, Malchiodi L, Corinaldesi G. Evaluation of Crestal Bone Loss around

Straight and Tilted Implants in Patients Rehabilitated by Immediate-Loaded Full-Arch All-on-4 or All-on-6: A Prospective Study. *J Oral Implantol*. 2019;6:434-443.

5. Cheng Z, Zheng W. Clinical Effect and Aesthetic Observation of All-on-4 Immediate Loading Implant Denture in Severe Periodontitis. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*. 2021;2021 Serrano-Giménez M, Sánchez-Torres A, Gay-Escoda C. Prognostic factors on periapical surgery: A systematic review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2015;20:715-722.

6. Korsch M, Walther W, Hannig M, Bartols A. Evaluation of the surgical and prosthetic success of All-on-4 restorations: a retrospective cohort study of provisional vs. definitive immediate restorations. *Int J Implant Dent*. 2021;7:48.

7. Hamed HA, Marzook HA, Ghoneem NE, El-Anwar MI. Angulated Dental Implants in Posterior Maxilla FEA and Experimental Verification. *Open Access Maced J Med Sci*. 2018;6:397-401.

8. Blanco J, Carral C, Argibay O, Liñares A. Implant placement in fresh extraction sockets. *Periodontol 2000*. 2019;79:151-167.

9. Chen J, Cai M, Yang J, Aldhohrah T, Wang Y. Immediate versus early or conventional loading dental implants with fixed prostheses: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *J Prosthet Dent*. 2019;122:516-536.

10. Lazarov A. Immediate Functional Loading: Results for the Concept of the Strategic Implant. *Ann Maxillofac Surg*. 2019;9:78-88.

TRATAMIENTO DEL LIQUEN PLANO ORAL. REVISIÓN BIBLIOGRAFÍA.

Carrero Rodríguez-Brioso MP¹ Rodríguez-Brioso Pérez MP¹, Serrera Figallo MA², Torres Lagares D², Gutiérrez Pérez JL³.

¹Grado en Odontología. Universidad de Sevilla.

²Máster Cirugía Bucal Universidad de Sevilla.

³UGC Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla.



Figura 1: Varon no fumador de 62 años de edad en el observamos lesiones de Liqueen Plano Oral aparentemente normal, pero al realizar un seguimiento y la pertinente biopsia se observa la aparición de lesiones cancerosas. Se realiza extirpación de la mitad de la lengua y actualmente se encuentra bien.

INTRODUCCIÓN

El liquen plano es una enfermedad dermatológico-inflamatoria de evolución crónica con base autoinmune. Es importante resaltar que ante la presencia de un Liqueen Plano Oral, es de vital importancia, el estudio minucioso y análisis de la lesión presente debido a su potencial de malignización. La prevalencia de esta enfermedad se estima entre el 0,2% y el 1,9%, suele tener predilección por el sexo femenino, padeciéndola 1 hombre por cada 3 mujeres.⁽¹⁻⁴⁾

Aunque la etiología es desconocida, pare existir una relación con determinadas enfermedades y/o trastornos como la Diabetes o con periodos de estrés, ansiedad y consumo de tabaco. Además, el consumo de ciertos fármacos podría desencadenar la presencia de Liqueen Plano Oral, como por ejemplo serian: Antipalúdicos, Betabloqueantes, Diuréticos, etc.^(1,5)

Por otro lado, existen varias formas clínicas de este tipo de lesión y el paciente podría presentarlas en solitario o en diferentes localizaciones, sin embargo, suelen aparecer de manera bilateral en la mayoría de los casos. Estas formas son: Reticular, Papular, En placa, Atrófico, Erosivo y Ampolloso.^(5,6)

Se puede decir en definitiva, que el paso más importante es quizás el diagnóstico de la lesión de manera temprana. Establecer un diagnóstico diferencial con lesiones de características semejantes, así como realizar una adecuada historia clínica, seguida de una minuciosa exploración oral y finalmente una analítica sanguínea. En algunos casos será fundamental la toma de una biopsia seguida de un estudio anatomopatológico e inmunofluorescencia para su adecuado diagnóstico.



Figura 2: Liqueen Plano Oral con lesiones visibles de cancer.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una búsqueda y análisis de la literatura, con el fin de conocer y establecer un seguimiento de lo publicado en los últimos años sobre este tipo de patología (Liqueen Plano Oral), así como su relación con otro tipo de enfermedades y el tratamiento de este en las diferentes situaciones que se pudiesen presentar en la clínica.

Para ello, se realizó una búsqueda bibliográfica en la base de datos PubMed, en la que se establecieron las siguientes palabras clave: "Oral Lichen Planus" AND "Treatment" AND "Diseases."

A modo de criterios de inclusión y exclusión se establecieron los siguientes parámetros en la revisión de la literatura existente:

Criterios de inclusión.

- Artículos con fecha de publicación entre el 2017 y el 2022
- En relación con el idioma, se han incluido publicaciones redactadas tanto en inglés como en castellano.
- Todo lo relacionado con Revisiones Sistemáticas del Liqueen Plano Oral, libros y casos clínicos.

Criterios de exclusión.

- Artículos con fecha de publicación anteriores a 2017
- Artículos en otro idioma distinto al castellano o al inglés.
- Estudios en animales



Figura 3: Mujer no fumadora con lesiones de Liquen Plano Oral Erosivo y presencia de gingivitis descamativa crónica.



Figura 5: Liquen Plano Oral con lesiones cancerosas

RESULTADOS

La búsqueda abordó un total de 66 estudios una vez se establecieron los criterios de inclusión y exclusión sobre la búsqueda realizada en la base de datos PubMed.

Es por ello por lo que se puede decir, que se obtuvo un gran número de estudios en la búsqueda de información en el presente estudio. Estos posteriormente fueron analizados a texto completos y fueron descartados aquellos que no presentaron información de interés en relación con los objetivos de la revisión que aquí se presenta.

DISCUSIÓN

En primer lugar, se puede decir según la literatura actual que, el Liquen Plano Oral, es la patología no infecciosa más común en la mucosa oral. La prevalencia en la población general se estima alrededor de un 0,2% y un 1,9%. Además, según la bibliografía se podría afirmar que esta enfermedad tiene predominio sobre el sexo femenino, pudiéndose encontrar en una proporción de un hombre por cada 3

mujeres, sin tener predilección por raza o por la edad.^(1,5,7)

El liquen plano oral, es una enfermedad crónica la cual presenta un tipo de tratamiento que tiene como principal objetivo evitar la transformación maligna de las lesiones (Figura 1-6) y a su vez intentar en cierta medida, disminuir la sintomatología que estas lesiones puedan producir. En base a esto comentado anteriormente, se debe establecer un control de los brotes que como consecuencia producen una gran actividad inflamatoria.^(2,8,9)

Es por ello por lo que se puede decir que el tratamiento de este tipo de lesiones puede resultar sencillo de manejar en cierta medida, para los profesionales médicos y odontólogos que se dedican a tratar este tipo de patologías. Además, en determinadas ocasiones, incluso pueden aparecer ciertas formas clínicas que tienen un curso asintomático, por lo que no hará falta tratamiento alguno, simplemente tener un buen control y seguimiento de dichas lesiones.^(1,7,10)

Cabe resaltar que el problema principal de las terapias que existen actualmente, son los efectos secundarios que estas producen y también, las recidivas de dichas lesiones una vez que se retira el tratamiento. Los fármacos de elección



Figura 4: Varón no fumador con lesiones de Liquen Plano Oral, algunas de ellas cancerosas en la superficie lateral de la lengua obtenidas mediante biopsia.



Figura 6: Liquen Plano Oral con lesiones cancerosas en zona central de la lengua



Figura 7: Mujer no fumadora con lesiones de Liquen Plano oral con sintomatología dolorosa, previa al tratamiento. En un primer momento nos hace pensar que el factor causal es la prótesis sobre implantes en el sector posterior.



Figura 8: Liquen Plano Oral posterior al tratamiento con corticoides

frente a las lesiones de Liquen Plano Oral siguen siendo los Glucocorticoides y los Inmunosupresores que van a restituir la función de los linfocitos T.^(1,9,10)

A modo de protocolo de plan de actuación frente a este tipo de lesiones, se podría decir que el primer paso para un adecuado diagnóstico es el adecuado diagnóstico y saber reconocer y examinar los factores coadyuvantes. Por esto, se deberá eliminar en primer lugar, todos los factores físicos, químicos, biológicos y mecánicos, como por ejemplo eliminación de cúspides de piezas dentarias con bordes cortantes, conseguir un correcto ajuste en pacientes portadores de prótesis removible para evitar que se produzcan úlceras y agraven estas lesiones y manteniendo una buena higiene oral (Figura 7). Seguidamente es esto, se deberá valorar que la toma de ciertos medicamentos puede dar lugar a lesiones de Liquen Plano Oral, en estos casos se debería contemplar el interrumpir la ingesta de dichos fármacos. Finalmente, y no menos importante por ello, controlar patologías de Base, como pueden ser la hepatitis, diabetes y establecer un control en el estrés y la ansiedad del paciente, van a tener un papel fundamental, ya que estos son factores predisponentes con un gran peso en la aparición de lesiones de Liquen plano oral.^(7,11,12)

Es imprescindible comunicar a los pacientes, que estas lesiones pueden permanecer en la cavidad bucal por un largo periodo de tiempo, pudiendo estar de manera estable o de manera activa. Se recomienda una supervisión cada 6 meses en pacientes cuyas lesiones se encuentran estables e inactivas. Por otro lado, es conveniente examinar cada 15 días a los pacientes que padecen lesiones activas (eritema y ulceración). El tratamiento tiene que estar presente y no se retirara hasta que las lesiones estén completamente controladas.^(8,13)

El tratamiento habitual del liquen plano oral se basa mayoritariamente en la utilización de corticoides como primera opción para controlar la acción inflamatoria se deberán utilizar corticoides tópicos (Ac. Triamcinolona, Ac Fluocinolona y Ac. Clobetasol). Un dato bastante importante

que ha de conocerse sobre el tratamiento de ciertos corticoides es que tiene como consecuencia en algunas ocasiones la aparición de candidiasis, por lo que generalmente se suelen prescribir también fármacos antimicóticos como profilaxis (Figura 8).

Por otro lado, en caso de aparecer lesiones en otras áreas con mucosa, como por ejemplo esófago o genitales, si mediante la aplicación de corticoides tópicos no ha sido posible que la lesión remita, y en caso de no estar contraindicada la utilización de estos; se deberá contemplar la utilización de corticoides de manera sistémica. También hay que añadir, que en determinadas situaciones en las que aparecen lesiones resistentes a otros tratamientos antes descritos y que tienen una localización específica, se deberán también contemplar el uso de corticoides intralesionales.^(14,15)

A modo de resumen, se podría decir por tanto que, existen diferentes protocolos de actuación en función de las distintas formas clínicas que aparezcan. Las lesiones de liquen plano reticular (Figura 7) y liquen plano en placa no suelen precisar ningún tratamiento, simplemente realizar un seguimiento, ya que en la mayoría de las ocasiones suelen ser asintomáticas. Sin embargo, para las formas clínicas de liquen plano atrófico, erosivo (Figura 3) o ampollosa si se debe pautar corticoides, comenzando siempre por los tópicos como primera opción y valorando la evolución.^(12,10)

CONCLUSIÓN

Los glucocorticoides son en la actualidad, los fármacos de elección frente al tratamiento del Liquen Plano Oral, ya que restituyen de manera muy eficaz la función y actividad de los linfocitos T. El tratamiento del Liquen Plano Oral va enfocado principalmente a paliar la sintomatología de las lesiones y a evitar la posible malignización de estas.

BIBLIOGRAFÍA

1. García-Pola MJ, González-Álvarez L, García-Martin JM. Treatment of oral lichen planus. Systematic review and therapeutic guide. *Med Clin (Barc)*. 2017;149:351-362.
2. López-López J, Omaña-Cepeda C, Jané-Salas E. Oral precancer and cancer. *Med Clin (Barc)*. 2015;145:404-408.
3. Giuliani M, Troiano G, Cordaro M, et al. Rate of malignant transformation of oral lichen planus: a systematic review. *Oral Dis* 2019;25:693-709.
4. González-Moles MÁ, Ruiz-Ávila I, González-Ruiz L, Ayén Á, Gil-Montoya JA, Ramos-García P. Malignant transformation risk of oral lichen planus: A systematic review and comprehensive meta-analysis. *Oral Oncol*. 2019;96:121-130.
5. Alrashdan MS, Cirillo N, McCullough M. Oral lichen planus: a literature review and update. *Arch Dermatol Res*. 2016;308:539-551.
6. Carrozzo M, Porter S, Mercadante V, Fedele S. Oral lichen planus: A disease or a spectrum of tissue reactions? Types, causes, diagnostic algorithms, prognosis, management strategies. *Periodontol* 2000. 2019;80:105-125.
7. Sridharan K, Sivaramakrishnan G. Interventions for oral lichen planus: A systematic review and network meta-analysis of randomized clinical trials. *Aust Dent J*. 2021;66:295-303.
8. Kumari P, Debta P, Dixit A. Oral Potentially Malignant Disorders: Etiology, Pathogenesis, and Transformation Into Oral Cancer. *Front Pharmacol*. 2022;13:825266.
9. Iocca O, Sollecito TP, Alawi F, Weinstein GS, Newman JG, De Virgilio A, Di Maio P, Spriano G, Pardiñas López S, Shanti RM. Potentially malignant disorders of the oral cavity and oral dysplasia: A systematic review and meta-analysis of malignant transformation rate by subtype. *Head Neck*. 2020;42:539-555.
10. Iebioda Z, Dorocka-Bobkowska B. Low-level laser therapy in the treatment of recurrent aphthous stomatitis and oral lichen planus: a literature review. *Postepy Dermatol Alergol*. 2020;37:475-481.
11. Cassol-Spanemberg J, Rodríguez-de Rivera-Campillo ME, Otero-Rey EM, Estrugo-Devesa A, Jané-Salas E, López-López J. Oral lichen planus and its relationship with systemic diseases. A review of evidence. *J Clin Exp Dent*. 2018;10:938-944.
12. Thongprasom K. A Review of the Effectiveness and Side-Effects of Fluocinolone Acetonide 0.1% in the Treatment of Oral Mucosal Diseases. *Acta Stomatol Croat*. 2017;51:240-247.
13. Ismail SB, Kumar SK, Zain RB. Oral lichen planus and lichenoid reactions: etiopathogenesis, diagnosis, management and malignant transformation. *J Oral Sci*. 2007;49:89-106.
14. Rotaru D, Chisnoiu R, Picos AM, Picos A, Chisnoiu A. Treatment trends in oral lichen planus and oral lichenoid lesions (Review). *Exp Ther Med*. 2020;20:198.
15. Sandhu S, Klein BA, Al-Hadlaq M, Chirravur P, Bajonaid A, Xu Y, Intini R, Hussein M, Vacharotayangul P, Sroussi H, Treister N, Sonis S. Oral lichen planus: comparative efficacy and treatment costs—a systematic review. *BMC Oral Health*. 2022;22:161.
16. Grench LI, Maltia B, Camiferi J. Characterization of set intermediate restorative material, Biodentine, bioaggragate and a prototype calcium silicate cement for use as root-end filling materials. *Int Endod J*. 2013;46:632-41.
17. Gay Escoda C. *Cirugía periapical*. En: Canalda Sahli C, Brau Aguadé E. eds. *Endodoncia. Técnicas clínicas y bases Científicas*. 4 ed. Barcelona: Elsevier; 2019.
18. Lieblich SE. Endodontic surgery. *Dent Clin North Am*. 2012;56:121-32.
19. Guía de práctica clínica de cirugía periapical, de la Sociedad Española de Cirugía Bucal. *Cirugía periapical: Indicaciones y técnica quirúrgica*, Valencia; Ed. Medicina Oral; 2017.
20. Serrano-Giménez M, Sánchez-Torres A, Gay-Escoda C. Prognostic factors on periapical surgery: A systematic review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2015;20:715-22.
21. Strbac GD, Schnappauf A, Giannis K, Moritz A, Ulm C. Guided Modern Endodontic Surgery: A Novel Approach for Guided Osteotomy and Root Resection. *J Endod*. 2017;43:496-501.
22. García B, Martorell L, Martí E, Peñarrocha M. Periapical surgery of maxillary posterior teeth. A review of the literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2006;11:146-50.
23. Scusa CJ, Loyola AM, Versiani MA, Biffi JC, Olveira RP, Pascon EA. A comparative histological evaluation of the biocompatibility of materials used in apical surgery. *Int Endod J*. 2004;37:738-48.
24. Grench LI, Maltia B, Camiferi J. Characterization of set intermediate restorative material, Biodentine, bioaggragate and a prototype calcium silicate cement for use as root-end filling materials. *Int Endod J*. 2013;46:632-641.

REGENERACIÓN ÓSEA GUIADA Y COLOCACIÓN DE IMPLANTE INMEDIATO POSTEXTRACCIÓN EN FRENTE ANTERIOR: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Keim del Pino C¹, Fernández Figares Conde I¹, Gutiérrez Corrales A¹, Torres Lagares D¹, Gutiérrez Pérez JL².

¹Máster Cirugía Bucal Universidad de Sevilla.

²UGC Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, existe una mayor preocupación social por evitar el compromiso estético. La colocación de implantes inmediatos, así como la realización de técnicas quirúrgicas y protésicas asociadas, se encuentran orientadas a aportar unos mejores resultados estéticos a corto y largo plazo, con el objetivo añadido de reducir los tiempos quirúrgicos, morbilidad y costos. Esto ha dado lugar a un aumento tanto de la demanda como de la exigencia por parte del paciente y consecuentemente del clínico. ⁽¹⁻³⁾

Tras la extracción de un diente, se produce un proceso natural y fisiológico de reabsorción ósea alveolar, que se traduce en los tejidos blandos en forma de defectos. Para obtener unos resultados funcionales y estéticos óptimos, deben tenerse en cuenta las alteraciones de los tejidos duros y blandos. ^(4,5) Los cambios a nivel óseo más evidentes que implican una pérdida volumétrica importante, ocurren durante los primeros 3-6 meses, produciéndose una reabsorción media del 50% predominante en la pared vestibular. ⁽⁶⁾

Por ello, especialmente en el sector anterior, un buen manejo de los tejidos duros y blandos es clave para conseguir unos adecuados resultados a nivel estético. Tanto la prevención como el tratamiento de defectos, se obtienen mediante técnicas de preservación o aumento de tejidos duros y blandos con el objetivo de mejorar las condiciones para la colocación del implante y la rehabilitación protésica y así prevenir o minimizar los cambios dimensionales que inevitablemente se producen en alveolos postextracción. ^(4,5)

La colocación de implantes puede tener lugar en distintos momentos tras la extracción del diente. Se ha demostrado que la colocación de implantes postextracción tiene como ventaja evitar o disminuir la pérdida dimensional de la cresta alveolar tras la extracción y, por tanto, mejorar la estética de los tejidos blandos y duros, así como reducir la necesidad de otras intervenciones quirúrgicas como el aumento de la cresta conservando una tasa de supervivencia similar a la observada en la colocación tardía de implantes. ^(5,6)

La preservación alveolar es un método predecible que se lleva a cabo en el momento de la extracción del diente para mantener el contorno del hueso alveolar, permitiendo reducir o paralizar la reabsorción ósea tanto horizontal como vertical seguida de la extracción dental y facilitar así, la colocación protésicamente guiada del implante en un momento posterior y evitar el compromiso estético. La regeneración ósea, sin embargo, se diferencia en que se encuentra encaminada hacia la corrección de las deficiencias óseas ya instauradas, que puedan suponer alteraciones anatómicas que comprometan la colocación

óptima del implante en base a su fase protésica procurando su reconstrucción y recuperación. ^(5,6) Un material ideal con este fin, debe tener la capacidad de evitar la reducción del volumen y permanecer en el tiempo en su localización, actuando como un entramado y servir como una red que permita la formación de hueso hasta que se haya producido el suficiente. Se han utilizado diversos materiales de injerto, autógeno, alógeno, xenogeno y aloplástico, materiales osteoinductivos y osteoconductivos, membranas, esponjas e implantes inmediatos. La evidencia científica actual, no muestra diferencias significativas en cuanto a la reabsorción, entre los materiales mencionados. ⁽⁷⁾

Las potenciales ventajas de estas técnicas son el mantenimiento de los tejidos blandos y duros existentes, un volumen crestal para conseguir unos resultados estéticos y funcionales óptimos y la simplificación de procedimientos relacionados con el tratamiento como la colocación del implante y la futura rehabilitación protésica. ^(1,2)

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

A continuación, se presenta un caso clínico intervenido por los alumnos del Máster de Cirugía bucal Avanzada de la Universidad de Sevilla, el cual se trata de un paciente varón de 76 años que acude a la Facultad de Odontología por presentar una fractura horizontal del incisivo central superior derecho de origen cariogénico a nivel del tercio cervical. Refiere hipertensión arterial y alteración en la coagulación para lo que se encuentra en tratamiento con Bisoprolol 5 mg y Aldocumar 1 mg respectivamente. No es fumador. Se realizan las pruebas diagnósticas clínicas y radiográficas pertinentes para concluir cual debería ser el tratamiento más indicado. Visualmente se observa cómo la corona clínica se encuentra muy destruida (Figura 1) y una



Figura 1: Fotografía intraoral frontal



Figura 2. Fotografía intraoral oclusal



Figura 4: Técnica anestésica infiltrativa.

fistula por palatino indicativa de la infección crónica de origen dental que presuntamente presenta (Figura 2). Al sondaje periodontal, tiene un sondaje normal propio de un paciente periodontal por vestibular mesial y distal sin embargo por la pared palatina este sondaje aumenta hasta 6 mm lo que crea sospecha de un posible defecto óseo en esta cortical.

Al examen radiográfico mediante un CBCT confirmamos, tal y como comenta el paciente, que se trata de un diente endodonciado que presenta una gran área radiolúcida compatible con una lesión periapical que se extiende por la cortical palatina hacia vestibular (Figura 3)..

El tratamiento conservador mediante reendodonia o cirugía periapical, y reconstrucción o corona no se contempla debido a la imposibilidad del diente de ser restaurado, por su gran nivel de destrucción y la extensión del defecto óseo que presumiblemente presenta consecuente de la infección.

Tras su estudio prequirúrgico, se determina cual es el abordaje más adecuado que se puede ofrecer. Se planificó realizar el procedimiento en dos tiempos quirúrgicos; en primer lugar, se realizaría la extracción de manera

atraumática del incisivo, un buen legrado del alvéolo para eliminar todo el tejido de granulación e irrigación con suero fisiológico para su descontaminación. Conjuntamente, para corregir el defecto óseo, se le propone llevar a cabo la preservación alveolar o regeneración ósea mediante hueso xenógeno (0.5g) y una membrana de colágeno por palatino para ser bien empaquetado, y esperar seis meses a que el defecto remitiese, para luego en segundo lugar, proceder a la colocación del implante correspondiente una vez regenerado el defecto. Por último, para evitar el compromiso estético durante estos meses, se le sugiere la colocación de una prótesis fija provisional.

Comenzamos la cirugía empleando una técnica anestésica de tipo infiltrativa a fondo de vestibulo con refuerzo por palatino de incisivo central izquierdo a incisivo lateral derecho (Figura 4), ya que se planeaba realizar una incisión horizontal crestal a ambos lados del incisivo a extraer para facilitar la extracción atraumática y visualizar las corticales, de la manera más atraumática y conservadora posible, evitando las descargas verticales. Se empleó una hoja de bisturí del N° 15C (Figura 5).

Se llevó a cabo un despegamiento a espesor total del

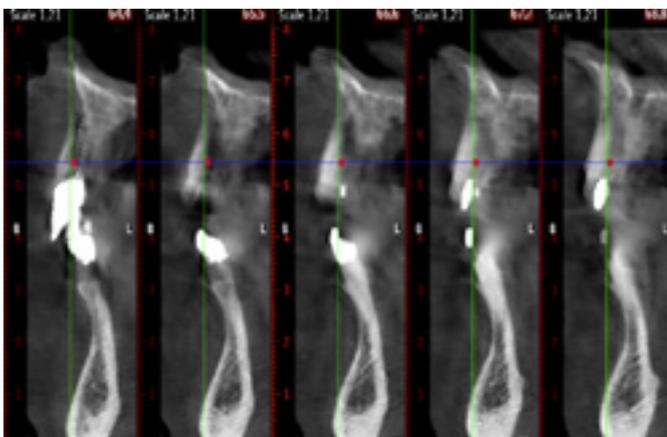


Figura 3. Imagen del CBCT



Figura 5. Incisión intrasulcular.



Figura 6. Despegamiento y levantamiento mucoperióstico del colgajo.



Figura 8. Alveolo postextracción.

colgajo vestibular y palatino, y su levantamiento fue mínimo para evitar la pérdida mayor de cortical vestibular consecuente (Figura 6).

En cuanto a la extracción atraumática, se realizó con fórceps de premolares, cuyas valvas son más amplias, protegiendo bien las corticales con la mano izquierda, con el objetivo principal de evitar una posible fractura de la cortical vestibular, la cual es muy delgada. Se realizaron movimientos de vestibular a lingual firmes y lentos. Una vez extraído se comprobó la integridad del diente (Figuras 7 y 8).

Tras ello, se procedió a eliminar los restos de tejido de granulación cuya presencia revelaba aparentemente la prueba radiográfica fruto de la infección crónica que la fístula por palatino nos hacía sospechar. Al legrado exhaustivo del alvéolo no se observó tejido de granulación que indicase dicha infección, y a la exploración visual y mediante palpación con sonda periodontal tan por palatino como insinuándola por la salida de la fístula, se observó la integridad del alvéolo sin presentar ningún defecto óseo ni continuidad. Irrigamos con suero fisiológico y agua oxigenada para descontaminar la zona (Figura 9) y ante dicha situación favorable, decidimos colocar el implante postextracción

(Figura 10).

Realizamos medidas en cuanto a altura y anchura con



Figura 9. Irrigación con agua oxigenada y suero fisiológico.



Figura 7. Exodoncia del incisivo central superior derecho.



Figura 10. Paralelizador para comprobar la correcta posición del implante.



Figura 11. Biomaterial óseo



Figura 13. Cierre primario de la herida.

cortical palatina. Se eligió un implante de la casa comercial Biohorizons de la siguiente medida: 3,8 mm de diámetro y 12 mm de altura (plataforma 3,5 mm). Realizamos un fresado hasta 16 mm tomando como punto de referencia el margen gingival de los dientes adyacentes para conseguir un adecuado perfil de emergencia. Se siguió la secuencia de fresado indicada por la casa comercial: en primer lugar, se empleó la fresa de lanza de 2.0 mm de grosor para marcar y profundizar en el hueso. Después, la fresa de 2.5 así como la de 3.2 a profundidad de trabajo para aumentar el diámetro. Por último, se fresó con la avellanadora de este último diámetro.

Una vez colocado el implante, se preparó el biomaterial óseo MinerOss X (0,5gr.) de origen bovino en una cuba de hueso con suero fisiológico (Figura 11), el cual se empaquetó y condensó dentro del alvéolo (Figura 12). La membrana no fue necesario usarla.

Por último, se realizó el cierre primario de la herida ya que debe quedar bien cerrada para evitar la exposición del material y su colapso. Se podría haber conseguido mediante distintas técnicas, como la realización de un colgajo bucal de espesor total de avance coronal, pero el despegamiento

mucoperióstico se asocia a un aumento de la reabsorción ósea; otra opción sería emplear un injerto de tejido conectivo procedente del paladar para cubrir el alvéolo con este fin, y evitar así el despegamiento mucoperióstico, pero también fue descartado para disminuir la morbilidad. Hay estudios que avalan dejar expuesto el biomaterial en boca sin barreras para reducir los tiempos y la complejidad del proceso, sin embargo, se necesitan más estudios para confirmar que este abordaje puede ser eficaz y no dificulte el procedimiento. En base a esto, decidimos colocar dos esponjas de colágeno hemostáticas y realizar tres puntos de sutura: dos puntos simples y uno en cruz (Figura 13). Se tomó una radiografía intraoral periapical de control (Figura 14).

Una semana después, se citó al paciente para revisar y retirar los puntos de sutura (Figura 15). Como el paciente tuvo una higiene deficiente y la cicatrización no fue óptima (Figura 16), se decidió esperar una semana más para realizar la toma de medidas de la prótesis provisional, que portará los siguientes seis meses, siendo recomendable que esta sea fija en infraoclusión, ya que es importante que no ejerza presión pudiendo alterar el proceso regenerativo. Se puede optar por colocar un puente tipo Maryland o una



Figura 12. Biomaterial óseo condensado en el alveolo postextracción.



Figura 14. Radiografía periapical de control.



Figura 15. Revisión a los 7 días.

férula de vacío transparente.

Una vez pasados los seis meses, se citará al paciente para valoración. Se le repetirá el CBCT, se evaluará la formación de hueso y la correcta osteointegración del implante; se realizará su respectiva segunda cirugía sustituyendo el



Figura 16. Retirada de sutura.

tornillo de cierre por un pilar de cicatrización de altura y anchura determinada en función del grosor y altura de la encía queratinizada y, por último, se llevará a cabo la fase de rehabilitación protésica de la corona unitaria que incluirá un pilar transepitelial. Tras la toma de medidas, se solicitará al laboratorio una corona provisional de acrílico atornillada que permita la creación de una arquitectura gingival adecuada y de las papilas interdentes.

DISCUSIÓN

Por un lado, la colocación del implante postextracción se encuentra incluida dentro de las técnicas propuestas para prevenir la reabsorción de la cresta ósea tras la extracción, ⁽⁷⁾ siendo la intención conseguir una situación de cicatrización óptima del tejido blando, ⁽⁸⁾ el cual se considera objetivo de gran interés especialmente en sector anterior debido a la

importancia estética de la zona. Por ello, para procurar buenos resultados a este nivel, se debe llevar a cabo cuando el caso cumpla dos requisitos fundamentales: una cortical vestibular íntegramente intacta mayor de 1 mm y un biotipo gingival grueso, además de la ausencia de infección aguda. Por otro lado, para conseguir una adecuada estabilidad primaria debe obtener una posición tridimensional óptima, por lo que un volumen suficiente apical y palatino es esencial, situación poco frecuente en maxilar anterior. Sin embargo, ha quedado demostrado que la colocación de implantes inmediatos se considera un tratamiento predecible que favorecía la osteointegración con una tasa de supervivencia elevada comparable a la de los implantes tardíos, pero no evitaría, aunque sí disminuiría el modelado óseo y la reducción dimensional de la cresta alveolar. ^(8,9)

Por otro lado, la regeneración ósea, al rellenar el espacio entre el implante y la pared alveolar, consigue por un lado la prevención de la futura reabsorción o atrofia ósea, y por otro, permitir el mantenimiento y la regeneración acelerada del alvéolo, ya que actúa como un soporte de crecimiento óseo. Sin embargo, se ha demostrado que por sí misma, no consigue inhibir por completo el proceso de remodelación del alveolo tras la extracción dental. ⁽⁹⁾ Se observa que los procedimientos regenerativos, incluidos los injertos de tejido duro y blando en el momento de la colocación inmediata del implante, pueden ser beneficiosos para compensar la reducción de la cresta alveolar. ⁽¹⁰⁾ Es más, en la 4ª Conferencia del Consenso ITI celebrada en Stuttgart, Alemania en 2008, se concluyó que los procedimientos de regeneración ósea son eficaces para el relleno y la resolución de defectos tras la extracción, siendo estos más efectivos para la colocación inmediata y temprana de implantes. ^(8,9)

El procedimiento de colocación del implante inmediato puede realizarse con o sin elevación de un colgajo y con o sin un procedimiento adicional de regeneración ósea. Diversos estudios preclínicos y clínicos concluyen que la colocación inmediata de implantes, sin procedimientos adicionales de regeneración, en un alveolo postextracción no evita la reabsorción ósea, por sí mismo, pero se puede esperar una menor reabsorción ósea horizontal añadiendo un material de regeneración. ⁽¹¹⁾ La combinación simultánea de ambas técnicas, se realiza a menudo y ha demostrado su eficacia en términos de éxito del implante. ⁽⁹⁾

CONCLUSIONES

La colocación de un implante postextracción conjuntamente con la regeneración ósea es un abordaje predecible en la terapia con implantes en sector anterior que permite obtener unos adecuados resultados estéticos reduciendo la reabsorción ósea responsable de los cambios dimensionales que se observan estéticamente, y cuenta con una tasa de éxito y de supervivencia similar a la de los implantes tardíos. Una adecuada planificación quirúrgica es esencial para diseñar un abordaje adecuado e

individualizado en cada uno de los casos. Esta debe incluir una historia clínica exhaustiva, así como pruebas clínicas y radiográficas que puedan prevenir de posibles complicaciones y anticipar situaciones a resolver. Sin embargo, a pesar de ello, en ciertas ocasiones, estas pueden encontrarse limitadas y ser no concluyentes una vez iniciada la cirugía, por lo que debemos estar preparados y contar con las herramientas necesarias para actuar con seguridad ante un cambio inesperado en el procedimiento sin alterar los resultados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sáez-Alcaide LM, González Fernández-Tresguerres F, Cortés-Bretón Brinkmann J, Segura-Mori L, Iglesias-Velázquez O, Pérez-González F, López-Pintor RM, Torres García-Denche J. Socket shield technique: A systematic review of human studies. *Ann Anat.* 2021 Nov;238:151779.
2. Ogawa T, Sitalaksmi RM, Miyashita M, Maekawa K, Ryu M, Kimura-Ono A, Sukanuma T, Kikutani T, Fujisawa M, Tamaki K, Kuboki T. Effectiveness of the socket shield technique in dental implant: A systematic review. *J Prosthodont Res.* 2022 Jan 11;66(1):12-18.
3. Lin X, Gao Y, Ding X, Zheng X. Socket shield technique: A systemic review and meta-analysis. *J Prosthodont Res.* 2022 Apr 27;66(2):226-235.
4. Kalsi AS, Kalsi JS, Bassi S. Alveolar ridge preservation: why, when and how. *Br Dent J.* 2019 Aug;227(4):264-274.
5. Jafer MA, Salem RM, Hakami FB, Ageeli RE, Alhazmi TA, Bhandi S, Patil S. Techniques for Extraction Socket Regeneration for Alveolar Ridge Preservation. *J Contemp Dent Pract.* 2022 Feb 1;23(2):245-250.
6. Naenni N, Bienz SP, Muñoz F, Hämmerle CHF, Jung RE, Thoma DS. Volumetric changes following ridge preservation or spontaneous healing and early implant placement with simultaneous guided bone regeneration. *J Clin Periodontol.* 2018 Apr;45(4):484-494.
7. Majzoub J, Ravida A, Starch-Jensen T, Tattan M, Suárez-López Del Amo F. The Influence of Different Grafting Materials on Alveolar Ridge Preservation: a Systematic Review. *J Oral Maxillofac Res.* 2019 Sep 5;10(3):e6.
8. Buser D, Chappuis V, Belser UC, Chen S. Implant placement post extraction in esthetic single tooth sites: when immediate, when early, when late? *Periodontol 2000.* 2017 Feb;73(1):84-102.
9. Porrini R, Rocchetti V, Vercellino V, Cannas M, Sabbatini M. Alveolar bone regeneration in post-extraction socket: a review of materials to postpone dental implant. *Biomed Mater Eng.* 2011;21(2):63-74.
10. Araújo MG, Silva CO, Souza AB, Sukekava F. Socket healing with and without immediate implant placement. *Periodontol 2000.* 2019 Feb;79(1):168-177.
11. Jung RE, Ioannidis A, Hämmerle CHF, Thoma DS. Alveolar ridge preservation in the esthetic zone. *Periodontol 2000.* 2018 Jun;77(1):165-175.



5º Congreso AACIB

Sevilla, 21 de octubre de 2023



EL FUTURO DE LA CIRUGÍA BUCAL



Asociación Andaluza
de Cirugía Bucal

• Celebrado un nuevo curso de implantología junto con el colegio de dentistas de Málaga



El curso, celebrado en las instalaciones del Colegio Oficial de Dentistas de Málaga, se realizó el pasado 3 de febrero de 2023, de 16 a 20:30 de la tarde, con el Dr. Javier Manzano Moreno y el Dr. Francisco Javier Herrera Briones, que expusieron una sesión teórica sobre Implantes Post-extracción y otra sobre Cirugía Guiada en Implantología, respectivamente.



Resultando de gran acogida por nuestros compañeros, debido a la ocupación total de sus plazas. Las dos comunicaciones orales tuvieron una duración total de cuatro horas, con alto contenido científico, que impartieron en forma de clases magistrales. Los asistentes mostraron gran interés en el curso, dado el gran impacto e importancia que tienen estos temas hoy en día. Constituyendo, ésta jornada científica, todo un éxito.

• Granada acoge el curso “¿qué debemos conocer en la cirugía de implantes?”

Impartido por los doctores Rafael Flores y la Dra. Aída Gutiérrez este curso desarrollado en el Colegio Oficial de Dentistas de Cádiz tuvo lugar el 3 de marzo.

En ellos se abordaron los siguientes temas. La rehabilitación implantológica, de lo básico a lo complejo y la implantología inmediata: mito y realidad, impartido por ambos ponentes.

ENTRADA GRATUITA

Curso Teórico
¿Qué debemos conocer en la Cirugía de Implantes?

3 de marzo de 2023
Colegio Oficial de Dentistas de Granada

Ponentes:
Dr. Rafael Flores Ruiz
Dra. Aida Gutiérrez Corrales

ORGANIZA

Asociación Andaluza de Cirugía Bucal

Colegio Oficial de Dentistas de Granada

SEDE E INSCRIPCIONES
Ilustre Colegio Oficial de Dentistas de Granada
Ed. Guadiana, C. Maestro Montero, s/n
18004 - Granada

COLABORA

AACIB
Monte Carmelo, 32
41011 Sevilla
955 099 142
www.aacib.es

inibsa

www.aacib.es

Curso teórico
Elevación del seno maxilar vs implantes cortos
23 de junio de 2023
Colegio Oficial de Dentistas de Sevilla

Asociación Andaluza de Cirugía Bucal

SEDE
Colegio Oficial de Dentistas de Sevilla
C/ Infanta Luisa de Orleans, 10
41004 Sevilla

ORGANIZA
Asociación Andaluza de Cirugía Bucal
CODS
COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS DE SEVILLA

COLABORA
biohorizons camlog

AACIB
Monte Carmelo, 32
41011 Sevilla
955 099 142
www.aacib.es

ENTRADA GRATUITA

www.aacib.es

PROGRAMA

VIERNES, 23 DE JUNIO

17:00h - 18:30h

Anatomía del maxilar posterior atrófico. Alternativas Terapéuticas.

18:30h - 19:00h

PIUSA CAFE

19:00h - 20:30h

Elevación del seno Maxilar vs Implantes Cortos.



Dr. Ignacio Fernández Asián

- Licenciatura en Odontología, Universidad Alfonso X el Sabio.
- Doctor en Odontología, Universidad de Sevilla.
- Máster Propio Cirugía Bucal Avanzada, Universidad de Sevilla.
- Máster Universitario en Ciencias Odontológicas, Universidad de Sevilla.
- Máster Universitario en Odontología Médico-Quirúrgica e Integral, Universidad de Sevilla.
- Profesor Asociado (PA) de Anatomía Humana en la Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla.
- Profesor Máster Cirugía Bucal Avanzada, Universidad de Sevilla.
- Profesor Programa de Formación Avanzada en Implantología Estética Multidisciplinar.

Dra. Eugenia Asián González

- Licenciatura en Medicina y Cirugía, Universidad de Sevilla.
- Doctora en Medicina y Cirugía, Universidad de Sevilla.
- Médico Especialista en Estomatología.
- Máster Propio Cirugía Bucal Avanzada, Universidad de Sevilla.
- Profesora Asociada de Cirugía Bucal y Cirugía Bucal Avanzada, Universidad de Sevilla.
- Profesora Máster Cirugía Bucal Avanzada, Universidad de Sevilla.
- Codirectora Postgrado Anatomía Oral Aplicada a la Implantología e Implantoprotésis, CFP Universidad de Sevilla.
- Fellow of Europe Board of Oral Surgery.



SEDE E INSCRIPCIONES

Colegio Oficial de Dentistas de Sevilla
C/ Infanta Luisa de Orleans, 10 - 41009 Cádiz



[Haz tu inscripción](#)

• Curso sobre aplicación de PRGF en disfunción craneomandibular



Curso de aplicación de PRGF en disfunción craneomandibular

16 de JUNIO · Universidad de Sevilla

► DR. EDUARDO VÁZQUEZ DELGADO

OPCIÓN A: Programa teórico

OPCIÓN B: Programa teórico y práctico

En este curso te mostramos la utilidad, las indicaciones y el protocolo de empleo del PRGF en la ATM para tratar de reducir la sintomatología y recuperar la funcionalidad.

INSCRIPCIONES

¿Ya te has apuntado al curso sobre aplicación de PRGF en disfunción craneomandibular?, una oportunidad única de formación, impartido por el Dr. Eduardo Vázquez Delgado, un curso con dos opciones formativas, o asistir únicamente a la parte teórica y/o parte práctica.

Tendrá lugar el día 16 de Junio, en la Facultad de Odontología, de la Universidad de Sevilla, patrocinado por BTI y organizado por la Sociedad Española de Cirugía Bucal.

Entre los objetivos podremos encontrar:

- Recordar conceptos fundamentales anatómicos y fisiológicos de la ATM.
- Conocer nuevas modalidades de tratamiento de determinadas patologías articulares.
- Conocer las indicaciones del uso del PRGF en la patología de la ATM.
- Entender las claves para obtener un resultado clínico óptimo.

• Talleres del Congreso SECIB Cordoba

Como parte del programa de talleres del Congreso SECIB Cordoba, que tendrá lugar del 21 al 23 de Septiembre del 2023, los asistentes al congreso podrá apuntarse a talleres teorico prácticos.

Hoy queremos informar sobre el taller que tendrá lugar el jueves 21 de Septiembre de 9:00 a 12:30, impartido por el Dr. David Gonzalez, sobre Regeneración ósea 3D en la zona estética: ROG con membranas no reabsorbibles PTFE vs Técnica de Khoury SBB.



 **XX CONGRESO SECIB**
CÓRDOBA 21-23 SEPTIEMBRE 2023



Dr. David González

CURSO PRECONGRESO

**Regeneración ósea 3D en la zona
estética: ROG con membranas no
reabsorbibles PTFE vs. Técnica de
Khoury SBB**

**Jueves 21 de Septiembre
9:00 a 12:30**

INSCRÍBETE

<https://secibonline.com> **#SomosCirugíaBucal**



¡RESERVA
TU PLAZA!

ORAL RECONSTRUCTION GLOBAL SYMPOSIUM

18 - 20 MAYO, 2023 | ROMA, ITALIA

Founding Sponsor



EL RESULTADO DE UNA UNIÓN PERFECTA

NORMOCEM DC KIT

El Kit contiene jeringas Minimix Normocem DC, endo tips, Normocem Prime y cánulas mezcladoras 4:1

NORMOCEM DC
Cemento definitivo autoadhesivo de polimerización dual

NORMOCEM ESTHETIC GLASS
Cemento sellador de ionómero de vidrio



NORMOCEM TEMP
Cemento provisional sin eugenol para coronas y puentes provisionales

NORMOCEM CORE
Composite microhíbrido fluido de polimerización dual para la reconstrucción de muñones y el cementado de postes

NORMOCEM PRIME
Agente de imprimación monocomponente para imprimir cerámica y porcelana

¿TODAVÍA NO CONOCES LOS NUEVOS CEMENTOS DE NORMON DENTAL? CONSULTA A TU DELEGADO COMERCIAL

NORMAS DE PUBLICACIÓN

La Revista Andaluza de Cirugía Bucal publica artículos científicos relacionados con el campo de la Cirugía Bucal que sean de interés para cualquier odontoestomatólogo que desarrolle dicha área en su práctica profesional.

El Comité Editorial seguirá de forma estricta las directrices expuestas a continuación, siguiendo la normativa de Vancouver. Los artículos que no se sujeten a ellas serán devueltos para corrección, de forma previa a la valoración de su publicación.

Todos los artículos remitidos a esta revista deberán ser originales, no publicados ni enviados a otra publicación, siendo el autor el único responsable de las afirmaciones sostenidas en él.

Todos aquellos autores que quieran mandar su artículo científico podrán hacerlo enviándolo vía e-mail a **revista@aacib.es** con copia a **daniel@us.es**, enviando un archivo con el texto del manuscrito en formato Word para PC, y las imágenes en archivos distintos en formato TIFF o JPG.

TIPOS DE ARTÍCULOS

1. Artículos originales, que aporten nuevos datos clínicos o de investigación básica relacionada con la Cirugía Bucal.

2. Revisiones y puesta al día que supongan la actualización, desde un punto de vista crítico científico y objetivo, de un tema concreto. No existe limitación en el número de citas bibliográficas, si bien se recomienda al autor o autores, que sean las mínimas posibles, así como que sean pertinentes y actualizadas. Además, dado el interés práctico de esta publicación, el texto debe estar apoyado en un adecuado material iconográfico.

3. Resúmenes comentados de literatura actual. Serán encargados por la Revista a personas cualificadas e interesadas en realizar una colaboración continuada.

4. Casos clínicos, relacionados con problemas poco frecuentes o que aporten nuevos conceptos terapéuticos, serán publicados en esta sección. Deben contener documentación clínica e iconográfica completa pre, per y postoperatoria, y del seguimiento ulterior, así como explicar de forma clara el tratamiento realizado. El texto debe ser conciso y las citas bibliográficas limitarse a las estrictamente necesarias. Resultarán especialmente interesantes secuencias fotográficas de tratamientos multidisciplinarios de casos complejos o técnicas quirúrgicas.

5. Cartas al director que ofrezcan comentarios o críticas constructivas sobre artículos previamente publicados u otros temas de interés para el lector. Deben tener una extensión máxima de dos folios tamaño DIN-A4 escritos a doble espacio, centradas en un tema específico y estar firmadas. En caso de que se viertan comentarios sobre un artículo publicado en esta revista, el autor del mismo dispondrá de la oportunidad de respuesta. La pertinencia de su publicación será valorada por el Comité Editorial.

6. Otros, se podrán publicar, con un formato independiente, documentos elaborados por Comités de Expertos o

Corporaciones de reconocido prestigio que hayan sido aceptados por el Comité Editorial.

AUTORES

Únicamente serán considerados como autores aquellos individuos que hayan contribuido significativamente en el desarrollo del artículo y que, en calidad de tales, puedan tomar pública responsabilidad de su contenido. Su número, no será, salvo en casos excepcionales, superior a 7. A las personas que hayan contribuido en menor medida les será agradecida su colaboración en el apartado de agradecimientos. Todos los autores deben firmar la carta de remisión que acompañe el artículo, como evidencia de la aprobación de su contenido y aceptación íntegra de las normas de publicación.

PRESENTACIÓN Y ESTRUCTURA DE LOS TRABAJOS

El documento debe ser enviado, en formato Word para PC sobre una página de tamaño DIN-A4 blanco, a 1,5 espacio de interlineado, con márgenes mínimos de 25 mm y con hojas numeradas. Asimismo, se enviarán las imágenes en formato JPG o TIFF en archivos independientes al documento, nunca insertadas en el texto.

Los artículos originales deberán seguir la siguiente estructura:

Primera página

Debe contener:

1. El título del artículo y un subtítulo no superior a 40 letras y espacios, en español.
2. El nombre y dos apellidos del autor o autores, con el (los) grado(s) académico(s) más alto(s) y la afiliación a una institución si así correspondiera.
3. El nombre del departamento(s) e institución(es) responsables.
4. La negación de responsabilidad, si procede.
5. El nombre del autor responsable de la correspondencia sobre el documento.
6. La(s) fuente(s) de apoyo en forma de subvenciones, equipo o fármacos y el conflicto de intereses, si hubiera lugar.

Resumen

Una página independiente debe contener, el título del artículo y el nombre de la revista, un resumen estructurado del contenido del mismo, no superior a 200 palabras, y el listado de palabras clave en español. Las palabras clave serán entre 3 y 10 términos o frases cortas de la lista del «Medical Subject Headings (MeSH)» del «Index Medicus».

Los trabajos de investigación originales contendrán resúmenes estructurados, los cuales permiten al lector comprender rápidamente, y de forma ordenada el contenido fundamental, metodológico e informativo del artículo. Su extensión no debe ser superior a 200 palabras y estará estructurado en los siguientes apartados: introducción (fundamento y objetivo), material y metodología, resultados y conclusiones. Introducción.

Debe incluir los fundamentos y el propósito del estudio, utilizando las citas bibliográficas estrictamente necesarias.

No se debe realizar una revisión bibliográfica exhaustiva, ni incluir datos o conclusiones del trabajo que se publica.

Material y metodología

Será presentado con la precisión que sea conveniente para que el lector comprenda y confirme el desarrollo de la investigación. Métodos previamente publicados como índices o técnicas deben describirse solo brevemente y aportar las correspondientes citas, excepto que se hayan realizado modificaciones en los mismos. Los métodos estadísticos empleados deben ser adecuadamente descritos, y los datos presentados de la forma menos elaborada posible, de manera que el lector con conocimientos pueda verificar los resultados y realizar un análisis crítico. En la medida de lo posible las variables elegidas deberán ser cuantitativas, las pruebas de significación deberán presentar el grado de significación y si está indicado la intensidad de la relación observada y las estimaciones de porcentajes irán acompañadas de su correspondiente intervalo de confianza. Se especificarán los criterios de selección de individuos, técnica de muestreo y tamaño muestral, empleo de aleatorización y técnicas de enmascaramiento. En los ensayos clínicos y estudios longitudinales, los individuos que abandonan los estudios deberán ser registrados y comunicados, indicando las causas de las pérdidas. Se especificarán los programas informáticos empleados y se definirán los términos estadísticos, abreviaturas y símbolos utilizados

En los artículos sobre ensayos clínicos con seres humanos y estudios experimentales con animales, deberá confirmarse que el protocolo ha sido aprobado por el Comité de Ensayos Clínicos y Experimentación Animal del centro en que se llevó a cabo el estudio, así como que el estudio ha seguido los principios de la Declaración de Helsinki de 1975, revisada en 1983.

Los artículos de revisión deben incluir la descripción de los métodos utilizados para localizar, seleccionar y resumir los datos.

Resultados

Aparecerán en una secuencia lógica en el texto, tablas o figuras, no debiendo repetirse en ellas los mismos datos. Se procurará resaltar las observaciones importantes

Discusión

Resumirá los hallazgos relacionando las propias observaciones con otros estudios de interés y señalando las aportaciones y limitaciones de unos y otros. De ella se extraerán las oportunas conclusiones, evitando escrupulosamente afirmaciones gratuitas y conclusiones no apoyadas completamente por los datos del trabajo.

Agradecimientos

Únicamente se agradecerá, con un estilo sencillo, su colaboración a personas que hayan hecho contribuciones sustanciales al estudio, debiendo disponer el autor de su consentimiento por escrito.

Bibliografía

Las citas bibliográficas deben ser las mínimas necesarias.

Como norma, no deben superar el número de 30, excepto en los trabajos de revisión, en los cuales el número será libre, recomendando, no obstante, a los autores, que limiten el mismo por criterios de pertinencia y actualidad. Las citas serán numeradas correlativamente en el texto, tablas y leyendas de las figuras, según el orden de aparición, siendo identificadas por números arábigos en superíndice.

Se recomienda seguir el estilo de los ejemplos siguientes, que está basado en el Método Vancouver, «Samples of Formatted References for Authors of Journal Articles», que se puede consultar en la siguiente web: https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Se emplearán los nombres abreviados de las revistas de acuerdo al «Abridged Index Medicus Journal Titles», basado en el «Index Medicus». Puede consultarlo aquí (<https://www.nlm.nih.gov/bsd/aim.html>)

Es recomendable evitar el uso de resúmenes como referencias, y no se aceptará el uso de «observaciones no publicadas» y «comunicaciones personales». Se mencionarán todos los autores si son menos de seis, o los tres primeros y et al, cuando son siete o más.

Tablas

Deben presentarse en hojas independientes numeradas según su orden de aparición en el texto con números arábigos. Se emplearán para clarificar puntos importantes, no aceptándose la repetición de datos bajo la forma de tablas y figuras. Los títulos o pies que las acompañen deberán explicar el contenido de las mismas.

Figuras

Serán consideradas figuras todo tipo de fotografías, gráficas o dibujos, deberán clarificar de forma importante el texto y su número estará reducido al mínimo necesario.

Se les asignará un número arábigo, según el orden de aparición en el texto, siendo identificadas por el término «Figura», seguido del correspondiente guarismo.

Los pies o leyendas de cada una deben ir indicados y numerados.

Las imágenes deben enviarse, preferentemente en formato JPG o TIFF, con una resolución de 300 píxeles por pulgada, nunca pegadas en el documento de texto.

AUTORIZACIONES EXPRESAS DE LOS AUTORES A RACIB

Los autores que envíen sus artículos a RACIB para su publicación, autorizan expresamente a que la revista reproduzca el artículo en la página web de la que RACIB es titular.



**biohorizons
camlog**



Ancladén



NORMON
DENTAL



VEGA[®]+

**Freedom
is not
fixed**

K KLOCKNER[®]

KLOCKNER · klockner@klockner.es · Tel. 931 851 900